



# **Een Stapsgewijze Benadering van Onbegrepen Gedrag & Pijn voor mensen met een Gevorderde Dementie**

**Handboek behorend bij een bijscholingsprogramma voor  
professionele zorgverleners van mensen met gevorderde dementie**

**Versie 1.1, juli 2009**





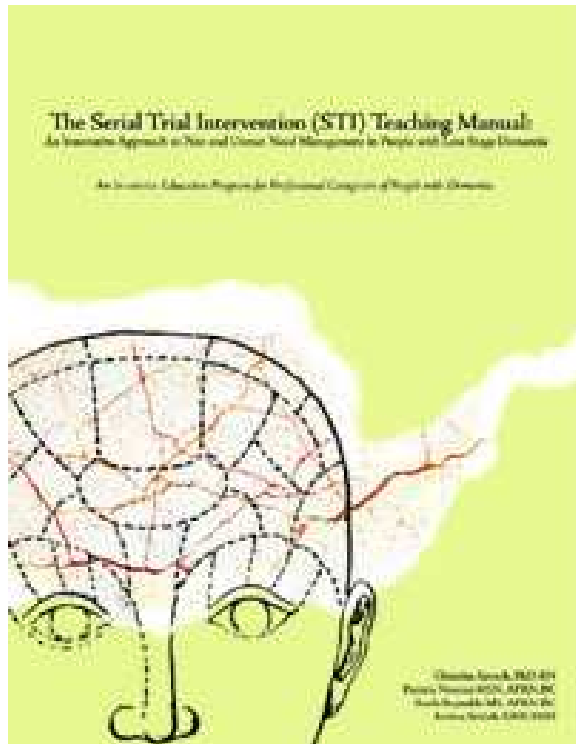
<b>Drs. Marjoleine Pieper</b>	<b>Psycholoog/onderzoeker, VUmc/EMGO+, Amsterdam</b>
<b>Dr. Wilco Achterberg</b>	<b>Specialist ouderengeneeskunde, hoofd Universitair Netwerk Ouderenzorg VUmc, Amsterdam</b>
<b>Dr. Anneke Francke</b>	<b>Verpleegkundige/socioloog, programmaleider en onderzoekster themagebied Verpleging &amp; Verzorging, NIVEL, Utrecht</b>
<b>Drs. Lizette Wattel</b>	<b>Universitair Netwerk Ouderenzorg VUmc, Amsterdam (eindredactie)</b>



Dit protocol is een vertaling en bewerking van:

**The Serial Trial Intervention (STI) teaching manual:  
an innovative approach to pain and unmet need management in people with  
late stage dementia.**

© 2005 Christine Kovach, Patricia Noonan, Sheyla Reynolds, Andrea Schlidt



**Dankwoord:**

Deze vertaling en bewerking is mogelijk gemaakt dankzij een subsidie van het Innovatiefonds Zorgverzekeraars.

**Copyright:**

Dit is een uitgave van het Universitair Netwerk Ouderenzorg van het VUmc. De auteurs geven, tenzij anders vermeld, toestemming voor het gebruik en het dupliceren van het materiaal in dit handboek voor onderwijsdoeleinden, mits in het geduplicateerde het copyright vermeld wordt en de auteurs vernoemd, ook van de originele Amerikaanse versie.

**Disclaimer:**

Hoewel in dit handboek informatie wordt verstrekt over farmacologische en non-farmacologische interventies die in de literatuur beschreven worden, is de informatie niet toegesneden op een individuele bewoner. Alleen de arts of andere daartoe gemachtigde zorgverlener kan medisch advies verlenen.

# Inhoudsopgave

<b>VOORWOORD</b> .....	<b>6</b>
<b>ALGEMEEN DEEL</b> .....	<b>7</b>
Inleiding .....	7
Management samenvatting .....	10
Achtergrondinformatie pijn bij ouderen .....	12
Aan het werk met STA OP!.....	17
<b>PRAKTIJK DEEL</b> .....	<b>21</b>
Herkennen van gedragsverandering (voor verzorgenden) .....	21
Overzichtswerkblad bij start of afsluiting van STA OP!.....	25
Stap 0: Nagaan basisbehoeften . .....	27
– Werkblad stap 0 .....	29
Stap 1: pijnschaal en Lichamelijk onderzoek .....	31
– Werkblad stap 1 .....	33
– Werkblad stap 1 .....	34
Stap 2: Vaststellen psychologische behoeften en overleg psycholoog.....	35
– Werkblad stap 2 .....	45
Stap 3: Comfort interventies .....	47
– Werkblad stap 3 .....	53
Stap 4: Proefbehandeling pijnstillende medicatie.....	55
– Werkblad stap 4 .....	59
Stap 5: Psychofarmaca en consultatie.....	61
– Werkblad stap 5 .....	65
<b>BIJLAGEN</b> .....	<b>67</b>
Bijlage 1: Farmacotherapeutische behandeling van pijn voor specialist ouderengeneeskunde.....	67
Bijlage 2: Behandeling van probleemgedrag met psychofarmaca voor specialist ouderengeneeskunde.....	71
Bijlage 3: Enkele lopende initiatieven gefinancierd door het Innovatiefonds naar psychosociale interventies bij dementie .....	77
Bijlage 4: Literatuur per onderwerp .....	79
Bijlage 5: Nuttige formulieren & meetinstrumenten .....	83
Bijlage 6: Extra werkbladen voor de stappen van STA OP!.....	109
Bijlage 7: Oefeningen uit de STA OP!–training .....	125

## VOORWOORD

Dit is een handboek bedoeld ter ondersteuning van de scholing en de implementatie in de zorginstelling van STA OP, een stapsgewijze benadering van onbegrepen gedrag en pijn bij mensen met een gevorderde dementie. Het richt zich primair op verzorgenden en verpleegkundigen, maar het kan alleen dan goed functioneren als ook anderen zoals activiteitenbegeleiding, specialist ouderengeneeskunde en psycholoog hun deskundigheid inzetten. Het is daarmee een multidisciplinair instrument.

We hebben gekozen voor een losbladig multomap systeem, zodat het flexibel genoeg is om zich aan te passen aan de afspraken en processen van de instelling en aan nieuwe ontwikkelingen op het gebied van analyse of behandeling.

Het bestaat uit een **algemeen deel**, met algemene informatie over STA OP! en informatie over pijn bij ouderen. Dit kan als naslagwerk worden gebruikt bij de scholing voor verzorgenden/verpleegkundigen en activiteitenbegeleiders. Het **praktijk deel** laat stapsgewijs zien hoe STA OP! gebruikt wordt. In de bijlagen zit de overige informatie, onder andere richtlijnen voor pijnbestrijding en psychofarmaca voor specialisten ouderengeneeskunde.

### Dankbetuiging

Allereerst willen wij Christine Kovach als ontwikkelaar van de Serial Trial Intervention bedanken voor haar inspirerende voorbeeld, en haar toestemming om deze Nederlandse bewerking tot STA OP! tot stand te laten komen.

