



## Interventie

# STApgewijs Onbegrepen gedrag en Pijn bij dementie de Baas! (STA OP!)

---

## Werkblad beschrijving interventie

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstellingen:



## Colofon

### Ontwikkelaar/ licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Prof. dr. W.P. Achterberg, LUMC  
E-mail : w.p.achterberg@lumc.nl  
Telefoon: +31 (0) 71 52 68 444

### Contactpersoon

Naam: dr. M.J.C. Pieper en dr. Ir. J.T. van der Steen  
E-mail : m.j.c.pieper@lumc.nl / jtvandersteen@lumc.nl  
Telefoon: +31 (0) 71 52 68 444

### Erkenning

Erkend door: Deelcommissie Ouderenzorg d.d. 7 december 2018.  
Oordeel: Goed onderbouwd  
Effectief: goede aanwijzingen voor effectiviteit

### Referentie in verband met publicatie

M.J.C. Pieper (LUMC), J.T. van der Steen (LUMC) en W.P. Achterberg (LUMC), A.L. Francke (NIVEL), E.J.A. Scherder (VU)

## Samenvatting

### Doelgroep

STA OP! is ontwikkeld voor mensen met een matige tot ernstige dementie die op een pg-afdeling van een verpleeghuis verblijven en onbegrepen gedrag (zoals agitatie/agressie, onrust, maar ook apathie) en/of pijn vertonen. Mensen met matige tot ernstige dementie hebben doorgaans verminderde mogelijkheden tot communicatie. Specifiek/onbegrepen gedrag of juist een verandering in gedrag is soms het enige signaal dat er iets aan de hand is.

### Doel

STA OP! heeft tot doel onbegrepen/veranderd gedrag van mensen met een matige tot ernstige dementie, verblijvend op een pg-afdeling van het verpleeghuis, in kaart te brengen en systematisch en multidisciplinair te analyseren. Zo kan een passende aanpak of behandeling worden ingezet.

### Aanpak

Het methodisch en stapsgewijs werken met STA OP! wordt op PG-afdeling(en) de 1<sup>e</sup> keer uitgevoerd door een training van het hele multidisciplinaire team. Zorgprofessionals leren en doorlopen alle 6 de stappen van STA OP! met een geselecteerde cliënt in 5 bijeenkomsten van 3 uur, in een periode van 12-13 weken. Zo kunnen zij het onbegrepen gedrag of de gedragsverandering verklaren en oorzaken gericht(er) behandelen.

### Materiaal

Materialen omvatten het stappenplan, de werkbladen en een handboek met een algemeen deel met informatie over pijn bij ouderen en een praktisch deel. Daarnaast is een train-de-trainers-handleiding verkrijgbaar. Een training (in-company via Amstelring) is nodig bij het voor de eerste keer invoeren van STA OP!

### Onderbouwing

Neuro-psiachtrische symptomen, zoals agitatie, depressie en apathie, komen veel voor bij mensen met dementie en stellen familie en zorgverleners voor grote uitdagingen. Deze kunnen een gevolg zijn van neuropathologische veranderingen, maar ook van lichamelijke aandoeningen, psychosociale factoren (zoals over- of onderprikkeling) en/of pijn. Het gedrag zien zorgprofessionals vaak niet meer als signaal, waardoor dit veelvuldig met psychofarmaca wordt behandeld. Vaak zonder effect, maar met ernstige bijwerkingen. In de praktijk is het bij verpleeghuisbewoners met matige tot ernstige dementie moeilijk om pijn goed te onderkennen, systematisch psychosociale behoeften in kaart te brengen en de juiste psychosociale interventies in te zetten. STA OP! biedt zorgprofessionals een systematische analyse en behandeling.

### Onderzoek

Uit evaluatieonderzoek onder zorgprofessionals is gebleken dat zij STA OP! een handige tool vinden om onbegrepen gedrag en pijn bij dementie in kaart te brengen. Behandeling kan als gevolg daarvan beter op maat gegeven worden, waardoor de kwaliteit van leven van de cliënt verbetert. Daarnaast is uit gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek gebleken dat verpleeghuisbewoners die op deze manier zijn behandeld minder pijn en gedragsproblemen vertonen, minder antipsychotica gebruiken en een verbeterde stemming hebben.

# Uitgebreide beschrijving

## 1. Beschrijving interventie

### 1.1 Doelgroep

#### **Uiteindelijke doelgroep**

STA OP! is ontwikkeld voor mensen met een matige tot ernstige dementie die op een psychogeriatrische afdeling (pg-afdeling) van een verpleeghuis verblijven en onbegrepen gedrag (zoals agitatie/agressie, onrust, maar ook apathie) en/of pijn vertonen. Mensen met matige tot ernstige dementie hebben doorgaans verminderde mogelijkheden tot communicatie. Specifiek/onbegrepen gedrag of juist een verandering in gedrag is soms het enige signaal dat er iets aan de hand is.

#### **Intermediaire doelgroep**

Nee.

#### **Selectie van doelgroepen**

STA OP! kan gestart worden als:

- De persoon met matige tot ernstige dementie niet of niet goed meer in staat is verbaal zijn onwelbevinden, pijn of andere behoeften te uiten.
- De persoon met matige tot ernstige dementie onbegrepen gedrag vertoont dat wordt geobserveerd door familie, mantelzorger, eerst verantwoordelijk verzorgende (EVV-er) of andere betrokken zorgprofessionals (spontaan of cyclisch gemeten met meetinstrumenten).

STA OP! kan nog niet worden gestart als:

- De persoon met matig tot ernstige dementie recent (6-8 weken geleden) is opgenomen op de pg-afdeling van het verpleeghuis. Deze periode hanteren we als een gewenningsperiode vanwege de veranderde situatie en het gedrag dat daardoor op de voorgrond kan komen te staan. Als het gedrag na deze gewenningsperiode nog steeds op de voorgrond staat, is dit een indicatie om STA OP! te starten.

#### **Betrokkenheid doelgroep**

Zorgprofessionals, zoals verzorgenden, verpleegkundigen, psychologen, activiteitenbegeleiders en specialisten ouderengeneeskunde, zijn zowel in het vooronderzoek van de interventie betrokken geweest, als na afloop van het landelijke onderzoek. Door korte (semigestructureerde) interviews hebben we met hen de stappen van de methode, het handboek, de werkbladen en training geëvalueerd. Dit gebeurde na een pilot op een kleine pg-afdeling voorafgaand aan het landelijke onderzoek. Vervolgens hebben we het werkblad voor stap 2 uit het handboek aangepast. Dit is nu ruimer opgezet, zodat meer informatie beschreven en verwerkt kan worden.

De doelgroep zelf, familie of sociaal netwerk zijn niet betrokken geweest bij de (door)ontwikkelingen van de interventie.

## 1.2 Doel

### Hoofddoel

STA OP! heeft tot doel onbegrepen en veranderd gedrag van mensen met een matige tot ernstige dementie, verblijvend op een pg-afdeling van het verpleeghuis van, in kaart te brengen en systematisch en multidisciplinair te analyseren. Zodat een passende aanpak of behandeling ingezet kan worden. Afhankelijk van de oorzaak van het gedrag leidt dit tot een afname van:

- Pijn, te meten met de PAIC, PACSLAC<sup>1</sup>, PAINAD<sup>2</sup> of ander pijnobservatie-instrument.
- Agitatie, te meten met de CMAI<sup>3</sup>.
- Neuro-psichiatrische symptomen, te meten met de NPI-NH.
- Depressie symptomen, te meten met de CSDD<sup>4</sup> en MDS-DRS<sup>5</sup>.
- Gebruik van (overbodige) psychofarmaca.

### Subdoelen

Door het volgen van de trainingen hebben zorgprofessionals meer kennis over de complexe relatie tussen dementie, pijn en onbegrepen gedrag, en kunnen zij pijn beter signaleren als mogelijke oorzaak van onbegrepen gedrag bij dementie. Zorgprofessionals zijn onder andere zorgmedewerkers, psychologen, specialisten ouderengeneeskunde of overige leden van het multi(inter)disciplinaire team.

## 1.3 Aanpak

### Opzet van de interventie

#### Kernelementen van STA OP!:

1. Een bij de zorg voor de persoon met dementie betrokken zorgprofessional, familielid of mantelzorger merkt een gedragsverandering of onbegrepen gedrag op bij de persoon met dementie (signaleren).
2. Het gedrag wordt duidelijk omschreven (gedefinieerd). Vervolgens wordt structureel informatie verzameld over de oorzaak(en) van het onbegrepen gedrag. Denk hierbij aan ongemak op lichamelijk en psychosociaal gebied, of onvrede met de omgeving bij te veel of te weinig activiteiten.
3. Deze informatie wordt beoordeeld en geanalyseerd.
4. Er worden stapsgewijze behandeling(en) uitgevoerd totdat het gedrag of de reden om STA OP! te starten is gereduceerd of is verdwenen (behandeling en evaluatie).

---

<sup>1</sup> Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate - Dutch version

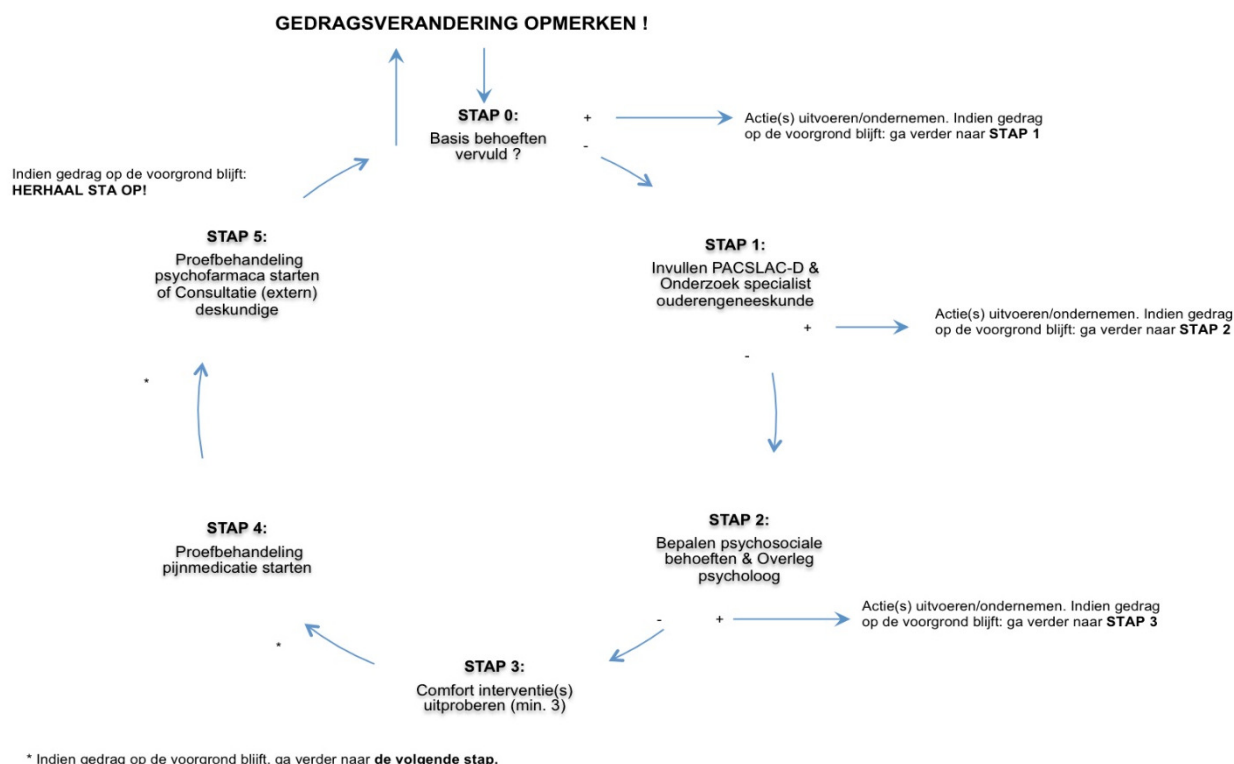
<sup>2</sup> Pain Assessment in Advanced Dementia

<sup>3</sup> Cohen-Mansfield Agitation Inventory

<sup>4</sup> Cornell Scale for Depression in Dementia

<sup>5</sup> Minimum Data Set - Depression Rating Scale

Elke stap van STA OP! heeft deze cyclische (methodische) manier van werken (signaleren-analyseren-behandelen-evalueren) in zich. Alle stappen zijn stapsgewijs geordend, zodat een duidelijke volgorde en lijn zichtbaar is (volledig beeld van de cliënt) (Figuur 1).



Figuur 1. Overzicht van de stappen van STA OP!

De STA OP! wordt op PG-afdeling(en) de 1<sup>e</sup> keer uitgevoerd aan de hand van een training van het hele multidisciplinaire team: verzorgenden/verpleegkundigen, specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, fysiotherapeut en activiteitenbegeleider. Zij doorlopen in vijf bijeenkomsten van 3 uur alle 6 de stappen van STA OP! (Zie Figuur 1).

Naast informatie over dementie, gedrag, communicatie, beleving en gerichte benadering, wordt er specifieke scholing gegeven op het gebied van pijn, pijnbeoordeling, pijnbehandeling en het werken met STA OP! Na elke plenaire, multidisciplinaire trainingsbijeenkomst is er een periode van ongeveer 3 weken waarin zorgprofessionals de desbetreffende stap oefenen en toepassen bij een cliënt (praktijkgedeelte/ 'on-the-job'). In een periode van totaal 12-13 weken wordt op deze manier STA OP! de 1<sup>e</sup> keer getraind en zijn alle stappen voor een aantal cliënten doorlopen. Na deze training zijn zorgprofessionals in staat STA OP! zelfstandig verder toe te passen.

### STA OP! -werkbladen

De STA OP!-werkbladen zijn belangrijk bij de uitvoering, verslaglegging en markering van iedere stap. Ze moeten steeds consequent en in de goede volgorde gebruikt en ingevuld worden, zodat de stappen op de juiste manier worden doorlopen. Per stap is een keuzemoment ingebouwd dat de zorgverlener helpt om door te gaan met de betreffende stap of om juist naar de volgende stap over te gaan (cyclische (methodische) manier van werken; signaleren-analyseren-behandelen-evalueren).

## Inhoud van de interventie

### **De start van STA OP!: het opmerken van de gedragsverandering of het onbegrepen gedrag:**

Mensen met matige tot ernstige dementie kunnen vaak niet goed vertellen wat ze nodig hebben. Dit kan zich uiten in een gedragsverandering. STA OP! kan worden gestart als een zorgprofessional bepaald gedrag van een persoon met dementie wil verduidelijken en/of onderliggende oorzaken uit wil sluiten.

### **Herkennen van een gedragsverandering**

In de zorg voor mensen met dementie kan een zorgverlener zich soms gefrustreerd en machteloos voelen, en zich afvragen:

- Hoe bewaar ik mijn geduld?
- Hoe moet ik omgaan met verdriet van bewoners?
- Wat kan ik nog meer doen?
- Hoe moet ik reageren op agressief gedrag? En hoe kan ik dat voorkomen?

Onrustig of agressief gedrag, veel huilen en roepen, eten weigeren of andere gedragingen die zorgverleners moeilijk vinden om goed mee om te gaan, duiden zorgverleners vaak als ‘probleemgedrag’. Meestal is probleemgedrag de reactie van een persoon met dementie op fysieke, psychische of sociale veranderingen door de dementie. Hoewel in de praktijk vaak de “ingeburgerde” term probleemgedrag wordt gebruikt, is het van belang te beseffen dat gedragingen alleen als “probleem” mogen worden beschouwd als deze de gezondheid, rechten, veiligheid van de persoon zelf, andere bewoners of zorgprofessionals bedreigen.

Het gevaar bestaat dat wanneer gedrag als een “probleem” of als “problematisch” wordt benoemd, de persoon met dementie het gedrag kwalijk wordt genomen in plaats van dat wordt nagegaan wordt welke onbevredigde behoeften of andere oorzaken aan dat gedrag ten grondslag liggen.

Een **gedragsverandering** bij mensen met dementie, zoals bijvoorbeeld onrust of agressie, moet dus altijd aanleiding zijn om op zoek te gaan naar de **achterliggende oorzaken**. Zodat inzicht ontstaat in mogelijke oorzaken en daarop passend gereageerd kan worden.

### **Onbegrepen gedrag systematisch beoordelen, analyseren en behandelen**

Om zorgprofessionals hierin te ondersteunen is STA OP! ontwikkeld. De zes stappen van STA OP! worden doorlopen en indien nodig herhaald totdat het gedrag is verklaard en de onderliggende oorzaak of het onderliggende probleem is opgelost of geaccepteerd. *NB: Niet in elke situatie kan het gedrag dat op de voorgrond staat, worden opgelost. Een uitkomst van STA OP! kan ook zijn dat het gedrag wordt geaccepteerd en dat zorgprofessionals hiermee om kunnen gaan.*

### **Start en stappen van STA OP!:**

STA OP! start met het **signaleren en definiëren** van het gedragsprobleem; dit kan ‘spontaan’ zijn, zoals bij een gedragsverandering\*, of juist door het cyclisch screenen met meetinstrumenten (Tabel 1).

*\* elke zorgprofessional kan een gedragsverandering opmerken, evenals familie, naaste en/of mantelzorger.*

Aan de hand van het 'overzichtswerkblad' wordt de analyse en definiëring van het probleem gestructureerd. De zorgprofessional beschrijft aan de hand van een aantal vragen of het nieuw gedrag is, veel voorkomt, wat en of er in het verleden al acties en interventies zijn ingezet om het gedrag te beïnvloeden of te verminderen, wat de uitkomsten hiervan waren, en voor wie het gedrag het grootste probleem is.

Daarna wordt een bijeenkomst met het multidisciplinaire team gepland. Het multidisciplinaire team bespreekt de geobserveerde en gedefinieerde gedragsverandering of het onbegrepen gedrag. Als de probleembeschrijving helder is en het multidisciplinaire team akkoord is, kan de verzorging (vanaf niveau 3+) starten met het doorlopen van het stappenplan.

#### De stappen die vervolgens worden doorlopen in STA OP!:

##### 0. Beoordeling basisbehoeften

1. Beoordeling pijn en lichamelijke behoeften
2. Beoordeling psychosociale behoeften
3. Comfort interventies
4. Proefbehandeling pijnmedicatie
5. Consultatie van anderen en/of proefbehandeling psychofarmaca

##### Stap 0. Beoordeling basisbehoeften

Als eerste (stap 0) kijken de verzorgenden naar algemene bronnen van ongenoegen. Aan de hand van *Werkblad stap 0 - Nagaan Basisbehoeften* worden oorzaken als honger/dorst, naar het toilet moeten, te strakke kleding, en/of slechte visus/gehoor bekeken, aangepakt en/of uitgesloten. Concrete acties worden ingezet en geëvalueerd.

##### Stap 1. Beoordeling pijn en lichamelijke behoeften

Indien stap 0 onvoldoende resultaat heeft gehad, vullen vervolgens de zorgprofessional (niveau 3+) en de arts het '*Werkblad stap 1 - Pijnschaal en Lichamelijk onderzoek*' in. Ook verricht de arts of verpleegkundig specialist lichamelijk onderzoek. In deze stap is naast lichamelijke behoeften en somatische oorzaken voor een verandering van het gedrag, aandacht voor pijn als oorzaak, evenals een review van de medicatie. Concrete acties worden ingezet en geëvalueerd.

##### Stap 2. Beoordeling psychosociale behoeften

Indien stap 1 onvoldoende resultaat heeft gehad brengt in stap 2 brengt een psycholoog de psychosociale behoeften in kaart met '*Werkblad stap 2 - Dagschema*' en '*Werkblad stap 2 - Vaststellen psychologische behoeften en overleg psycholoog*'. Het is raadzaam de levensloop uit te vragen bij de familie en/of mantelzorger van de persoon met dementie en gewoonten en behoeften in kaart te brengen. Was iemand bijvoorbeeld een ochtendmens? Of: aan welke kant stapt hij bijvoorbeeld altijd uit bed? Deze gedetailleerde informatie kan het verschil maken waardoor bepaald gedrag niet op de voorgrond komt te staan. Zorgprofessionals kunnen hierdoor bijvoorbeeld storende prikkels preventief terugbrengen of verwijderen. Ook kunnen zij beter rekening houden met bepaalde wensen en/of voorkeuren van de persoon met dementie, waardoor hun benadering beter aansluit. Concrete acties worden ingezet en geëvalueerd.



### Stap 3. Comfort interventies

Mede aan de hand van de resultaten uit stap 2 wordt het '*Werkblad bij stap 3 - Comfort interventie(s)*' ingevuld en worden minimaal 3 bewezen effectieve interventies, zoals snoezelen of reminiscentie geformuleerd en ingezet door zorgprofessionals, familie mantelzorgers en/of vrijwilligers.

Belangrijk bij de keuze is dat er rekening wordt gehouden met dat de in te zetten interventie:

- 1) is gericht op het gedrag dat vertoond wordt;
- 2) past bij de voorkeuren en wensen van de persoon met dementie.

Door het formuleren van meerdere opties voor het vertoonde gedrag, heeft de zorgprofessional de mogelijkheid om snel van interventie te switchen wanneer deze niet het gewenste resultaat geeft. Dit omdat het gedrag kan fluctueren per tijdstip en per dag en het belangrijk is dat de zorgprofessional kan inspelen op de behoeften en wensen van de cliënt op dat moment.

De gekozen interventies kunnen op verschillende vlakken liggen, zoals somatisch, psychologisch, sociale en/of fysieke omgeving. Daarom is het essentieel om bij een eerste succesvolle interventie de andere twee interventies wel in te zetten en het gedrag te monitoren. In deze stap is het daarnaast van belang te kijken naar activiteiten die in een eerder stadium zijn ingezet en deze (opnieuw) te evalueren. Hebben de ingezette interventies nog het gewenste resultaat of zijn er vervangende activiteiten nodig? Indien de ingezette interventie(s) onvoldoende effectief zijn in het veranderen van het beschreven gedrag, wordt er in overleg besloten naar stap 4 te gaan. Een belangrijke overweging om nu pijnmedicatie voor te schrijven is dat over het algemeen pijn slecht herkend en matig behandeld wordt bij mensen met een dementie.

### Stap 4. Proefbehandeling pijnmedicatie

In stap 4 wordt '*Werkblad stap 4 - Proefbehandeling pijnstillende medicatie*' ingevuld en een proefbehandeling met pijnmedicatie gestart. Als na overleg blijkt dat de proefbehandeling onvoldoende effect heeft, kan ervoor gekozen worden om: a) de dosering te veranderen b) een ander middel te proberen (op basis van de WHO-pijnladder) of c) over te gaan naar stap 5.

### Stap 5. Consultatie van anderen en/of proefbehandeling psychofarmaca



In stap 5 wordt het '*Werkblad stap 5 - Psychofarmaca & Consultatie*' ingevuld en kan een consultatie van externe deskundige(n) of behandeling met psychofarmaca volgen.

Tabel 1: De stappen van STA OP, inclusief tijdsindicatie per stap.