Er zijn meerdere personen betrokken geweest bij de totstandkoming, en hen willen wij hierbij nadrukkelijk bedanken voor de inhoudelijke adviezen: Jenny van der Steen, Martin Smalbrugge en Miel Ribbe van de afdeling verpleeghuisgeneeskunde van het VUmc, Jeroen van Duijl en Saskia Groenewegen van Argos Zorggroep in Schiedam.

Zonder de financiële steun van het Innovatiefonds Zorgverzekeraars was deze uitgave niet mogelijk geweest.

### UNO-VUmc

Dit project wordt mogelijk gemaakt door het Universitair Netwerk Ouderenzorg, UNO-VUmc. Het UNO-VUmc is een samenwerkingsverband tussen de afdeling verpleeghuisgeneeskunde van het VUmc, en organisaties die zorg leveren aan kwetsbare ouderen (zie [www.vumc.nl/uno](http://www.vumc.nl/uno)).

Doel van de samenwerking is om de zorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren, onder andere door er een steviger wetenschappelijk fundament onder te leggen. Al het onderzoek dat binnen het UNO wordt uitgevoerd dient erop gericht te zijn de zorg voor of de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen te verbeteren.

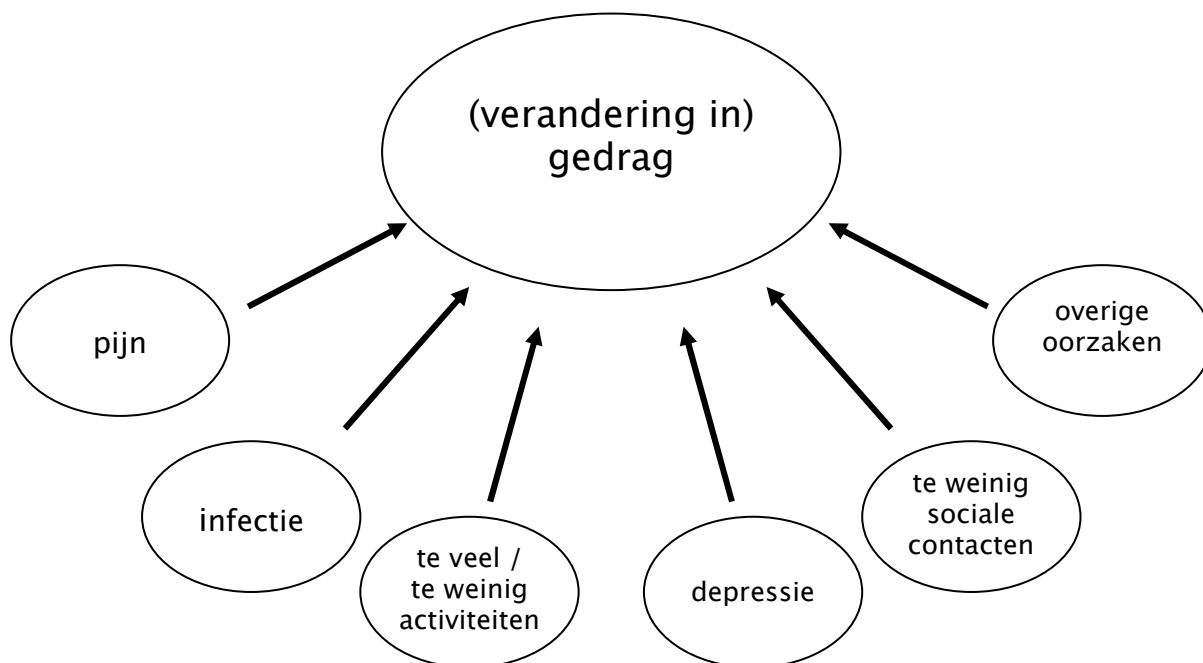
De deelnemers hebben gezamenlijk 4 speerpunten geformuleerd, waarop in onderzoek en praktijkverbetering zou moeten worden geïnvesteerd. Dit project valt onder het speerpunt '*stemmings- en gedragsproblemen*'. De andere speerpunten zijn: (*late gevolgen van*) CVA, *geriatrie revalidatie* en *zorgorganisatie*. Voor meer informatie over het UNO-VUmc, mail naar [UNO@vumc.nl](mailto:UNO@vumc.nl).

Marjoleine Pieper  
Wilco Achterberg  
Anneke Francke  
Lizette Wattel (eindredactie)

## ALGEMEEN DEEL

### Inleiding

Onbegrepen gedrag bij mensen met gevorderde dementie komt zeer frequent voor. Het lastige is, dat dit gedrag veel verschillende oorzaken kan hebben. Voor mensen met gevorderde dementie is gedrag vaak de enige manier om pijn of ander onbehagen te communiceren. Zo is het gedrag van dementerenden vaak de uiting van een ongemak op lichamelijk of psychosociaal gebied, of van onvrede met omgevingsfactoren.



#### ***Wat is STA OP!?***

STA OP! is een protocol voor professionele zorgverleners die mensen met dementie behandelen en begeleiden. Sommige mensen met dementie kunnen onbegrepen gedrag vertonen. De belangrijkste doelen van STA OP! zijn:

- dit gedrag *opmerken*
- dit gedrag *herkennen* als symptomen van pijn of zorgbehoeften waarin niet is voorzien
- dit gedrag *beoordelen* en *analyseren*
- dit gedrag effectief *behandelen* door het verminderen van pijn of andere ongemakken en het voorzien in de zorgbehoeften die aan het gedrag ten grondslag liggen

Dit protocol is in het bijzonder van belang bij de zorg voor mensen met matige tot ernstige dementie.

Het is gebruikelijk om dementie in te delen in stadia: **vroeg, midden en laat**.

STA OP! is ontwikkeld om mensen met dementie in het middelste en laatste stadium van dementie te helpen. Bij deze mensen, die vaak niet meer kunnen vertellen wat er aan de hand is, kan een verandering in gedrag het enige signaal zijn dát er iets aan de hand is. Wanneer er niet in hun behoefte wordt voorzien, kan dat negatieve

gevolgen voor hen hebben, zoals onwelbevinden, onrustig gedrag, verzet tegen de zorg, frustratie bij de zorgverleners en ziekenhuisopnames.

De originele versie van de STA OP!, de *Serial Trial Intervention* (STI) is de afgelopen 15 jaar getest in verschillende studies in de Verenigde Staten. Het gedrag en de hoeveelheid pijn van mensen met dementie verbeterde door deze interventie.

#### De kernelementen van STA OP! zijn:

1. Merk een gedragsverandering op
2. Verzamel gestructureerd informatie over de lichamelijke en emotionele behoeften waarin niet voorzien is.
3. Voer een stapsgewijze behandeling uit.

#### De stappen van STA OP! zijn:

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

Iedere stap zal worden besproken in het praktijk deel van dit handboek.

#### ***Hoe kan STA OP! jouw bewoners helpen?***

Denk aan één van je bewoners met dementie waar je het meest mee te stellen hebt.

Misschien is het de man die zich verzet tegen alle zorg en activiteiten en die het liefst wil dat je hem de hele dag alleen in zijn kamer laat. Misschien is het de vrouw die zich niet meer kan herinneren dat haar kinderen al volwassen zijn, daarom loopt ze de hele dag over de afdeling om te proberen een weg naar buiten te vinden, soms is ze daarbij erg geagiteerd, omdat ze gelooft dat ze naar huis moet om haar kinderen van school te halen. Misschien is het de vrouw die dagelijks bezoek krijgt van haar familie, maar die meteen na hun vertrek al begint te vragen wanneer ze komen, omdat ze zich niet kan herinneren dat ze net geweest zijn.

STA OP! is een systematisch hulpmiddel dat wordt gebruikt om onderliggende oorzaken van gedrag te beïnvloeden, waardoor gedragingen, zoals onrust, roepgedrag en verzet tegen zorg afnemen

Een oorzaak van onbegrepen gedrag kan pijn zijn. Uit onderzoek komt naar voren dat 45–80% van bewoners in het verpleeghuis pijn hebben. In studies blijkt dat de stapsgewijze benadering van pijn en onbegrepen gedrag zoals hier beschreven positieve effecten heeft. Dit is met name van belang voor de mensen met dementie die hun pijn niet goed kunnen rapporteren.

#### Niet behandelde pijn kan leiden tot:

- meer ziektelast
- sterfte
- slaapstoornissen
- verminderde interactie met anderen
- ondervoeding
- depressie
- verminderde werking immuunsysteem
- minder lopen
- verhoogd zorggebruik
- achteruitgang in cognitie, sociaal en ADL functioneren



***Hoe kan STA OP! jou helpen?***

1. Doordat je weet dat je jouw bewoners gedegen en systematisch geholpen hebt.
2. Het beter hanteren van gedragsproblemen zal ertoe leiden dat je meer tijd krijgt voor ander werk, je dag zal beter lopen.
3. Probleemgedrag is “besmettelijk”, door het beter te hanteren zullen andere bewoners niet overprikkeld raken. Dit zal resulteren in een rustiger en kalmere omgeving.

## ***Management samenvatting***

### ***Waarom STA OP! implementeren?***

Bewoners in het verpleeghuis verdienen de beste kwaliteit van zorg. Het zorgen voor bewoners met dementie is een uitdaging omdat het hier om een diverse groep gaat die een beperkt begrip en beperkte communicatieve vaardigheden heeft.

Het aantal mensen met dementie zal de komende 50 jaar enorm groeien. Ruim de helft van alle bewoners in het verpleeghuis heeft dementie. Het is belangrijk dat zorgverleners begrijpen dat mensen met dementie verbale en non-verbale gedragsuitingen hebben, die een signaal kunnen zijn dat zij pijn hebben. Pijn in het verpleeghuis is een veel voorkomend en ernstig probleem.

STA OP! is een innovatieve benadering om de behoeften van mensen met dementie te beoordelen en behandelen. STA OP! is een vertaling en bewerking van de *Serial Trial Intervention*, waaraan meer dan 10 jaar ontwikkeld is. Uit onderzoek blijkt ook dat bewoners die op deze manier zijn behandeld minder pijn en gedragsproblemen hebben dan bewoners die hiermee niet behandeld zijn. STA OP! kan daarmee een belangrijke bijdrage leveren aan invulling van het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.

Met het implementeren van STA OP! heeft uw instelling een op de individuele bewoner afgestemd, systematisch instrument waarmee uw medewerkers onderliggende oorzaken van probleemgedrag kunnen ontrafelen en behandelen. Als oorzaken en behoeften niet worden onderkend, kan dat belastend zijn voor de bewoner zelf, de familie maar ook voor uw medewerkers. Zoals ook al in de inleiding is vermeld, kunnen behoeften waarin niet is voorzien samengaan met een heel spectrum aan oncomfortabele zaken (zoals pijn, onrust, roepgedrag en verzet tegen de zorg). Tegelijkertijd wordt er meer tijd van zorgverleners gevraagd en veel geld uitgegeven om met probleemgedrag om te gaan.

Naast de overduidelijke voordelen voor de kwaliteit van leven van de mensen met dementie zelf, heeft STA OP! andere indirecte voordelen voor de verzorgenden/verpleegkundigen en de familie van de bewoner. Verzorgenden zullen zich sterker voelen als ze een positief verschil maken in de zorg voor mensen met dementie. Dat versterkte gevoel (empowerment) zal tot een grotere arbeidssatisfactie leiden, minder wisselen van baan, betere zorg en tevreden familieleden.

STA OP! integreert een breed scala aan moderne en aangetoond effectieve interventies, zoals snoezelen, reminiscentie en bewegen. Het is daarnaast heel eenvoudig om ook andere interventies in te bouwen. Het is daarmee een systematiek die nieuwe (ook wetenschappelijke) inzichten snel kan inpassen.

### **Inpassing in eigen organisatie**

Implementatie van STA OP! kan alleen goed slagen, als het een plaats krijgt in de eigen processen van de instelling. Sluit aan bij aanwezige processen, afspraken en overleggen. Gebruik de kracht van alle mensen die bij de dagelijkse zorg en begeleiding betrokken zijn (ook bijvoorbeeld activiteitenbegeleiding). Probeer een stimuleringsgroepje op te richten, waar bijvoorbeeld een verzorgende, psycholoog en activiteitenbegeleider zitting in nemen. Dit groepje kan problemen vroegtijdig opsporen, mogelijk verhelpen, en in ieder geval het enthousiasme bij de medewerkers stimuleren.

### ***De implementatie***

Voordat STA OP! in de hele instelling wordt geïmplementeerd, is het aan te bevelen een proef te doen op een pilot-afdeling, om te zien hoe het werkt en om indien nodig aanpassingen te maken.

### **Ondersteuning vanuit management**

Verandering komt niet uit de lucht vallen, het is daarom belangrijk dat alle managementniveaus betrokken en behulpzaam zijn gedurende het implementatieproces, en dat zij hun betrokkenheid ook laten zien. Het gezicht af en toe laten zien op de afdeling, en een luisterend oor is zeer aan te raden. Teamleiders en afdelingshoofden kunnen de implementatie van STA OP! laten slagen door de verpleegkundigen en verzorgenden de noodzaak te laten inzien tot investeren in deze verandering. Zij moeten de dagelijkse ondersteuning en begeleiding geven die noodzakelijk is voor succes en blijvend enthousiasme.

### **Personele voorwaarden**

STA OP! is bijzonder omdat er geen extra personeel nodig is om het uit te voeren. Wel is het handig dat het aantal medewerkers bij de start op peil is. STA OP! is een interdisciplinaire methode, waarbij sommige onderdelen zijn voorbehouden aan een (verpleeghuis)arts. In de methode speelt de verpleging en verzorging de belangrijkste rol, met name verzorgenden/verpleegkundigen van niveau 3-5. Echter ook voor medewerkers van niveau 2 is een rol weggelegd in STA OP! Het is vooral belangrijk dat alle medewerkers die de bewoners goed kennen en regelmatig op de afdeling zijn geschoold worden, omdat zij kleine veranderingen in het gedrag goed kunnen herkennen.