Stap	Inhoud	Naam formulier	Wie? Eindverantwoordelijke gehele proces: specialist Ouderengeneeskunde
Start	<p>Begin met het herkennen van een gedragsverandering. Elke zorgprofessional kan een gedragsverandering opmerken, evenals familie, naaste en/of mantelzorger. Vul het <u>'Overzichtswerkblad bij start of afsluiting van STA OP!'</u> (vraag 1 t/m 4) in. Hoe uit het gedrag zich en wanneer (in welke situatie)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Is het gedrag nieuw?</li> <li>▪ Komt het regelmatig voor?</li> <li>▪ Wat is er in het verleden al geprobeerd om het te veranderen? Vraag dit eventueel na bij familie/mantelzorger en/of huisarts.</li> <li>▪ Waarom en voor wie (bewoner, familie, mantelzorg, en/of zorgprofessional) is dit gedrag een probleem?</li> </ul> <p>Besprek de geobserveerde en gedefinieerde gedragsverandering binnen het multidisciplinaire team. Als de probleembeschrijving helder is en het multidisciplinaire team akkoord, kan de verzorging (vanaf niveau 3+) overgaan naar <b>Stap 0</b>.</p>	<p><i>Overzichtswerkblad bij start of afsluiting van STA OP!</i></p> <p><b>Stemming en gedrag:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NPI-NH</li> <li>- CMAI</li> <li>- CSDD</li> <li>- MDS-DRS</li> </ul>	<p>Verzorgende (niv. 3+) met (GZ)-psycholoog</p>
0	<p>Maak een analyse van de basiszorgbehoeften met het <i>'Werkblad stap 0 - Nagaan Basisbehoeften'</i>. Denk hierbij bijvoorbeeld aan vragen als: heeft de persoon met dementie honger, dorst het warm of koud; is zijn bril of gehoorapparaat aanwezig; is er een toiletbezoek nodig? Voer hierop een gerichte actie uit. Is het gedrag verdwenen? Leg dan in het zorgdossier vast wat daarbij geholpen heeft en vul het <i>'Overzichtswerkblad bij start of afsluiting van STA OP!'</i> in. STA OP! kan nu worden afgesloten.</p>	<p><i>Werkblad stap 0 - Nagaan Basisbehoeften</i></p>	<p>Verzorgende (niv. 3+) en specialist ouderengeneeskunde en/of verpleegkundig specialist</p>

	Als er geen resultaat is van de ingezette actie(s) (binnen max. 1 dag), informeert de verzorgende de specialist ouderengeneeskunde en vraagt of hij na wil gaan wat mogelijke andere oorzaken van het gedrag ( <b>stap1</b> van STA OP!) zijn.		
1	<p>De verzorging (vanaf niveau 3+) maakt een inschatting van eventuele pijn en lichamelijke problemen, waaronder het invullen van een pijn-observatielijst (zoals de PAIC). De specialist ouderengeneeskunde (SO) of verpleegkundig specialist (VS) voert een (algemeen) lichamenlijk onderzoek en een medicatie review uit om mogelijke lichamelijke medicamenteuze oorzaken van het gedrag uit te sluiten. Ook beoordeelt de SO/VS of de medicatie (psychofarmaca of pijnmedicatie) die de bewoner krijgt aan de Verenso en WHO-richtlijnen voldoet (zie ook <b>stap 4 &amp; 5</b>).</p> <p>De verzorgende (vanaf niv. 3+):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gebruikt een pijnschaal en observeert de bewoner volgens de instructie.</li> <li>▪ Vult vervolgens de pijnschaal in en doet de uitslag in het dossier.</li> <li>▪ Vraagt een visite van de SO of VS aan. De mate van ongemak van de bewoner bepaalt of dit bij de reguliere visite kan, of dat er een tussentijdse visite aangevraagd moet worden.</li> <li>▪ Licht de SO/VS in over de gedragsverandering en wat al onderzocht en gedaan is. Laat ook de ingevulde pijnschaal zien.</li> <li>▪ Vraagt aan de SO/VS of er bij het onderzoek oorzaken voor de pijn en/of gedragsverandering zijn gevonden, en wat het beleid zal zijn. De SO/VS kan naast een lichamenlijke oorzaak, ook bijvoorbeeld een depressie of delier vaststellen en hiervoor een behandeling instellen.</li> <li>▪ Bepaalt samen met de SO/VS wanneer de interventie geëvalueerd gaat worden. Veel interventies hebben tussen 2 dagen en 2 weken nodig om goed geëvalueerd te kunnen</li> </ul>	<p><i>Werkblad stap 1 - <u>Pijnschaal</u> en Lichamenlijk onderzoek (I) (verzorgende); Werkblad stap 1 - Pijnschaal en lichamenlijk onderzoek (arts/verpleegkundig specialist.)</i></p> <p><b>Pijnobservatieschaal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij voorkeur de PAIC, maar goede alternatieven zijn: PACSLAC, REPOS, PAINAD of een ander pijnobservatie-instrument dat reeds gebruikt wordt in de instelling.</li> </ul>	Verzorgende (niv. 3+) en specialist ouderengeneeskunde en/of verpleegkundig specialist

	<p>worden. Afhankelijk van de ingezette behandeling wordt opnieuw lichamelijk onderzoek of een pijnscore gedaan.</p> <p>Als het gedrag verdwijnt, wordt in het zorgdossier vastgelegd wat daarbij geholpen heeft en wordt het 'Overzichtswerkblad bij start of afsluiting van STA OP!' ingevuld. STA OP! kan worden afgesloten. Als er geen oorzaken gevonden worden, of als er geen effect is van de ingezette interventie, gaat de verzorging naar <b>Stap 2</b>.</p>		
2	<p>De verzorging (vanaf niveau 3+) brengt psychosociale behoeften van de persoon met dementie in kaart. Er is aandacht voor drie aspecten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zijn er niet te veel prikkels uit de omgeving? Is de ruimte misschien vol met stapels beddengoed, materiaalkarren, rolstoelen of andere 'rommel'? Ruikt het naar of vreemd? Zitten de kleren en schoenen wel lekker? Zijn het meubilair en het bed(dengoed) wel comfortabel genoeg?</li> <li>▪ Is er een goed evenwicht tussen stimulerende en rustgevende activiteiten gedurende de dag?</li> <li>▪ Is er voldoende betekenisvol contact met anderen gedurende de dag?</li> </ul> <p>De psycholoog kan de verzorging in deze stap begeleiden en coachen en doet waar nodig onderzoek of observatie. Aanvullende observatie-instrumenten voor bijvoorbeeld gedrag, stemming of delier kunnen door de psycholoog gebruikt of geadviseerd worden om de analyse te completeren. Afhankelijk van de uitkomst worden passende acties ingezet, zoals het aanbieden van activiteiten of het wegnemen of zo veel mogelijk verminderen van een storende prikkel.</p> <p>Als het gedrag verdwijnt, wordt in het zorgdossier vastgelegd wat daarbij geholpen heeft en wordt het 'Overzichtswerkblad bij start of afsluiting van STA OP!' ingevuld. STA OP!</p>	<p><i>Werkblad stap 2 - Dagschema;</i> <i>Werkblad stap 2 - Vaststellen psychologische behoeften en overleg psycholoog.</i></p> <p><b>Formulier(en):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Levensloopbeschrijving</li> <li>- Belevingsgerichte zorg</li> </ul> <p><b>Stemming en gedrag:</b> (indien niet eerder ingevuld bij de start)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NPI-NH</li> <li>- CMAI</li> <li>- CSDD</li> <li>- MDS-DRS</li> </ul>	<p>Verzorgende (niv. 3+) en psycholoog en/of activiteitenbegeleider.</p>

	kan worden afgesloten. Wanneer er geen oorzaak wordt gevonden of als met de gekozen activiteit of aanpak geen resultaat wordt geobserveerd binnen een redelijke termijn (1-2 weken), wordt overgegaan naar <b>Stap 3</b> .		
<b>3</b>	<p>De verzorgende probeert (in overleg met het multidisciplinaire team) minimaal drie (nieuwe) niet-farmacologische comfortinterventies uit die bij de bewoner passen. Dit door uit een scala van bewezen effectieve interventies te kiezen, zoals bijvoorbeeld snoezelen, reminiscentie, muziek of bewegen. Het is belangrijk dat hierbij rekening gehouden wordt met een goede balans tussen rustgevende en stimulerende activiteiten.</p> <p>Richtlijnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Houd bij de keuze van de interventie rekening met het vertoonde en beschreven gedrag (start) én de voorkeuren en mogelijkheden van de persoon met dementie, waar heeft de persoon met dementie een hekel aan, wat zijn beperkingen?</li> <li>▪ Wat geeft de persoon met dementie daar zelf over aan (als communicatie nog mogelijk is) en wat geven de familieleden of andere zorgprofessionals aan die de bewoner goed kennen? Een formulier 'levensloopbeschrijving' kan hierbij zeer behulpzaam bij zijn. </li> <li>▪ Maak een plan om de comfortinterventie in te zetten. Gebruik de drie 'W's': Wie gaat de interventie uitvoeren? Waar? Wanneer? Mensen met dementie hebben vaak het meeste baat bij korte activiteiten van maximaal 90 minuten. Plan een evaluatie.</li> <li>▪ Zorg dat de benodigde materialen voor de comfortinterventie aanwezig zijn. </li> <li>▪ Evalueer door de bewoner te observeren vanaf het moment dat de comfortinterventie wordt toegepast. Stop als het onbegrepen gedrag toeneemt en ga op zoek naar een andere comfortinterventie.</li> <li>▪ Evalueer de observatie van de inzet van de comfortinterventie in de multidisciplinaire overlegmomenten. Mochten er familieleden of vrijwilligers ingezet worden, stel hen op</li> </ul>	<p><i>Werkblad bij stap 3 - Comfortinterventie(s)</i></p> <p><b>Formulier(en):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Levensloopbeschrijving (indien niet eerder ingevuld)</li> </ul>	<p>Verzorgende (niv. 3+) en psycholoog, activiteitenbegeleiding, fysiotherapeut, muziektherapeut, familie/vrijwilliger</p>

	<p>de hoogte en betrek hen bij de evaluatie.</p> <p>Als het gedrag verdwijnt, wordt in het zorgdossier vastgelegd wat daarbij geholpen heeft en wordt het in het zorgproces ingepast. Het 'Overzichtswerkblad bij start of afsluiting van STA OP!' wordt ingevuld. STA OP! kan worden afgesloten.</p> <p>Wanneer van de gekozen comfortinterventie geen resultaat wordt geobserveerd binnen een redelijke termijn (2 weken), wordt een andere comfortinterventie uitgeprobeerd. Als drie comfortinterventies zonder resultaat zijn geprobeerd, wordt overgegaan naar <b>Stap 4</b>.</p>		
4	<p>In deze stap geeft de SO een proefbehandeling met pijnmedicatie. Er wordt geen pijnscore gedaan. Een belangrijke overweging om nu pijnmedicatie voor te schrijven is dat over het algemeen pijn slecht herkend en matig behandeld wordt bij mensen met een dementie.</p> <p>Richtlijnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geef eventuele 'zo nodig' pijnmedicatie.</li> <li>▪ Krijgt de bewoner al 'zo nodig' pijnmedicatie? Vraag de SO/VS dan om deze op vaste tijdstippen te geven.</li> <li>▪ Gebruikt de bewoner op vaste tijdstippen pijnmedicatie? Overleg met de SO/VS over het eventueel ophogen van de dosis of het voorschrijven van een sterker middel.</li> </ul> <p>Als het gedrag verdwijnt, wordt het toedienen van de pijnmedicatie opgenomen in het zorgproces en in het zorgdossier vastgelegd, De frequentie van evalueren wordt afgesproken met de SO/VS. Het 'Overzichtswerkblad bij start of afsluiting van STA OP!' wordt ingevuld. STA OP! kan worden afgesloten. Als toedienen van pijnmedicatie geen</p>	<p><i>Werkblad stap 4 - Proefbehandeling pijnstillende medicatie</i></p>	<p>Verzorgende (niv. 3+) en specialist ouderengeneeskunde en/of verpleegkundig specialist</p>

	resultaat heeft binnen een redelijke termijn (2 weken), nadat de dosis eventueel is opgehoogd of een andere pijnstiller is geprobeerd, wordt de pijnstilling afgebouwd/gestaakt en wordt overgegaan op <b>Stap 5</b> .		
<b>5</b>	<p>Andere disciplines worden geconsulteerd, bijvoorbeeld een (ouderen) psychiater. De SO kan een proefbehandeling met psychofarmaca starten. De winst van de behandeling moet opwegen tegen bijwerkingen die het comfort van de bewoner fors kunnen verminderen.</p> <p>Richtlijnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Probeer alternatieven in gedachten te houden, kijk naar herhaling van gedrag en eventuele nieuwe problemen.</li> <li>▪ Blijf zowel lichamelijke als psychosociale behoeften monitoren en analyseren; bij voorkeur bij elk multidisciplinair overleg (MDO) of elke gedragsvisite- of omgangsoverleg.</li> <li>▪ Hanteer duidelijke criteria waarop de inzet van psychofarmaca worden geëvalueerd, waarbij ook de effecten van mogelijke bijwerkingen worden meegenomen.</li> </ul> <p>Als er na deze stap nog geen positief effect is, worden al de stappen of de consultatie herhaald. De zorgprofessional begint weer bij het identificeren van het initiële probleem.</p>	<i>Werkblad stap 5 - Psychofarmaca &amp; Consultatie</i>	Verzorgende (niv. 3+) en specialist ouderengeneeskunde /verpleegkundig specialist, (GZ)-psycholoog of externe consultatie.