### ***Het scholen van de medewerkers***

De scholing van STA OP! bestaat uit kennis van dementie, gedrag en belevingsgerichte benadering en hiernaast specifieke scholing op het gebied van pijnbeoordeling en -behandeling en het werken met STA OP! Deze scholing kan worden verzorgd door het UNO-VUmc of door de eigen instelling waarbij ondersteuning kan worden geboden vanuit het UNO-VUmc.

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 het eerder genoemde stimuleringsgroepje een belangrijke rol in spelen.

### ***Hoofdpunten***

Door het gebruik van STA OP! zal:

- de kennis en expertise van de instelling op het gebied van de zorg voor dementie verbeteren
- de kwaliteit van leven en de zorg voor de bewoners met dementie verbeteren
- de verzorging/verpleging zich gesterkt voelen (empowerment)
- de tevredenheid van familieleden toenemen.

## ***Achtergrondinformatie pijn bij ouderen***

Pijn komt vaker voor bij ouderen. In een onderzoek van Crook was pijn 2x zo vaak aanwezig bij thuiswonende mensen van ouder dan 60 dan bij mensen jonger dan 60. Pijn in verpleeghuizen komt zelfs nog vaker voor, schattingen lopen uiteen van 45–80%. Uit onderzoek is gebleken dat er weinig bekend is over pijn in het verpleeghuis en dat de behandeling ervan vaak niet goed is. Daarom wijden we in dit handboek een speciaal hoofdstuk aan pijn bij ouderen.

*Waarom zeggen ouderen in het verpleeghuis eigenlijk niet gewoon dat ze pijn hebben?*

- ze geloven soms dat pijn bij het ouder worden hoort
- ze zijn soms bang voor de oorzaak van de pijn
- ze zijn soms op een bepaalde manier 'onverstoorbaar'
- ze zijn soms bang hun onafhankelijkheid te verliezen
- ze hebben soms een gestoorde cognitie
- ze willen soms familie en anderen niet belasten
- ze zijn soms bang afhankelijk of verslaafd aan geneesmiddelen te raken

*Pijn bij ouderen in zorginstellingen wordt ook niet goed behandeld vanwege veel voorkomende misvattingen die bij zorgverleners bestaan, zoals:*

- pijn is onderdeel van het gewone verouderingsproces
- ouderen hebben een verminderde pijnperceptie
- ouderen die geen pijn aangeven, hebben geen pijn
- er is geen pijn als er geen lichamelijke of gedragsmatige signalen zijn

*Chronische pijn is de meeste voorkomende pijn bij ouderen.*

*De belangrijkste oorzaken van chronische pijn bij ouderen zijn:*

- lage rugpijn (40%)
- artrose (24%)
- eerdere fracturen (14%)
- neuropathie (11%)

*Als pijn onbehandeld blijft, kunnen er ernstige consequenties zijn:*

- depressie
- eenzaamheid
- slaapproblemen
- verminderde mobiliteit
- meer kosten gezondheidszorg



### **Hoofdpunten Pijn bij Ouderen**

- Pijn is geen normaal aspect van het ouder worden
- Geen melding van pijn betekent niet dat er geen pijn is
- Chronische pijn is de meest voorkomende pijn bij ouderen
- Niet met succes behandelde pijn kan zich manifesteren als een depressie, eenzaamheid, slaapproblemen en verminderde mobiliteit.

### Beoordelen van veel voorkomende oorzaken pijn

Bij het beoordelen van mensen met dementie, is het belangrijk je te realiseren dat zij wellicht niet in staat zijn te melden dat zij pijn lijden. De gewone signalen en symptomen zijn niet altijd aanwezig bij ouderen. In plaats daarvan kunnen bijvoorbeeld het fronsen van wenkbrauwen of een toename van oogbewegingen de enige signalen zijn die erop wijzen dat er iets niet in orde is.

Dit zijn frequent oorzaken van acute of chronische pijn:

- obstipatie
- urinewegontsteking
- luchtwegontsteking
- huidinfecties
- rugpijn
- artrose
- perifere neuropathie (aandoening van zenuwen)
- arteriële en veneuze insufficiëntie (aandoeningen van bloedvaten)

### ***Pijn beoordeling***

Mensen die werken in de verpleging en verzorging zijn enorm gedreven om iemand met pijn te helpen. Hoe weet je of iemand pijn heeft? Het antwoord dat wel als gouden standaard wordt gezien is 45 jaar geleden gegeven:

*Pijn is datgene dat de persoon die eraan lijdt zegt dat het is, aanwezig wanneer hij dat zegt."*

Die definitie benadrukt de subjectiviteit van ieders individuele pijnervaring en focust op de *zelf-rapportage* van de pijn. Deze definitie heeft altijd prima gewerkt om mensen met pijn goed te behandelen. Maar, dat perspectief op pijnbeoordeling werkt niet voor bewoners met een gevorderde dementie, omdat zij vaak niet herkennen dat zij pijn voelen en omdat zij het ook niet betrouwbaar kunnen rapporteren.

Zoals ook in de inleiding staat, weten we dat pijn niet goed genoeg wordt herkend en niet goed genoeg behandeld bij ouderen. Zo hebben dagelijks tussen de 45 en 80% van de verpleeghuisbewoners pijn. Het niet goed behandelen van pijn in het verpleeghuis kan samenhangen met het probleem dat verzorgenden hebben met het herkennen van pijn bij bewoners die hun pijn niet kunnen uiten. Dit probleem is al jaren bekend, zo schrijft Marzinski al in 1991 over de frustratie van geriatrisch verpleegkundigen die bewoners met dementie probeerden te helpen. Ze schreef: *"niet alleen hebben we een definitie van pijn nodig waarmee we kunnen werken bij ouderen die zich verbaal niet goed kunnen uiten, maar er is ook een schrijnend gebrek aan meetinstrumenten om de aanwezigheid van pijn bij deze populatie te beoordelen"*. Inmiddels zijn er verschillende hulpmiddelen om het herkennen van pijn bij mensen met dementie te vergemakkelijken. Deze instrumenten focussen op objectieve symptomen en gedrag dat een gevolg kan zijn van de aanwezigheid van pijn.

Sommige bewoners met dementie zijn nog in staat om een zelfrapportage-instrument in te vullen. De meeste bewoners met een gevorderde dementie kunnen dit echter niet meer betrouwbaar invullen, daarom richten wij ons op de pijnobservatie-instrumenten.

### ***Gedragsobservatie pijnschaal***

Omdat mensen met een gevorderde dementie het moeilijk hebben om te zeggen dat ze pijn hebben, moeten verzorgenden vaak een oordeel vormen over het wel of niet aanwezig zijn van pijn op basis van gedrag. Om gedrag goed te kunnen beoordelen, moeten subtiele veranderingen opgemerkt worden. 'Vaste' verzorgenden zijn daarvoor van groot belang. Om te bepalen om welke subtiele gedragsveranderingen het dan gaat zijn verzorgenden in de VS die in het verpleeghuis met demente ouderen werken geïnterviewd. Hieronder staan de symptomen en signalen waarvan zij vonden dat ze met pijn bij hun bewoners samenhangen:

---

<b>Grimassen</b>	<b>Onrustige lichaamsbewegingen</b>
<b>Verandering in gedrag</b>	<b>Kreunen</b>
<b>Gespannen spieren</b>	<b>Agitatie</b>
<b>Strijdlustig/boos</b>	<b>Terugtrekken bij aanraking</b>
<b>Verandering in mobiliteit</b>	<b>Wrijven of lichaamsdeel vasthouden</b>
<b>Huilen</b>	<b>Slechter slapen</b>
<b>Toegenomen verwardheid</b>	<b>Slechtere eetlust</b>
<b>Melding van familie</b>	<b>Meer slapen</b>
<b>Onsamenhangende verbale perseveraties</b>	<b>Wegloopgedrag</b>
<b>Terugtrekken, stil worden</b>	<b>Specifieke verbale bevestiging van pijn</b>

---

**Verandering in ademhaling**

---

Verder werd door verzorgenden ook nog de volgende signalen en symptomen genoemd die kunnen voorkomen als er pijn is:

---

<b>Verzet tegen zorg</b>	<b>Agressie</b>
<b>Meer ADL hulp nodig</b>	<b>Verandering in sociale omgang</b>
<b>Minder of meer activiteiten</b>	<b>Gewicht verplaatsen bij gaan zitten</b>
<b>Langzame bewegingen</b>	<b>Lichaamsdeel beschermen bij beweging</b>

---

**Wrijven of lichaamsdeel vasthouden**

---

Vanuit de gedachte dat bepaalde gedragingen op pijn kunnen wijzen bij mensen met dementie hebben onderzoekers verschillende instrumenten ontwikkeld die specifiek zijn bedoeld voor mensen met dementie. In Nederland zijn onder andere de PACSLAC-D, de PAINAD, en de REPOS voor dit doel geschikt. Wij adviseren het gebruik van de PACSLAC, maar indien een van de andere schalen al is geïmplementeerd in uw instelling kan die ook worden gebruikt.



#### **Hoofdpunten Beoordelen van Pijn**

- Pijn wordt niet goed herkend en behandeld bij ouderen
- 45-80% van de verpleeghuisbewoners heeft pijn
- Als de bewoner door cognitieve beperkingen niet meer zelf kan deelnemen aan de evaluatie van pijn, is het van belang een observatie instrument te gebruiken.

## ***Pain Assessment Checklist for Seniors with Severe Dementia (Pacslac-D)<sup>1</sup>***

Naam cliënt:.....

Datum & Tijdstip beoordeling:.....

Doel:.....

Opmerkingen: .....

Gelaat	AANWEZIG
Uitdrukking van pijn	<input type="checkbox"/>
Een specifiek geluid of uiting van pijn 'au' of 'oef'	<input type="checkbox"/>
Wenkbrauwen fronsen	<input type="checkbox"/>
Grimas	<input type="checkbox"/>
Rimpels in het voorhoofd	<input type="checkbox"/>
Kreunen en kermen	<input type="checkbox"/>
Verandering in de ogen (scheel kijken, mat, helder, meer bewegingen)	<input type="checkbox"/>
Pijnlijke plek aanraken en vasthouden	<input type="checkbox"/>
Pijnlijke plek beschermen	<input type="checkbox"/>
Terugtrekken	<input type="checkbox"/>
<b>Verzet/ afweer</b>	
Verbale agressie	<input type="checkbox"/>
Fysieke agressie (bijv. mensen en/of voorwerpen wegduwen, anderen krabben, anderen slaan, stompen, schoppen)	<input type="checkbox"/>
Geërgerd (geagiteerd)	<input type="checkbox"/>
Achteruitdeinzen	<input type="checkbox"/>
Niet aangeraakt willen worden	<input type="checkbox"/>
Niet-coöperatief/weerstand tegen zorgverlening	<input type="checkbox"/>
<b>Sociaal emotioneel/stemming</b>	
Nors/prikkelbaar	<input type="checkbox"/>
Schreeuwen/krijzen	<input type="checkbox"/>
Donkere blik	<input type="checkbox"/>
Verdrietige blik	<input type="checkbox"/>
Geen mensen in de buurt laten komen	<input type="checkbox"/>
Ontsteld (ontdaan)	<input type="checkbox"/>
Blozend, rood gelaat	<input type="checkbox"/>

**Subschaal scores:** Gelaat  Verzet/ Afweer  Sociaal emotioneel/stemming

**Totale score:**

**Instructie** Observeer de cliënt gedurende korte tijd en scoor daarna wat je gezien hebt.

### **Aanwijzingen voor het scoren**

1. Wacht na het observeren even voordat je de items die tijdens de observatieperiode voorkwamen aankruist.
2. Degen die observeert en scoort is alleen hierop gericht. De observator kan nooit tegelijkertijd de cliënt verzorgen.
3. Scoor altijd alle items die je hebt gezien, ook als dat normale uitingen zijn. Je interpreteert niet. Vraag je niet af of een uiting (zoals kreunen of rimpels in het voorhoofd) hoort bij de dementie.
4. Scoor meerdere keren, zodat een volledig beeld wordt verkregen. Richtlijn: een observatie tijdens de verzorging, bij rust in bed, bij rust zittend 's ochtends, bij rust zittend 's avonds of tijdens een (plezierige) activiteit.

**Resultaten** Een score van 4 of hoger duidt mogelijk op pijn. Het heeft geen zin de scores van verschillende cliënten met elkaar te vergelijken.

<sup>1</sup> PACSLAC is oorspronkelijk ontwikkeld door Fuchs-Lacelle and Hadjistavropoulos, 2004

PACSLAC-D werd vertaald, aangepast en getest door de Universiteit Maastricht (Zwakhalen et al., 2006)

### **Algemene instructie**

Observeer de cliënt gedurende korte tijd en scoor daarna wat je gezien hebt.

### **Aanwijzingen voor het scoren**

1. Wacht na het observeren even voordat je de items die tijdens de observatieperiode voorkwamen aankruist.
2. Degen die observeert en scoort is alleen hierop gericht. De observator kan nooit tegelijkertijd de cliënt verzorgen.
3. Scoor altijd alle items die je hebt gezien, ook als dat normale uitingen zijn. Je interpreteert niet. Vraag je niet af of een uiting (zoals kreunen of rimpels in het voorhoofd) hoort bij de dementie.
4. Scoor meerdere keren, zodat een volledig beeld wordt verkregen. Richtlijn:
  - a. een observatie tijdens de verzorging,
  - b. bij rust in bed,
  - c. bij rust zittend 's ochtends
  - d. bij rust zittend 's avonds,
  - e. tijdens een (plezierige) activiteit.