NB: Het hele multidisciplinaire team is expliciet verantwoordelijk voor het gestructureerd opmerken van gedragsveranderingen. Als de persoon met dementie een gedragsverandering vertoont en onderliggende oorzaken zijn onbekend en aan de basiszorgbehoeften is voorzien (stap 0), wordt het stappenschema verder gevolgd totdat het gedrag met minimaal 50% is verminderd. Als het gedrag nog bestaat na stap 5, wordt het schema opnieuw doorlopen.

## 2. Uitvoering

### 2.1 Materialen

Het implementatiepakket voor STA OP! bestaat uit de volgende onderdelen:

- Een vrij verkrijgbaar handboek/naslagwerk voor zorgverleners, met daarin formulieren voor de evaluatie en monitoring van een bepaalde stap.
- Training/cursus (in-company via Amstelring). Geïnteresseerden kunnen een totaalpakket aanschaffen bestaande uit de training, handboek en train-de-trainers handleiding. De train-de-trainers handleiding is alleen in combinatie met de training te verkrijgen. Daarnaast kan men tegen meerprijs een 'helpdesk functie' (bemand door de trainer van Amstelring) en een opfriscursus aanschaffen. Doel van de multidisciplinaire training is dat de deelnemers de STA OP!-methode direct in de praktijk kunnen hanteren en toepassen.

### 2.2 Locatie en type organisatie

De STA OP! Interventie is goed toepasbaar bij mensen met dementie waarbij de communicatieve vaardigheden zijn aangedaan. Als gevolg hiervan kunnen zij hun 'niet welbevinden' en/of pijn verbaal niet goed meer uiten. Het gaat hierbij om personen met een matige tot ernstige dementie verblijvend op een pg-afdeling in een verpleeghuissetting.

### 2.3 Opleiding en competenties van de uitvoerders

Om te werken met STA OP! is een training vereist. De training bestaat uit 5 modules van 3 uur, verspreid over 12 tot 13 weken. Deze training wordt gegeven door een ervaren trainer/docent, coach, gedragsanalyseconsulent (hbo-niveau) met specifieke expertise op het gebied van communicatie, samenwerken, zorg-gerelateerde onderwerpen, conflicthantering, methodisch werken, en coaching 'on the job' (zowel individueel als met teams). De training is bedoeld voor zorgprofessionals die op de desbetreffende PG-afdeling(en) en/of instelling werken. Verplegend en verzorgende medewerkers hebben binnen STA OP! de belangrijkste rol. Het is vooral belangrijk dat alle medewerkers die de bewoners goed kennen en regelmatig (minimaal 0.3 fte) op de afdeling zijn, geschoold worden, omdat zij kleine veranderingen in het gedrag van de persoon met dementie goed kunnen herkennen.

De VS en/of SO dienen er de eerste bijeenkomst bij te zijn, omdat lichamelijk onderzoek bij de eerste stap hoort. Vanaf dagdeel twee komen de activiteitenbegeleiders en psycholoog erbij en vanaf dagdeel 4 opnieuw ook de Nurse Practitioner (NP), VS en/of SO. Tijdens de trainingsbijeenkomsten koppelen zij ervaringen terug uit de praktijk. In het laatste dagdeel gebeurt dit door een presentatie van een bewoner.

#### Uitgangspunten bij de training:

1. Het is niet genoeg om alleen EVV'ers te scholen, het observeren van gedrag en het uitvoeren van interventies moet breed genoeg in de organisatie bekend zijn.
2. Het is te veel gevraagd om de EVV'ers anderen te laten scholen.



3. Communicatie tussen verschillende niveaus verzorging en andere disciplines is een belangrijk onderdeel van het de interventie.
4. Het te scholen team wordt in samenspraak met het verpleeghuis vooraf bepaald.
5. Het is aan te bevelen om de kwaliteitsfunctionaris en/of scholingsfunctionaris te laten participeren. Aan de hand van de train-de-trainers-handleiding kunnen zij daarna intern de scholing cyclisch herhalen als opfriscursus, of bijvoorbeeld als training voor nieuwe medewerkers.

Om goede implementatie en toepassing te waarborgen na afloop van de trainingsperiode is een stimulerings-/stuurgroep noodzakelijk:

6. Er wordt per verpleeghuis (of afdeling) een kleine stimulerings-/stuurgroep samengesteld, bij voorkeur aan het begin of tijdens de eerste trainingsbijeenkomst. Deze groep bestaat uit 3-4 personen, waaronder een arts, (GZ)psycholoog en zorgmedewerker van minimaal niveau 3. De groep heeft een coachende rol tijdens en na afloop van de trainingsperiode.

**Doelstelling: 80% van diegenen die in de zorg werken worden geschoold.**

## **2.4 Kwaliteitsbewaking**

Als een zorgorganisatie het programma inkoopt, kunnen er afspraken gemaakt worden over bij- en nascholing, evaluaties en opfriscursussen via het trainingsbureau van Amstelring. Tijdens het onderzoek hebben we wekelijkse bezoeken op locatie afgelegd, waarin we onder andere de zorgvuldigheid van het invullen van de werkbladen en het toepassen van de interventie hebben gecheckt en vragen hebben beantwoord. Voor een goede borging en kwaliteitsbewaking dient de stimulerings- of stuurgroep deze rol op zich te nemen. Hierdoor wordt gezorgd voor continuïteit en coaching op de werkvloer. Door daarnaast de kwaliteits- of scholingsfunctionaris te laten participeren in de trainingen wordt ervoor gezorgd dat zij ook inhoudelijk bekend zijn met het programma en zodoende kunnen inschatten welke trainingen binnen het eigen scholingsaanbod aansluiten en welke kennis er ontbreekt. Aan de hand van de train-de-trainers-handleiding zijn ze daarnaast in staat op zelfstandige wijze de trainingen te verzorgen of trainers op te leiden. Op deze manier wordt er gezorgd voor een structurele manier van borging van het programma en kan men intern, op andere afdelingen en locaties, het programma implementeren en cyclisch scholen.

### **Kwaliteitsborging**

Onder 'uitgangspunten bij de training' hebben we het aanstellen van een stimuleringsgroep/stuurgroep al genoemd als kwaliteitsborging. Hierin neemt bijvoorbeeld een verzorgende, psycholoog, arts en activiteitenbegeleider aan deel. Deze groep signaleert, kan problemen vroegtijdig opsporen, mogelijk verhelpen, en in ieder geval het enthousiasme bij de medewerkers stimuleren.

Indien nodig kan ook een 'helpdesk functie' via Amstelring opgezet worden (zie punt 2 materialen) en is er een 'opfris' en/of nascholingscursus mogelijk. Via Amstelring zijn echter ook afspraken op maat te maken. Daarnaast is het plan in de toekomst van deze modules een e-learning te ontwikkelen.

## **2.5 Randvoorwaarden**

### **Ondersteuning vanuit management**

Het is belangrijk dat alle managementniveaus betrokken en behulpzaam zijn gedurende het implementatieproces. Bijvoorbeeld door hun gezicht af en toe te laten zien op de afdeling of een luisterend oor te bieden. Teamleiders en afdelingshoofden kunnen de implementatie laten slagen door verpleegkundigen en verzorgenden de noodzaak te laten inzien voor verandering. Zij moeten de dagelijkse ondersteuning en begeleiding geven die noodzakelijk is voor succes en blijvend enthousiasme. Dit kunnen zij bijvoorbeeld doen door voldoende tijd en middelen vrij te maken om verzorgenden en andere zorgprofessionals de STA OP! training te laten volgen. Het is aan te bevelen om alleen te starten in een stabiel team en stabiele organisatie.

### **Personele voorwaarden**

STA OP! is een interdisciplinaire methode, waarbij sommige onderdelen zijn voorbehouden aan een arts (SO). In de methode hebben de verpleging en verzorging echter de belangrijkste rol.

- Voor STA OP! is geen extra personeel nodig. Wel is het een voorwaarde dat de formatie op de afdeling(en) op peil is bij de start van de trainings- en implementatieperiode.
- Het hele multidisciplinaire team is betrokken en wordt geschoold.
- Er dient multidisciplinair gewerkt te worden en/of er is een maandelijks/2-maandelijks multidisciplinair overleg.
- Na afloop van de trainingsperiode is een stimulerings-/stuurgroep noodzakelijk.

## 2.6 Implementatie

Implementatie van STA OP! kan alleen goed slagen als het aansluit op bestaande zorgprocessen van een zorginstelling. Denk hierbij aan afspraken en overleggen en gebruik maken van de kracht van alle mensen die bij de dagelijkse zorg en begeleiding van de persoon met dementie betrokken zijn, zoals activiteitenbegeleiding en familie. Voorafgaand aan implementatie, adviseren we een pilot te doen op een afdeling om te zien hoe het programma het beste in te passen is in de huidige structuur van de organisatie. Daarnaast is het voor de implementatie van belang dat er binnen deze afdeling een kartrekker is met een motiverende leiderschapsstijl. Iemand die anderen kan enthousiasmeren, motiveren en de implementatie kan faciliteren. Dit kan een teamleider, verpleegkundig specialist of ander persoon zijn.

### *Het scholen van de medewerkers*

Om te werken met STA OP! is de eerste keer een training vereist. Deze bestaat uit kennis van dementie, gedrag, communicatie en belevingsgerichte benadering en specifieke scholing op het gebied van pijnbeoordeling en -behandeling en het werken met STA OP! Voorafgaand aan de implementatie wordt bij de teammanager nagegaan welke scholingen op deze gebieden reeds gevolgd zijn, zodat een inschatting gemaakt kan worden van het kennisniveau en de training op maat gegeven kan worden. Naast deelname aan de plenaire multidisciplinaire trainingsbijeenkomsten wordt ook een actieve bijdrage verwacht aan het praktijkgedeelte van de training (on-the-job). Aan de hand van de werkbladen uit het handboek wordt het hele stappenplan doorlopen en worden de stappen direct toegepast bij cliënten.

Uit ervaring blijkt dat verzorgenden/verpleegkundigen na de scholing met name gecoacht moeten worden in:

- Het opmerken van onbegrepen gedrag waarmee STA OP! begint.
- Het implementeren van de volgorde van de stappen in STA OP!

Hier kan de eerdergenoemde stimuleringsgroep/stuurgroep een belangrijke rol in spelen.

Nadat deze trainingscyclus is gevolgd, zijn zorgprofessionals in staat STA OP! zelfstandig toe te passen. De tijdsindicatie die nodig is per stap is weergegeven in 'Tabel 1' en is langer dan de trainingsperiode van 12-13 weken. Voor deze kortere trainingsperiode is gekozen om een maximaal resultaat te behalen bij de implementatie. Namelijk: door kennis opdoen en toepassen in de praktijk om deze vervolgens in de eigen werkprocessen in te passen (automatiseren).