### **Resultaten**

Een score van 4 of hoger duidt mogelijk op pijn. Het heeft geen zin de scores van verschillende cliënten met elkaar te vergelijken. Als de score **boven de 4** uitvalt, kan **interventie worden overwogen**.

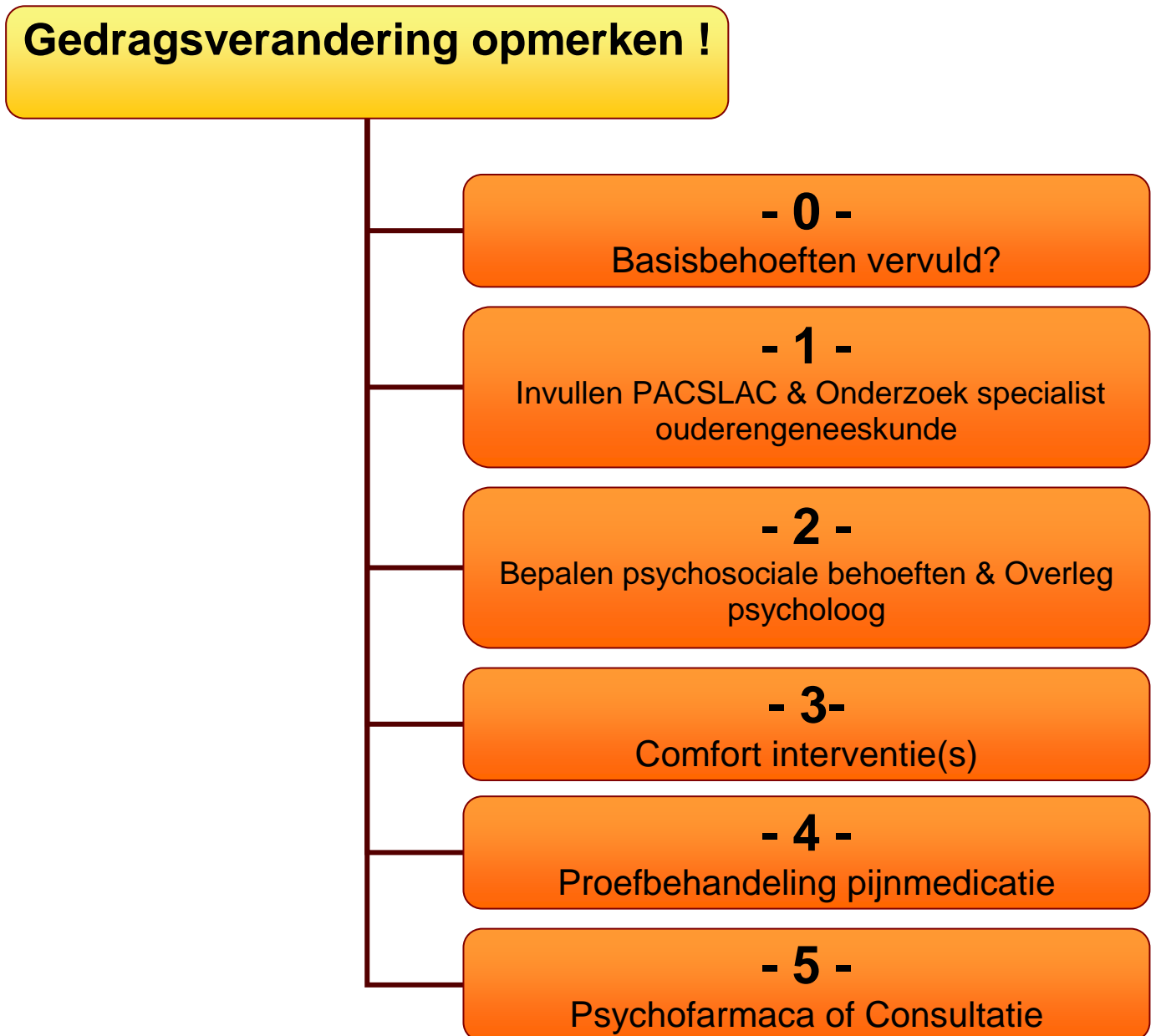
Naast medicatie kan gedacht worden aan:

1. Afleiding,
2. Fysiotherapie,
3. Ergotherapie,
4. Stemmingsonderzoek enz.



## ***Aan het werk met STA OP!***

Nu gaan we de verschillende stukjes samenbrengen, en STA OP! uitvoeren. In dit hoofdstuk wordt iedere stap van STA OP! beschreven en ook hoe van de ene naar de andere stap te gaan. Je kunt de voortgang van je stappen volgen met onderstaande figuur:



## Opmerken van gedragsverandering

Omdat bewoners met gevorderde dementie vaak niet goed kunnen vertellen wat ze nodig hebben, wordt STA OP! meestal in werking gezet door een gedragsverandering.

### **Stap 0: Nagaan basisbehoeften**

Signaleer een gedragsverandering, en onderzoek of er geen eenvoudige lichamelijke verklaring is: moet de bewoner naar het toilet, heeft ze het te warm of te koud, knellende kleding? Moet incontinentiemateriaal verschoond worden? Gehoorapparaat? Anders in de stoel? Lost dit het probleem niet op, ga dan naar *stap 1*. Is in deze fase al direct duidelijk is dat er pijn is, meldt dit dan aan de specialist ouderengeneeskunde.

### **Stap 1: Pijnschaal & Lichamelijk onderzoek**

Deze stap begint met het afnemen van de **pijnschaal** (PACSLAC) en een visite en lichamelijk onderzoek door de **specialist ouderengeneeskunde**. Als er een mogelijke oorzaak voor de gedragsverandering wordt gevonden, wordt dit zo mogelijk behandeld. Als het gedrag niet verbetert, gaan we naar *stap 2*.

### **Stap 2: Vaststellen psychosociale behoeften en overleg psycholoog**

Stel de psychosociale behoeften vast. Als je een probleem vindt, wordt hiervoor een oplossing gezocht. Overleg met de psycholoog. Als je geen probleem vindt, of als de behandeling niet werkt, ga je naar *stap 3*.

### **Stap 3: Probeer comfort interventies uit**

Probeer een aantal interventies (minimaal 3)..  
Benut ook deskundigheid van andere disciplines! Indien geen effect, ga naar *stap 4*.

### **Stap 4: Proefbehandeling pijnmedicatie**

De specialist ouderengeneeskunde schrijft pijnmedicatie op vaste tijden voor.  
Indien dit niet effectief is, ga naar *stap 5*.

### **Stap 5: Proefbehandeling psychofarmaca of Consultatie**

Als proefbehandeling of consultatie niet effectief is, opnieuw STA OP! doorlopen!

De stappen zullen in detail in de vervolghoofdstukken worden besproken. STA OP! is een systematisch protocol, maar het is flexibel genoeg om er naar eigen inzicht mee te variëren. Maar in de meeste gevallen is het aan te bevelen om de stappen in de gepresenteerde volgorde uit te voeren. Voor het vastleggen van het STA OP! proces zijn speciale formulieren ontwikkeld.