## 2.7 Kosten

Voor het implementeren van STA OP! zijn er naast de kosten van de training ook eventuele verletkosten. Indien personeel dat vrij is terugkomt voor een training zullen deze extra (verlet)kosten gerekend moeten worden op het moment dat er geen tijd-voor-tijd-regeling kan worden getroffen. Onder verletkosten vallen ook de kosten als er extra personeel moet worden ingezet (zie overzicht hieronder). Een organisatie kan ervoor kiezen om één afdeling als pilot te laten fungeren en de zorgprofessionals van die afdeling de training te laten volgen, inclusief eigen trainers vanuit de instelling. Nadat deze trainers de training voltooid hebben, zijn zij aan de hand van de train-de-trainers-handleiding in staat de daaropvolgende afdelingen en locaties zelfstandig te trainen.

De geschatte kosten zijn voor 1 groep á 13 personen: € 2.775,-.

Bijeenkomsten	Kosten bijeenkomst	Verletkosten deelnemende organisatie, indien medewerkers: - terugkomen op een vrije dag voor een training, of - extra moeten worden ingezet (indicatie).
5 bijeenkomsten van 3 uren á € 555,00; incl. materialen (reader), voorbespreking, tussentijds overleg/afstemming, en eindevaluatie (totaalprijs).	€ 2.775,-	- Zorgmedewerker: 5 x 3 = 15 uur á 14 euro (ca. 210 euro) - Psycholoog: 3x 3 = 9 uur á 35 euro (ca. 315 euro). - Arts: 2x 3 = 6 uur á 40 euro (240 euro) Totaal € 765
	Reiskostenvergoeding medewerker Amstelring (0,28 euro/km).	

Mochten er op jaarbasis meer dan 5 STA OP! trainingen worden afgenomen, dan kunnen wij een korting van 10% op de resterende trainingen toepassen. Indien men besluit de eigen kwaliteits-, scholingsfunctionaris of interne trainers te laten participeren in de trainingen, kan men met de train-de-trainers-handleiding de STA OP! zelfstandig voortzetten binnen de organisatie. Er zijn dan geen extra kosten verbonden aan het inhuren.

### 3. Onderbouwing

#### 3.1 Probleem

De WHO schat het aantal mensen met dementie wereldwijd op 46 miljoen (Prince, 2015). In Nederland hebben ongeveer 260.000 mensen dementie, waarvan ongeveer 1/3 verblijft in het verpleeghuis (RIVM, 2014). Neuro-psychiatrische symptomen zoals agitatie, depressie, wanen en apathie komen zeer frequent voor (tot 97%) bij gevorderde dementie (Ballard et al., 2001). Deze symptomen zijn erg belastend voor zowel de persoon zelf, familie en verzorging en zijn vaak een reden voor opname in het verpleeghuis (Gaugler, Yu, Krichbaum, & Wyman, 2009). De oorzaak van onbegrepen gedrag is multifactorieel: naast het directe gevolg van de neuropathologische veranderingen in het brein ten gevolge van de dementie behoren fysiologische factoren (zoals pijn, infectie, dehydratie) en psychosociale factoren (zoals onvervulde behoeften of te veel of verkeerde externe prikkels) tot de oorzaken (Steinberg et al., 2006). Vaak ontstaat onbegrepen gedrag door een combinatie van deze oorzaken.

Bij mensen met dementie komen net zo veel aandoeningen voor die pijn kunnen veroorzaken als bij mensen zonder dementie. Door neuropathologische veranderingen bij dementie kan de pijnbeleving wel veranderd zijn. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij vasculaire dementie, waar de pijngewaarwording toeneemt. Ook is de diagnostiek ingewikkelder, onder andere vanwege communicatieproblemen. Als gevolg van de verminderde verbale vermogens wordt pijn vaak niet goed herkend en niet goed behandeld, en leidt dit tot een onderbehandeling van pijn bij dementie (Husebo, 2016; Corbett, 2012). Daarom is het goed om meer gebruik te maken van pijnobservatieschalen, die het pijngedrag kunnen meten. De behandeling van pijn bij dementie is, mede door bovengenoemde problemen bij het opsporen van pijn, slechter dan bij mensen zonder dementie. Reguliere pijnmedicatie moet ook bij mensen met dementie voorgeschreven worden, waarbij wellicht hogere doses nodig zijn vanwege het verminderde placebo-effect door afwijkingen in de prefrontale cortex (Achterberg et al, 2013; Scherder et al, 2015). Er zijn meerdere interventies (Pieper et al., 2013) onderzocht die zich richten op deze fysiologische of psychosociale oorzaken van onbegrepen gedrag. Bijvoorbeeld snoezelen, reminiscentie, muziek- en cognitieve gedragstherapie. Slechts zelden wordt het gehele complex van oorzaken tegelijk benaderd. Psychotrope medicatie heeft over het algemeen een beperkt effect op dit gedrag (Briesacher et al., 2005; Maher et al., 2011). Toch wordt deze medicatie vaak voorgeschreven, ondanks de substantiële neveneffecten zoals stijfheid, sufheid, vallen, CVA 's en zelfs sterfte.

Een van de weinige interventies die de complexe etiologie als uitgangspunt neemt en psychosociale en meer somatisch gerichte interventies combineert, is de Serial Trial Intervention (STI) (Kovach, Noonan, Schlidt, Reynolds, & Wells, 2006). Dit is een stapsgewijze benadering die in de Verenigde Staten succesvol was in het verminderen van onbegrepen gedrag bij verpleeghuisbewoners met dementie. De studie had echter een beperkte set uitkomstmaten, de beoordeling van pijn was onvoldoende uitgewerkt en het programma was specifiek voor de Amerikaanse verpleeghuissetting ontwikkeld (Kovach, Noonan, et al., 2006). Daarom hebben wij de STI vertaald en bewerkt voor de Nederlandse situatie, waarin naast verzorgenden/verpleegkundigen de overige disciplines, zoals de specialist ouderengeneeskunde en psycholoog, een veel prominentere rol spelen dan in de VS. (Conroy et al., 2009; Ribbe et al., 1997). De

Nederlandse versie kreeg de naam ‘STApsgewijs Onbegrepen gedrag en Pijn bij dementie de baas!’ (STA OP!) (Pieper et al., 2011).

In een cluster-gerandomiseerde gecontroleerde trial onderzochten we of invoering van deze stapsgewijze multidisciplinaire interventie effectief was in het verminderen van onbegrepen gedrag, pijn en depressieve symptomen bij verpleeghuisbewoners met een matige tot ernstige dementie.

### 3.2 Oorzaken

Oorzaken van het beschreven probleem zijn:

1. De neuro-psiachtrische symptomen (gedragingen) die het gevolg zijn van de matige tot ernstige vorm van dementie. De hersengebieden die nodig zijn voor het controleren van het gedrag worden door de neurologische schade aangetast. In combinatie met de achteruitgang van de cognitieve vermogens zijn deze symptomen (gedragingen) moeilijk interpreteerbaar (factor 1). De communicatie over behoeften en wensen wordt steeds ingewikkelder en uit zich vervolgens in gedrag (Kovach, 2006, Cohen-Mansfield, 2001). En doordat er onvoldoende kennis is over onbegrepen gedrag (probleemgedrag) zijn zorgteams moeilijker in staat dit gedrag ‘te lezen’ (Hamers, 2011).
2. De reactie op deze symptomen (gedrag) is onvoldoende systematisch onderzocht (factor 2). Pijn is moeilijk goed te onderkennen en het is lastig systematisch psychosociale behoeften in kaart te brengen en de juiste psychosociale interventies in te zetten. Een goede analyse van de achtergronden van het gedrag is daarom zeer wenselijk.

### 3.3 Aan te pakken factoren

Dementie en het dementieproces vallen vooralsnog niet te remmen. Daarom wordt met STA OP! factor 2 aangepakt, waarmee het hoofdoel wordt gerealiseerd. Namelijk: onbegrepen/veranderd gedrag van mensen met een matige tot ernstige dementie, verblijvend op een pg-afdeling van het verpleeghuis, in kaart brengen, systematisch en multidisciplinair analyseren en passende behandeling(en) en/of aanpak inzetten. Door de trainingen en de ondersteunende werkbladen wordt beter ingezoomd op het gedrag van cliënten, waarbij er specifieke aandacht is voor pijn als mogelijke oorzaak van het vertoonde gedrag.

Dit gebeurt door het multidisciplinaire team, dat onder andere uit zorgmedewerkers, (GZ-)psycholoog, specialist ouderengeneeskunde, activiteitenbegeleiding, en eventueel fysio- en ergo- of muziektherapeut bestaat. Hierdoor leren zij het gedrag van cliënten te lezen, begrijpen zij beter welke behoeftes cliënten hebben en welke rol pijn speelt bij het ontstaan en/of in stand houden van het gedrag. Doordat zorgprofessionals beter begrijpen wat er aan de hand is met een cliënt sluit behandeling meer en beter aan op de onderliggende oorzaak van het onbegrepen gedrag.

In de tabel hieronder worden de verbanden tussen verklarende factoren, de (sub)doelen, de achterliggende theorie en de werkwijze schematisch weergegeven.

Factor	(sub)doel	Theorie/ methode	STA OP! methode
--------	-----------	------------------	-----------------

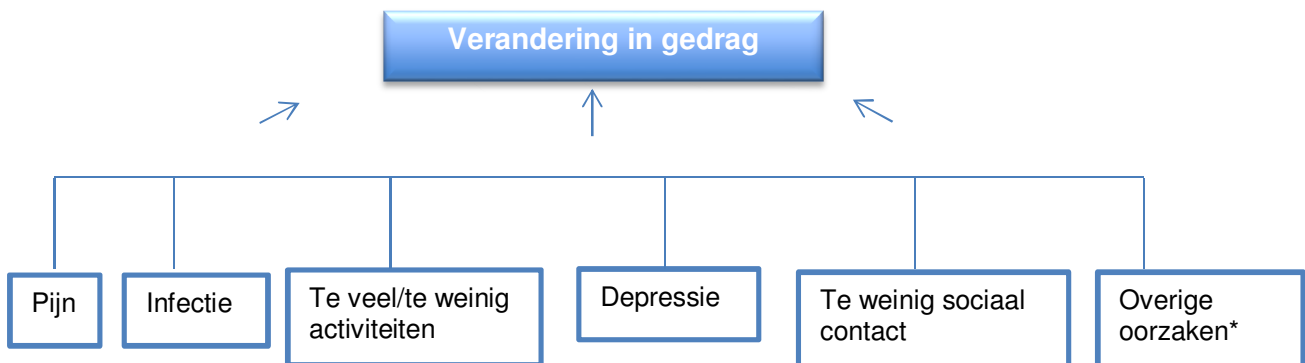
2. Systematisch pijn en andere mogelijke oorzaken van onbegrepen gedrag in kaart brengen, analyseren en behandelen.	Door het volgen van de trainingen hebben zorgprofessionals meer kennis over de complexe relatie tussen dementie, pijn en onbegrepen gedrag, en kunnen zij pijn beter signaleren als mogelijke oorzaak van onbegrepen gedrag en daarnaast gericht behandelings en/of interventies inzetten bij pijn en/of onbegrepen gedrag bij dementie.	De trainingen geven uitleg over de complexe relatie pijn, onbegrepen gedrag en dementie met de theorie onvervulde behoeften (Kovach, Noonan, et al., 2006). Daarnaast worden volgens de laatste inzichten het inzetten van bewezen non-farmacologische interventies (behandelingen) besproken (Abrama et al., 2017; Pieper et al., 2013)	Multidisciplinaire training STA OP! Handboek en werkbladen STA OP!
---	--	--	--

### 3.4 Verantwoording

STA OP! heeft tot doel onbegrepen/veranderd gedrag van mensen met een matige tot ernstige dementie, verblijvend op een pg-afdeling van het verpleeghuis, in kaart te brengen en systematisch en multidisciplinair te analyseren. Zodat een passende aanpak of behandeling ingezet kan worden.

#### Factor 2

Met STA OP! wordt op systematische wijze gezocht naar een verklaring en oorzaak van het onbegrepen gedrag ofwel het gedefinieerde gedrag dat op de voorgrond staat. Daarbij wordt op een stapsgewijze manier naar zowel lichamelijk als niet-lichamelijke oorzaken gekeken. Het lastige is, dat dit gedrag veel verschillende oorzaken kan hebben (Figuur 2). Elk van deze factoren vraagt om een andere aanpak. Voor mensen met gevorderde dementie is gedrag vaak de enige manier om pijn of ander onbehagen te communiceren (Cohen-Mansfield, 2001; Corbett, 2012; Kovach, 2006, Husebo, 2016).