Schematisch overzicht van de stappen van STA OP!



## **PRAKTIJK DEEL**

### ***Herkennen van gedragsverandering (voor verzorgenden)***

In de zorg voor mensen met dementie kun je je soms gefrustreerd en machteloos voelen. Je zult je soms 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, worden vaak aangeduid als “probleemgedrag”. Meestal is probleemgedrag de reactie van een persoon met dementie op fysieke, psychische of sociale veranderingen die samenhangen met de dementie. Hoewel wij in dit handboek soms ook de “ingeburgerde” term probleemgedrag gebruiken, moet je beseffen dat gedragingen alleen als “probleem” mogen worden beschouwd als deze de gezondheid, rechten, veiligheid van de bewoner, andere bewoners of zorgverleners bedreigen.

Het gevaar bestaat dat als je gedrag als een “probleem” of als “problematisch” benoemt, je de bewoner het gedrag kwalijk neemt in plaats van dat je nagaat welke onbevredigde behoeften of andere oorzaken aan dat gedrag ten grondslag liggen. Vergelijk het met een docent die zijn klas een proefwerk laat doen en als bijna niemand een voldoende haalt, dan zijn leerlingen verwijt dat ze niet hard genoeg gestudeerd hebben. Beter zou de docent na kunnen gaan wat de echte oorzaak is: Dekte het proefwerk wellicht niet genoeg de geleerde stof? Waren de vragen mogelijk niet duidelijk genoeg?

**Onrust, agressie of gedragsveranderingen bij mensen met dementie moeten altijd aanleiding zijn om op zoek te gaan naar achterliggende oorzaken. En als we meer inzicht hebben in mogelijke oorzaken, moeten we daarop adequaat reageren.**

Een ander misverstand over mensen met dementie is dat hun gedrag soms niet te voorkomen en ook niet te beïnvloeden is. Vaak wordt gezegd: “Hij was altijd al zo, en daar kun je weinig aan doen”, of “Het hoort gewoon bij dementie, het is niet anders”. Als je niet nagaat wat oorzaken van gedrag zijn, is de kans zeer groot dat het gedrag in stand blijft of misschien nog verergert. Jij, als verzorgende, moet actie ondernemen en uitzoeken wat de betekenis is van iemands gedrag. Besef daarbij ook dat gedragingen van een bewoner met dementie ook kunnen samenhangen met het ziekteproces, en dat de bewoner niet de bedoeling heeft om dwars te liggen of het jou moeilijk te maken.



#### **Hoofdpunten Identificeren van Gedragsverandering**

1. Onrust of gedragsveranderingen van bewoners moeten niet gezien worden als “problemen”, maar zijn vaak een signaal dat in bepaalde lichamelijke of psychosociale behoeften niet goed is voorzien.
2. Zorgverleners moeten uitzoeken om welke behoeften het dan gaat en vervolgens daarop actie ondernemen.

## ***Welke gedragsveranderingen zijn een reden om STA OP! te starten?***

Er zijn verschillende gedragsveranderingen die erop kunnen wijzen dat er iets aan de hand is.

Zonder uitpuittend te zijn noemen wij hier enkele veel voorkomende:

- toegenomen onrust
- roepgedrag
- weigeren of verzet tegen de zorg
- (toegenomen) apathie
- kreunen, jammeren
- verdrietige gezichtsuitdrukking
- angstig kijken
- het beschermen van een lichaamsdeel
- (toegenomen) achterdocht
- terugtrekken van activiteiten

Er zijn verschillende observatieschalen voor gedrag (NPI, CMAI, GIP), pijn (PACSLAC, REPOS, PAINAD) en depressie (MDS-DRS, Cornell depressieschaal) die je kunnen helpen bij het duiden van het gedrag. In de implementatie zul je met enkele daarvan leren werken. **Of het gedrag ernstig genoeg is om STA OP! te starten is aan jou en je team: jullie kunnen het beste beoordelen of deze bewoner er mogelijk baat bij kan hebben.**



### **Casus**

*Meneer Adelaar is een man van 76 jaar. Hij heeft matig ernstige dementie (een MMSE-score van 12) en woont sinds een paar maanden in een verpleeghuis. Hij is nog redelijk goed ter been, kan - als zijn eten al is gesneden is - nog zelfstandig eten en kan ook zichzelf nog aankleden als zijn kleren zijn klaar gelegd. Toen hij net was opgenomen, had meneer Adelaar een goed contact met een paar andere bewoners. Sinds een paar dagen reageert meneer Adelaar echter geïrriteerd op zijn verzorgenden en op andere bewoners, soms is hij ook verbaal agressief. Na zijn ontbijt wil hij niet meer in de huiskamer blijven en gaat hij terug naar zijn eigen kamer. Wanneer een verzorgende hem komt halen om terug te gaan naar de huiskamer gilt hij: "Nee, laat me met rust!" Zo gaat dat ook de rest van de dag. Het afdelingsteam heeft het daar moeilijk mee. De betrokken verzorgenden voelen zich afgewezen en vinden dat hij met zijn gedrag te veel beslag op hen legt. Dat is extra lastig omdat er op dat moment heel zieke mensen op de afdeling liggen die zij ook goed willen verzorgen. Eén verzorgende merkt op dat er nodig gepraat moet worden met hem en zijn familie en dat als er niks verandert meneer Adelaar "niet te handhaven" is op deze afdeling.*

### Reflectie op de casus

Het is begrijpelijk dat de verzorgenden van meneer Adelaar zijn gedrag “moeilijk” vinden. Maar laten we eens kijken naar de ideeën of misverstanden die daarmee samenhangen.

- Ten eerste blijkt in het voorgaande voorbeeld dat teamleden de tegenwerking en verbale agressie van meneer Adelaar als het probleem zien, zonder te kijken welke onbevredigde basisbehoeften of lichamelijke of psychosociale oorzaken daarmee samenhangen.
- Ten tweede, zien we in dit voorbeeld dat het team het gedrag van meneer Adelaar onacceptabel vindt; als dat zo blijft kan hij volgens hen niet op de afdeling blijven. Helaas kunnen mensen met gevorderde dementie vaak niet onder woorden brengen wat hen dwars zit. Vaak is in eerste instantie onduidelijk of hun gedrag lichamelijke of psychosociale oorzaken heeft. Het is aan zorgverleners om te achterhalen wat de oorzaak is.
- Ten derde valt op dat de teamleden de problemen en gedragingen van meneer Adelaar minder belangrijk vinden dan de zorgbehoeften van andere bewoners die lichamelijk heel ziek zijn. Echter het gedrag van meneer Adelaar zou op een acute aandoening kunnen wijzen. Zulke gedragsveranderingen vormen soms het enige signaal van urineweginfecties, obstipatie of longontsteking. Ook om die reden moeten zorgverleners alert zijn op gedragsveranderingen en proberen te achterhalen wat er aan ten grondslag ligt; in het belang van de bewoner, de familie en ook in het belang van henzelf.