\* men denkt daarbij bijv. aan verandering in/van de omgeving, persoonlijkheid/persoonlijkheidsproblematiek, achteruitgang ziekte/cognitie, andere somatische oorzaken etc.

Figuur 2. Oorzaken gedragsverandering.

Een belangrijke pijler van STA OP! is het Need-Driven model van Christine Kovach (Kovach, Noonan, et al., 2006). Dit model gaat ervan uit dat naarmate de dementie vordert het vermogen van de persoon met dementie om zijn behoeften, ongemak, pijn of ander leed verbaal te communiceren achteruitgaat. Het gaat hier onder andere om lichamelijk of psychosociaal ongemak, en/of onvrede met de omgeving. Behoeften waaraan niet wordt voldaan, kan iemand met dementie kenbaar maken via gedrag. Dit gedrag wordt door de omgeving of verzorgenden vaak niet begrepen als uiting van ongemak, pijn of ander leed. Regelmatig wordt alleen het gedrag zelf beïnvloed, bijvoorbeeld door correctie of met psychofarmaca. Daardoor wordt onvoldoende voorzien in de behoeften en noden van de persoon met dementie. Gedrag dat niet wordt herkend als uiting van ongemak, onwelbevinden, pijn of ander leed kan, doordat deze niet worden verholpen, weer leiden tot ander, meer en vaak negatiever gedrag.

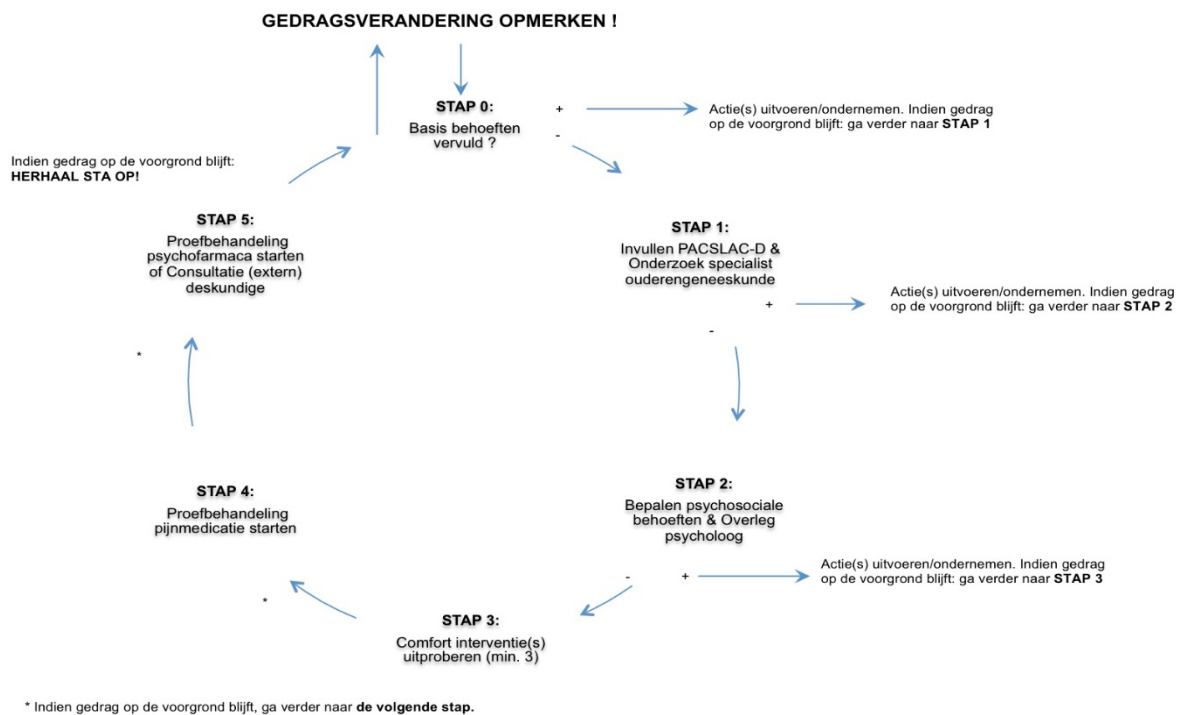
Omdat mede uit onderzoek is gebleken dat pijn bij dementie frequent voorkomt (schattingen liggen tussen de 45-80%) en vaak niet herkend wordt als oorzaak van onbegrepen gedrag, vindt binnen STA OP! objectieve observatie door pijnschalen en doelgerichte interventies, ter voorkoming van ongemak en pijn, en uiteindelijk pijnbestrijding plaats. Zoals onder 'Inhoud van de interventie' al is genoemd, is het dan ook van groot belang om onbegrepen gedrag uit te leggen als een **signaal** van de persoon met dementie dat er iets mis is; achterliggende (zorg)behoeften en mogelijk onderliggend lijden op te sporen en tijdig te verhelpen. Met deze stapsgewijze aanpak wordt het gedrag van de bewoner met dementie positief beïnvloed, wordt het welbevinden vergroot en mogelijk erger onbegrepen gedrag voorkomen.

Allereerst wordt de kennis van zorgprofessionals over dementie, pijn en oorzaken van onbegrepen gedrag en de relaties hiertussen vergroot door het geven van de trainingen (factor 2).

Door de trainingen en het gebruik van de werkbladen wordt het stapsgewijs en methodisch werken geïntroduceerd, wordt de oorzaak van het gedrag opgespoord en wordt behandeling gericht op de oorzaak in plaats van op het gedrag zelf (hoofddoel). Afhankelijk van het gedrag dat op de voorgrond staat, de individuele behoeften en wensen van de cliënt en het vooraf bepaalde doel (bijvoorbeeld: verklaren, verminderen, accepteren; zie 'start van STA OP!') worden er gerichte interventies of behandelingen ingezet om het gedrag te beïnvloeden.

Indien er een verklaring wordt gevonden voor het gedrag en deze is adequaat behandeld, dan kan STA OP! worden afgesloten en kunnen de ondernomen acties worden opgenomen in het zorgplan. Bij een nieuwe episode van (onbegrepen) gedrag of een gedragsverandering wordt weer gestart met het definiëren van dit gedrag en het nagaan van reeds ondernomen acties, alvorens de stappen stapsgewijs worden doorlopen (Figuur 1).





Figuur 1. De stappen van STA OP!

Deze stapsgewijze benadering is in de Verenigde Staten en in Nederland succesvol gebleken in het verminderen van onbegrepen (probleem)gedrag bij verpleeghuisbewoners met dementie (Kovach, Logan, et al., 2006; Kovach et al., 2012; Pieper, Achterberg, van der Steen, & Francke, 2017; Pieper et al., 2016; Pieper, van der Steen, et al., 2017).

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering

- A. *Implementation of a stepwise, multidisciplinary intervention for pain and challenging behaviour in dementia (STA OP!): a process evaluation.* Pieper MJ, Achterberg WP, van der Steen JT, Francke AL. *International Journal of Integrated Care.* 2018; 18(3): 15
- B. Dit hebben we gedaan door een procesevaluatie van het cluster-gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoek (cluster-RCT). Hierbij hebben we gebruik gemaakt van kwalitatieve en kwantitatieve data (mixed methods design): semigestructureerde interviews met zorgprofessionals en evaluaties na afloop van de trainingsperiode. We hebben de aantekeningen en logboeken geanalyseerd volgens de principes van de thematische analyse. Tot slot hebben we het implementatieproces en de faciliterende en belemmerende factoren gecategoriseerd aan de hand van verschillende levels: organisatie, team en individu/professional.
- C. De gebruikte materialen, zoals training, handleiding en formulieren bleken relevant en werkbaar. Vanwege het multidisciplinaire karakter werd de huidige opzet van de training als waardevol beschouwd. De training versterkte het interdisciplinair leren en -samenwerken. Factoren die het implementatieproces belemmerden op organisatieniveau gingen over de instabiliteit van de organisatie in het algemeen en het team in het bijzonder. Bijvoorbeeld omdat:
- Organisaties of teams betrokken waren bij meerdere projecten en/of nieuwe innovaties.
  - Onderbezet waren als gevolg van een hoog ziekteverzuim of verloop.
  - Er een hoge werkdruk werd ervaren.
  - Essentiële disciplines afwezig waren tijdens de trainingsbijeenkomsten. Dit gebeurde bijvoorbeeld omdat dit niet gefaciliteerd werd vanuit het management.

Factoren die de implementatie faciliteerden op het niveau van het team:

- De aanwezigheid van een persoon met een motiverende leiderschapsstijl.
- Interdisciplinaire samenwerking, doordat het hele team werd betrokken en geschoold.
- Het gestructureerd en duidelijker borgen van de interventie (zichtbaarheid en gebruik), onder andere door het maken van duidelijke afspraken, schriftelijke rapportages en/of overdrachten.

Op het niveau van het individu zorgde STA OP! voor meer bewustwording van de problematiek. De stapsgewijze manier van werken zorgde voor een betere implementatie.

Hoewel de interventie niet helemaal zoals vooraf gepland werd geïmplementeerd, heeft de stapsgewijze interventie gezorgd voor meer bewustwording bij zorgprofessionals. Signalen van pijn en onbegrepen gedrag bij mensen met een dementie worden eerder herkend. Daarnaast heeft het gezorgd voor een grotere bewustwording van de eigen mogelijkheden om met deze problematiek om te gaan. Zorgprofessionals

kregen meer tools in handen. Als gevolg hiervan voelden zorgprofessionals zich competenter en beter in staat om te gaan met de problematiek (empowered).

Voor toekomstige implementaties van de interventie is het aan te bevelen dat er gestart wordt op afdelingen waar zich een leider bevindt die anderen kan enthousiasmeren, motiveren en de implementatie kan faciliteren. Daarnaast zal er rekening gehouden moeten worden met organisatorische moeilijkheden. Het is aan te bevelen om alleen te starten in een stabiel team en stabiele organisatie. Daarnaast zijn ondersteuning en een gedeelde focus en motivatie om de verandering door te voeren essentieel.

#### 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

##### 1. De opzet van de studie is gepubliceerd in BMC Geriatrics:

- A. *The implementation of the serial trial intervention for pain and challenging behaviour in advanced dementia patients (STA OP!): a clustered randomized controlled trial.* Pieper MJC, Achterberg WP, Francke AL, van der Steen JT, Scherder EJA, Kovach CR. *BMC Geriatr.* 2011;11:12.
- B. Studieprotocol van het cluster-gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoek (cluster-RCT), N=288, Meetinstrumenten: o.a. CMAI, NPI-NH, PACSLAC-D, MDS-RAI pijnschaal (alle primaire uitkomstmaten), CSDD, MDS-DRS, Qualidem, Katz ADL-schaal, medicatiegebruik (alle secundaire uitkomstmaten), GDS Reisberg (signalering/mate van dementie)
- C. Opzet zoals beschreven in dit werkblad (beschrijving van de inhoud van de interventie en de uitvoering van de interventie).

##### 2. Onderzoek naar de effectiviteit van STA OP! op het verminderen van onbegrepen gedrag:

- A. *Effects of a stepwise multidisciplinary intervention for challenging behavior in advanced dementia: A cluster randomized controlled trial.* Pieper MJ, Francke AL, van der Steen JT, Scherder EJ, Twisk JW, Kovach CR, Achterberg WP. *J Am Geriatr Soc.* 2016 Feb;64(2):261-9.
- B. Cluster-gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek (cluster-RCT); N= 288, meetinstrumenten: GDS Reisberg (mate van dementie), NPI-NH, CMAI, CSDD, MDS-DRS, medicatie (psychofarmaca)
- C. Samenvatting:

#### Doel

We hebben onderzocht of de invoering van een stapsgewijze multidisciplinaire interventie (STA OP!) effectief is in het verminderen van probleemgedrag en symptomen van depressie bij verpleeghuisbewoners met een gevorderde dementie.

## **Methoden**

### Studie Design

Dit hebben we gedaan door een cluster-gerandomiseerde gecontroleerde trial in 12 verpleeghuizen (21 afdelingen) van het Universitaire Netwerk Ouderenzorg van het VU medisch centrum (UNO-VUmc), (Koopmans, Lavrijsen, & Hoek, 2013). Bekijk daarvoor ook het artikel over het studieprotocol (Pieper et al., 2011). Op elke afdeling werden mensen met matige tot ernstige dementie, Reisberg Global Deterioration Scale (GDS) (Reisberg, Ferris, de Leon, & Crook, 1982) stadium 5, 6, of 7, geïnccludeerd. De afdelingen werden gerandomiseerd naar interventie (invoering van STA OP!) of controleconditie. De metingen zijn verricht door een onderzoeksassistent die niet wist of een afdeling al dan niet de interventie kreeg. Het onderzoek werd goedgekeurd door de medisch-ethische toetsingscommissie van het VUmc (nummer 2009/119), en geregistreerd in het Nederlands Trial Register onder nummer NTR1967. Neuro-psiachtrische symptomen werden gemeten met de Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Cohen-Mansfield, 2013; Cohen-Mansfield & Jensen, 2008; Cohen-Mansfield & Libin, 2004) en de Neuropsychiatric Inventory- Nursing Home (NPI-NH) (Cummings et al., 1994), symptomen van depressie met de Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) (Alexopoulos, Abrams, Young, & Shamoian, 1988) en de Minimum Dataset Depression Rating Scale (MDS-DRS) (Burrows, Morris, Simon, Hirdes, & Phillips, 2000). Medicatiegebruik (antipsychotica, antidepressiva, anxiolytica en hypnotica/sedativa) werd geregistreerd vanuit de medicatie-deellijsten. De metingen werden verricht bij de start van de invoering van STA OP!, na 3 en na 6 maanden.

### Interventie: training en invoering van STA OP!

Het STA OP! protocol hebben we op de interventieafdelingen ingevoerd door een training van het hele team: verzorgenden/verpleegkundigen, specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, fysiotherapeut en activiteitenbegeleiders. In 5 bijeenkomsten van 3 uur werden alle 6 stappen van het STA OP! protocol getraind. Deze staan beschreven in Figuur 1. Alle specialisten ouderengeneeskunde kregen daarnaast een scholing over management van pijn bij dementie, gebaseerd op de richtlijn pijn bij kwetsbare ouderen (van Kleef & Geurts, 2012). Om het gebruik in de praktijk te stimuleren, werd het protocol geïntegreerd in de werkwijze van de afdeling (bijvoorbeeld overdracht, werkbijeenkomsten, multidisciplinaire overleggen) en er werden focusgroepen op de afdeling geformeerd om gebruik van STA OP! te bevorderen. Daarnaast werden er wekelijks werkbezoeken uitgevoerd door de coördinator (MP).

### Controleconditie

Op de controleafdelingen werd ook een training gegeven over het omgaan met gedragsproblemen bij dementie en pijn, maar zonder de stapsgewijze component. Daarnaast werden op de controleafdelingen ook wekelijks werkbezoeken afgelegd en was de coördinator (MP) eveneens bereikbaar om vragen te beantwoorden over onbegrepen gedrag of deelname aan de studie. Alle specialisten ouderengeneeskunde kregen net als hun collega's in de interventie-conditie, ook de scholing over management van pijn bij dementie.

### Analyses

Voor de statistische analyse hebben we gebruik gemaakt van longitudinale multi-leveltechnieken. Zo konden we corrigeren voor clustering van de data op onder andere afdelingsniveau.

## Resultaten

In 12 verpleeghuizen (21 afdelingen) werden 288 bewoners met dementie geïncludeerd (148 bewoners in de interventiegroep op 11 afdelingen en 140 bewoners in de controlegroep op 10 afdelingen). Op de afdelingen waar STA OP! was ingevoerd, was er na 6 maanden een significante afname van agitatie (CMAI), neuropsychiatrische symptomen (NPI-NH) en depressie (CSDD en MDS-DRS). Dit in vergelijking tot de controleafdelingen. Daarnaast was het gebruik van antidepressiva op de interventieafdelingen significant lager (OR=0.32, 95% BI 0.10; 0.98).

## Conclusie

Deze cluster-gerandomiseerde gecontroleerde trial laat zien dat STA OP! als stapsgewijze multidisciplinaire interventie effectief is in het verminderen van probleemgedrag en het gebruik van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners met dementie.

### 3. Onderzoek naar de effectiviteit van STA OP! op het verminderen van pijn:

A. *Effects on pain of a stepwise multidisciplinary intervention (STA OP!) that targets pain and behavior in advanced dementia: A cluster randomized controlled trial. Pieper MJ, van der Steen JT, Francke AL, Scherder EJ, Twisk JW, Achterberg WP. Palliat Med 2017; 269216316689237. doi: 10.1177/0269216316689237. Dit artikel werd bekroond met de Jaarprijs Palliatieve Zorg 2017.*

B. Cluster-gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek (cluster-RCT); N= 288, meetinstrumenten: GDS, PACSLAC-D, MDS-RAI pijnschaal, pijnmedicatie

C. Samenvatting:

## Doel

We hebben onderzocht of de invoering van een stapsgewijze multidisciplinaire interventie (STA OP!) effectief is in het verminderen van pijn en gedrag bij verpleeghuisbewoners met gevorderde dementie.

## Methoden

### Studie Design

Dit hebben we gedaan door een cluster-gerandomiseerde gecontroleerde trial in 12 verpleeghuizen (21 afdelingen) van het Universitaire Netwerk Ouderenzorg van het VU medisch centrum (UNO-VUmc). Bekijk daarvoor ook het artikel over het studieprotocol (M. J. Pieper et al., 2011). Op elke afdeling werden mensen met matige tot ernstige dementie, Reisberg Global Deterioration Scale (GDS) (Reisberg et al., 1982) stadium 5, 6, of 7, geïncludeerd. De afdelingen werden gerandomiseerd naar interventie (invoering van STA OP!) of controleconditie. De metingen zijn verricht door een onderzoeksassistent die niet wist of een afdeling al dan niet de interventie kreeg. Het onderzoek werd goedgekeurd door de medisch-ethische toetsingscommissie van het VUmc (nummer 2009/119), en geregistreerd in het Nederlands Trial Register onder nummer NTR1967. Pijn werd gemeten met de MDS-RAI pijnschaal (een maat voor het inschatten van pijn) (Fries, Simon, Morris, Flodstrom, & Bookstein, 2001) en de PACSLAC-D (een maat voor de observatie

van pijn) (Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos, 2004; Zwakhalen, Hamers, & Berger, 2007). Medicatiegebruik werd geregistreerd vanuit de medicatie-deellijsten. De metingen werden verricht bij de start van de invoering van STA OP!, na 3 en na 6 maanden.

### Interventie: training en invoering van STA OP!

Het STA OP! protocol werd op de interventie afdelingen ingevoerd door een training van het hele team: verzorgenden/verpleegkundigen, specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, fysiotherapeut en activiteitenbegeleiders. In 5 bijeenkomsten van 3 uur werden alle 6 stappen van het STA OP! protocol getraind. De stappen staan beschreven in tekst Figuur 1. Alle specialisten ouderengeneeskunde kregen daarnaast een scholing over management van pijn bij dementie, gebaseerd op de richtlijn pijn bij kwetsbare ouderen (van Kleef & Geurts, 2012). Om het gebruik in de praktijk te stimuleren, werd het protocol geïntegreerd in de werkwijze van de afdeling (bijvoorbeeld overdracht, werkbesprekingen, multidisciplinaire overleggen) en er werden focusgroepen op de afdeling geformeerd om gebruik van STA OP! te bevorderen. Daarnaast werden er wekelijks werkbezoeken uitgevoerd door de coördinator (MP).

### Controleconditie

Op de controle-afdelingen werd ook een training gegeven over het omgaan met gedragsproblemen bij dementie en pijn, maar zonder de stapsgewijze component. Daarnaast werden ook wekelijks werkbezoeken afgelegd en was de coördinator (MP) eveneens bereikbaar om vragen te beantwoorden over onbegrepen gedrag of deelname in de studie. Alle specialisten ouderengeneeskunde kregen net als hun collega's in de interventie-conditie ook de voornoemde scholing over management van pijn bij dementie.

### Analyses

Voor de statistische analyse hebben we gebruik gemaakt van longitudinale multi-leveltechnieken. Zo konden we corrigeren voor clustering van de data op onder andere afdelingsniveau.

### **Resultaten**

In 12 verpleeghuizen (21 afdelingen) werden 288 bewoners met dementie geïncludeerd (148 bewoners in de interventiegroep op 11 afdelingen en 140 bewoners in de controlegroep op 10 afdelingen). Op de afdelingen waar STA OP! was ingevoerd was er na 6 maanden een significante afname van pijn, zoals gemeten met de PACSLAC-D. Met de MDS-RAI pijnschaal werd dit effect echter niet gevonden. Daarnaast was het gebruik van pijnmedicatie op de interventie-afdelingen significant hoger (OR=3.08; 95% CI 1.08, 8.74).

### **Conclusie**

Deze cluster-gerandomiseerde gecontroleerde trial laat zien dat STA OP! als stapsgewijze multidisciplinaire interventie, effectief is in het verminderen van (geobserveerde) pijn bij verpleeghuisbewoners met dementie.

### 4.3 Praktijkvoorbeeld

*Casus uit pilot-onderzoek (M. Pieper & Achterberg, 2011); gepubliceerd in Denkbeeld (niet-wetenschappelijk tijdschrift)*

Mevrouw Jansen is een 81-jarige dame met geagiteerd en prikkelbaar gedrag wat zich uit in verbale uitingen en verstoringen. Dit gedrag doet zich gedurende de hele dag voor en is zeer wisselend aanwezig. Mevrouw kan ineens erg verdrietig of bijzonder boos zijn. Zij begrijpt zeer weinig van wat men tegen haar zegt. Zorgprofessionals krijgen moeilijk contact met haar, omdat ze sterk in haar eigen wereld leeft.

Bijzonderheden: zeer lange dame, ca. 1.85 m.

#### Co-morbiditeit:

- Oren : doof, draagt geen gehoorapparaten meer.
- Ogen : geen bril, oogzenuw beschadigd i.v.m. glaucoom. Niet merkbaar dat mevrouw niet goed meer zou zien.
- Mond-gebit : deels eigen tanden, heeft een plaatje (niet in) voor missende elementen.
- Gewrichten : prothese heupen & knieën li/re.
- Pols : gips gehad na.
- Medicatie : Ferrofumaraat 3dd 200mg, nexium 1dd 40 mg, simvastatine 10 mg, CAD 100/880, Lactulose stroop, movicolon 1dd, paracetamol 'zo nodig' 4dd 1000mg, xalatan Oogdruppels, oxazepam 2dd 10 mg 'zo nodig'.

#### Uitvoering stappenplan

##### STAP 0

Geen verklaring voor het gedrag gevonden, verschillende mogelijkheden bekeken.

##### STAP 1

Hoge score PACSLAC-D: 7, indicatie voor pijn. Lichamelijk onderzoek nurse practitioner:

Afwijkend: mogelijk pijn aan been bij het lopen (re). Sloft en heeft kortere standpositie. Pols: crepiteert, gebruikt handen wel normaal. Gebruikt paracetamol nu 'zo nodig'.

Actie(s): continue pijnmedicatie opgestart 3dd 1000mg, na overleg met arts. Gedrag nog niet volledig verklaard.

##### STAP 2

Na bestudering van de dagbalans leek er sprake van omgevingsstress. Denk hierbij aan een televisie die aanstond en veel bewoners in een kleine kamer. Ook was er sprake van te weinig rust en betekenisvolle contacten. Er werd voor mevrouw een andere plek in de huiskamer en meer rustmomenten gecreëerd. Daarnaast viel op dat mevrouw veel pijn had bij het gaan zitten en staan. Gezien de lengte van mevrouw en de lichamelijke aandoening (prothesen heupen/knieën), is er een verhoogde stoel aangevraagd en is eveneens de toilethoogte veranderd.

## **Resultaten**

De stapsgewijze benadering van het protocol heeft men in een eerder stadium storende omgevingsprikkel kunnen vaststellen en actie kunnen ondernemen. Mevrouw Jansen heeft een rustigere plek in de huiskamer gekregen. In verband met pijn bij het gaan staan en zitten zijn toilet en stoel in hoogte aangepast en is de pijnmedicatie opgevoerd. Dit alles heeft geresulteerd in een duidelijk positieve verandering. Mevrouw Jansen oogt meer ontspannen, rustiger en tevredener. Haar pijnscore daalde van zeven (sterke aanwijzing voor pijn) naar nul en ook haar stemming verbeterde sterk: van een depressiescore van vier (aanwijzingen voor een depressie) eveneens tot nul. Ook de prikkelbaarheid daalde en de kwaliteit van leven nam op enkele gebieden duidelijk toe.

Deze resultaten zijn door zorgmedewerkers als ‘opvallende veranderingen’ gerapporteerd en worden ondersteund door de gemeten resultaten.



## 5. Samenvatting Werkzame elementen

We hebben de werkzame factoren al eerder beschreven, onder andere in '4.1 Onderzoek naar de uitvoering'. Voor het overzicht vatten we ze hier nog even samen:

- De gebruikte materialen, zoals training, handleiding en formulieren bleken relevant en werkbaar.
- De huidige opzet van de training werd als waardevol beschouwd, vanwege het multidisciplinaire karakter. Interdisciplinair leren en -samenwerken werd op deze manier versterkt.
  
- Factoren die het implementatieproces belemmerden op het niveau van de organisatie gingen over de instabiliteit van de organisatie in het algemeen en het team in het bijzonder:
  - Organisaties of teams waren betrokken bij meerdere projecten en/of nieuwe innovaties.
  - Organisaties of teams waren onderbezet als gevolg van een hoog ziekteverzuim of verloop. Hierdoor werd een te hoge werkdruk ervaren.
  - Als essentiële disciplines afwezig waren tijdens de trainingsbijeenkomsten. Dit gebeurde bijvoorbeeld omdat dit niet gefaciliteerd werd vanuit het management.
  
- Factoren die de implementatie faciliteerden op het niveau van het team waren:
  - De aanwezigheid van een persoon met een motiverende leiderschapsstijl.
  - Interdisciplinaire samenwerking. Dit ontstond omdat het hele team werd betrokken en geschoold.
  - Gestructureerde en duidelijker borgen van de interventie (zichtbaarheid en gebruik), onder andere door het maken van duidelijke afspraken, schriftelijke rapportages en/of overdrachten.
  
- Op het niveau van het individu heeft de STA OP! gezorgd voor:
  - Meer bewustwording bij zorgprofessionals. Zij herkennen signalen van pijn en onbegrepen gedrag beter bij mensen met dementie.
  - Een grotere bewustwording van de eigen mogelijkheden om met deze problematiek om te gaan. Zorgprofessionals kregen meer tools in handen en konden hun expertise gerichter inzetten. Als gevolg hiervan voelden zorgprofessionals zich competent en beter in staat om te gaan met deze problematiek (empowered).
  - Een hoger welbevinden van de cliënt met dementie, door beter management van pijn en onbegrepen gedrag.

## 6. Aangehaalde literatuur

- Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, Gudmundsson A, Soiza R, O'Mahony D, Guaita A, Cherubini A. Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*. 2017 Mar 16;7(3):e012759. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012759. Review. Erratum in: *BMJ Open*. 2017 Jul 17;7(7):e012759corr1
- Achterberg WP, Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, de Waal MW, Husebo BS, Lautenbacher S, Kunz M, Scherder EJ, Corbett A. Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1471-82. doi: 10.2147/CIA.S36739. Epub 2013 Nov 1. Review.
- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry*, 23(3), 271-284.
- Ballard, C. G., O'Brien, J. T., Swann, A. G., Thompson, P., Neill, D., & McKeith, I. G. (2001). The natural history of psychosis and depression in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease: persistence and new cases over 1 year of follow-up. *J Clin Psychiatry*, 62(1), 46-49.
- Briesacher, B. A., Limcangco, M. R., Simoni-Wastila, L., Doshi, J. A., Levens, S. R., Shea, D. G., & Stuart, B. (2005). The quality of antipsychotic drug prescribing in nursing homes. *Arch Intern Med*, 165(11), 1280-1285. doi:10.1001/archinte.165.11.1280
- Burrows, A. B., Morris, J. N., Simon, S. E., Hirdes, J. P., & Phillips, C. (2000). Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age Ageing*, 29(2), 165-172.
- Cohen-Mansfield, J. (2013). Nonpharmacologic treatment of behavioral disorders in dementia. *Curr Treat Options Neurol*, 15(6), 765-785. doi:10.1007/s11940-013-0257-2
- Cohen-Mansfield, J., & Jensen, B. (2008). Assessment and treatment approaches for behavioral disturbances associated with dementia in the nursing home: self-reports of physicians' practices. *J Am Med Dir Assoc*, 9(6), 406-413. doi:10.1016/j.jamda.2008.02.010
- Cohen-Mansfield, J., & Libin, A. (2004). Assessment of agitation in elderly patients with dementia: correlations between informant rating and direct observation. *Int J Geriatr Psychiatry*, 19(9), 881-891. doi:10.1002/gps.1171
- Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *Am.J.Geriatr.Psychiatry*, 9, 361-381
- Conroy, S., Van Der Cammen, T., Schols, J., Van Balen, R., Peteroff, P., & Luxton, T. (2009). Medical services for older people in nursing homes--comparing services in England and the Netherlands. *J Nutr Health Aging*, 13(6), 559-563.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308-2314.
- Corbett A, Husebo B, Malcangio M, Staniland A, Cohen-Mansfield J, Aarsland D, Ballard C. Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nat Rev Neurol*. 2012 Apr
- Fries, B. E., Simon, S. E., Morris, J. N., Flodstrom, C., & Bookstein, F. L. (2001). Pain in U.S. nursing homes: validating a pain scale for the minimum data set. *Gerontologist*, 41(2), 173-179.

- Fuchs-Lacelle, S., & Hadjistavropoulos, T. (2004). Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Manag Nurs*, 5(1), 37-49.
- Gaugler, J. E., Yu, F., Krichbaum, K., & Wyman, J. F. (2009). Predictors of nursing home admission for persons with dementia. *Med Care*, 47(2), 191-198. doi:10.1097/MLR.0b013e31818457ce
- Koopmans, R. T., Lavrijsen, J. C., & Hoek, F. (2013). Concrete steps toward academic medicine in long term care. *J Am Med Dir Assoc*, 14(11), 781-783. doi:10.1016/j.jamda.2013.08.004
- Hamers, J. P. H. (2011). *De intramurale ouderenzorg: nieuwe leiders, nieuwe kennis, nieuwe kansen. Achtergrondstudie geschreven op verzoek van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*. Maastricht: Maastricht University
- Husebo BS, Achterberg W, Flo E. Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review. *CNS Drugs*. 2016 Jun;30(6):481-97. doi: 10.1007/s40263-016-0342-7. Review.
- Kovach, C. R., Logan, B. R., Noonan, P. E., Schlidt, A. M., Smerz, J., Simpson, M., & Wells, T. (2006). Effects of the Serial Trial Intervention on discomfort and behavior of nursing home residents with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 21(3), 147-155. doi:10.1177/1533317506288949
- Kovach, C. R., Noonan, P. E., Schlidt, A. M., Reynolds, S., & Wells, T. (2006). The Serial Trial Intervention: an innovative approach to meeting needs of individuals with dementia. *J Gerontol Nurs*, 32(4), 18-25; quiz 26-17.
- Kovach, C. R., Simpson, M. R., Joosse, L., Logan, B. R., Noonan, P. E., Reynolds, S. A., . . . Raff, H. (2012). Comparison of the effectiveness of two protocols for treating nursing home residents with advanced dementia. *Res Gerontol Nurs*, 5(4), 251-263. doi:10.3928/19404921-20120906-01
- Maher, A. R., Maglione, M., Bagley, S., Suttorp, M., Hu, J. H., Ewing, B., . . . Shekelle, P. G. (2011). Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 306(12), 1359-1369. doi:10.1001/jama.2011.1360
- Pieper, M., & Achterberg, W. (2011). Stapsgewijs onbegrepen gedrag en pijn bij dementie de baas. *Denkbeeld*, 23(1), 26-28.
- Pieper, M. J., Achterberg, W. P., Francke, A. L., van der Steen, J. T., Scherder, E. J., & Kovach, C. R. (2011). The implementation of the serial trial intervention for pain and challenging behaviour in advanced dementia patients (STA OP!): a clustered randomized controlled trial. *BMC Geriatr*, 11, 12. doi:10.1186/1471-2318-11-12
- Pieper, M. J., Achterberg, W. P., van der Steen, J. T., & Francke, A. L. (2017). Implementation of a stepwise, multidisciplinary intervention for pain and challenging behaviour in dementia (STA OP!): a process evaluation. *International Journal of Integrated Care*. 2018; 18(3): 15
- Pieper, M. J., Francke, A. L., van der Steen, J. T., Scherder, E. J., Twisk, J. W., Kovach, C. R., & Achterberg, W. P. (2016). Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc*, 64(2), 261-269. doi:10.1111/jgs.13868
- Pieper, M. J., van Dalen-Kok, A. H., Francke, A. L., van der Steen, J. T., Scherder, E. J., Husebo, B. S., & Achterberg, W. P. (2013). Interventions targeting pain or behaviour in dementia: a systematic review. *Ageing Res Rev*, 12(4), 1042-1055. doi:10.1016/j.arr.2013.05.002

- Pieper, M. J., van der Steen, J. T., Francke, A. L., Scherder, E. J., Twisk, J. W., & Achterberg, W. P. (2017). Effects on pain of a stepwise multidisciplinary intervention (STA OP!) that targets pain and behavior in advanced dementia: A cluster randomized controlled trial. *Palliat Med*, 269216316689237. doi:10.1177/0269216316689237
- Prince, M. J. (2015). *World Alzheimer Report 2015: the global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends*: Alzheimer's Disease International.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*, 139(9), 1136-1139. doi:10.1176/ajp.139.9.1136
- Ribbe, M. W., Ljunggren, G., Steel, K., Topinkova, E., Hawes, C., Ikegami, N., . . . Jonnson, P. V. (1997). Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. *Age Ageing*, 26 Suppl 2, 3-12.
- RIVM. (2014). Nationaal Kompas Volksgezondheid. [http://www.rivm.nl/Documenten\\_en\\_publicaties/Wetenschappelijk/Databases/Preventie\\_Ziekte\\_Zorg/Nationaal\\_Kompas\\_Volksgezondheid](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Databases/Preventie_Ziekte_Zorg/Nationaal_Kompas_Volksgezondheid).
- Scherder EJ, Plooi B, Achterberg WP, Pieper M, Wiegersma M, Lobbezoo F, Oosterman JM. Chronic pain in "probable" vascular dementia: preliminary findings. *Pain Med*. 2015 Mar;16(3):442-50. doi: 10.1111/pme.12637. Epub 2014 Dec 19.
- Steinberg, M., Corcoran, C., Tschanz, J. T., Huber, C., Welsh-Bohmer, K., Norton, M. C., . . . Lyketsos, C. G. (2006). Risk factors for neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21(9), 824-830. doi:10.1002/gps.1567
- van Kleef, M., & Geurts, J. W. (2012). [Useful guideline for treatment of pain in vulnerable elderly people]. *Ned Tijdschr Geneesk*, 155(35), A4933.
- Zwakhalen, S. M., Hamers, J. P., & Berger, M. P. (2007). Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia. *J Adv Nurs*, 58(5), 493-502. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04255.x