Het in kaart brengen van de *oorzaken van gedragsveranderingen* is een *cruciale stap* in STA OP!. Allereerst moet nagegaan worden of in bepaalde basisbehoeften wellicht nog niet goed is voorzien: **dit is Stap 0**.





**Overzichtswerkblad bij start of afsluiting van STA OP!**

Naam cliënt : .....

Datum &amp; Tijdstip beoordeling : .....

1. Beschrijf welk probleem je wilt aanpakken? (Je kunt denken aan bijvoorbeeld: pijn, agressiviteit, agitatie, apathie, verbale uitingen/verstoringen, hallucinaties of waanvoorstellingen, euforie, prikkelbaarheid, disinhibitie, depressiviteit)

2. Hoe uit zich dit gedrag?

3. Wanneer en in welke situatie treedt het gedrag op?

4. Wie voelt zich door het vertoonde gedrag het meest getroffen?

- a. De bewoner zelf
- b. De medebewoners
- c. Bezoekers/Familie
- d. Verplegend personeel

5. Als je terug kijkt, welke oorzaken zijn er waargenomen voor het bovengenoemde gedrag?

- Pijn : Ja / Nee (omcirkel een antwoord)

- Anders, namelijk :

6. Welke stappen uit het protocol zijn er doorlopen? En geef aan bij welke stap het protocol is afgesloten.

Stap 0: Nagaan basisbehoeften

Stap 1: Invullen pijnschaal en Lichamelijk onderzoek

Stap 2: Bepalen psychosociale behoeften & overleg psycholoog

Stap 3: Comfort interventies (minimaal 3):

- 
- 
- 
- 

Stap 4: Proefbehandeling pijnmedicatie, zo ja: welke (meerdere mogelijk)?

Stap 5: Psychofarmaca, Zo ja: welk(e) middel(en):

- 
- 
- 

of:

Consultatie, welk specialisme(n) en per wanneer?

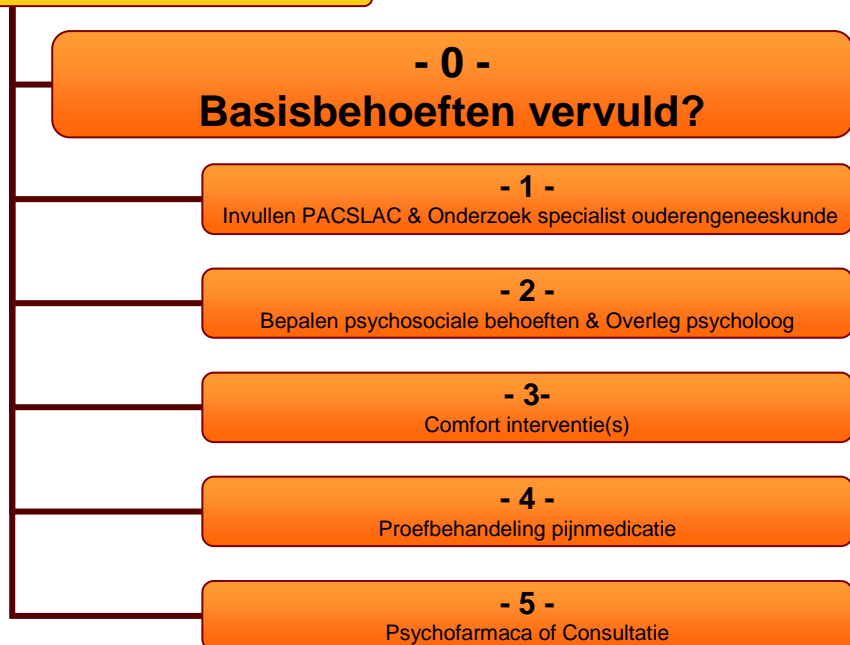
- 
- 
- 

**Het STA OP- protocol werd succesvol afgesloten bij stap:.....**



## Stap 0: Nagaan of in basisbehoeften is voorzien (voor verzorgenden)

### Gedragsverandering opmerken !



Bewoners met dementie kunnen vaak niet vertellen wat hen dwars zit. Bij hen is een verandering in hun gedrag (bijvoorbeeld onrust, agitatie, huilen) dan een signaal dat hen iets dwars zit.

Soms is een bewoner al geholpen door aandacht te hebben voor goede basiszorg:

- zit of ligt de bewoner wel lekker,
- heeft hij misschien honger of dorst,
- een volle blaas,
- staat zijn gehoorapparaat wel in de goede stand,
- heeft hij het te koud of te warm?

Een bewoner die dit zelf niet meer uit zichzelf kan vertellen, kan soms nog wel reageren (door ja/nee te zeggen of te knikken) als je hem of haar vraagt of hij bijvoorbeeld wel lekker zit. Ook moet je *goed observeren of de onrust of ander probleemgedrag afneemt* als je bijvoorbeeld voor een andere houding zorgt, met de bewoner naar het toilet gaat, het gehoorapparaat anders afstelt of zorg voor een warme trui of deken.

Als het gedrag aanhoudt, moet je de specialist ouderengeneeskunde informeren en vragen of hij/zij na wil gaan wat mogelijke oorzaken zijn van het gedrag.

Dit brengt ons bij de volgende stap: **Stap 1 pijnschaal en Lichamelijk Onderzoek.**



## Werkblad stap 0 - Nagaan Basisbehoeften

Naam cliënt : .....

Datum & Tijdstip beoordeling : .....

1. Beschrijf welk probleem je wilt aanpakken? Hoe uit zich dit? Wanneer en in welke situatie treedt het op?

.....

.....

.....

Nagaan basisbehoeften	Ja	Welke gerichte actie is uitgevoerd?	Was de actie effectief?
Moet de bewoner naar het toilet?	<input type="checkbox"/>		
Heeft de bewoner het te warm / te koud?	<input type="checkbox"/>		
Heeft de bewoner honger of dorst?	<input type="checkbox"/>		
Draagt de bewoner knellende kleding?	<input type="checkbox"/>		
Moet het incontinentiemateriaal verschoond worden?	<input type="checkbox"/>		
Zit de bewoner niet goed in zijn stoel?	<input type="checkbox"/>		
Is het gehoorapparaat niet ingedaan of niet goed afgesteld (sterkte)?	<input type="checkbox"/>		
Heeft de bewoner zijn bril niet op of zijn de brillenglazen niet schoon? Bril nog op sterkte?	<input type="checkbox"/>		

Hoeveel verschillende acties zijn uitgevoerd: ..... (aantal)

**Was Stap 0 volgens jou (en je collega's) voldoende effectief in het veranderen van:**  
(denk terug aan het beschreven probleem)

- Het onbegrepen gedrag : Ja / Nee
- Pijn : Ja / Nee
- Anders, namelijk.....

Indien 'volledig ja' geantwoord kan worden: sluit STA OP af en vul het overzichtswerkblad in.

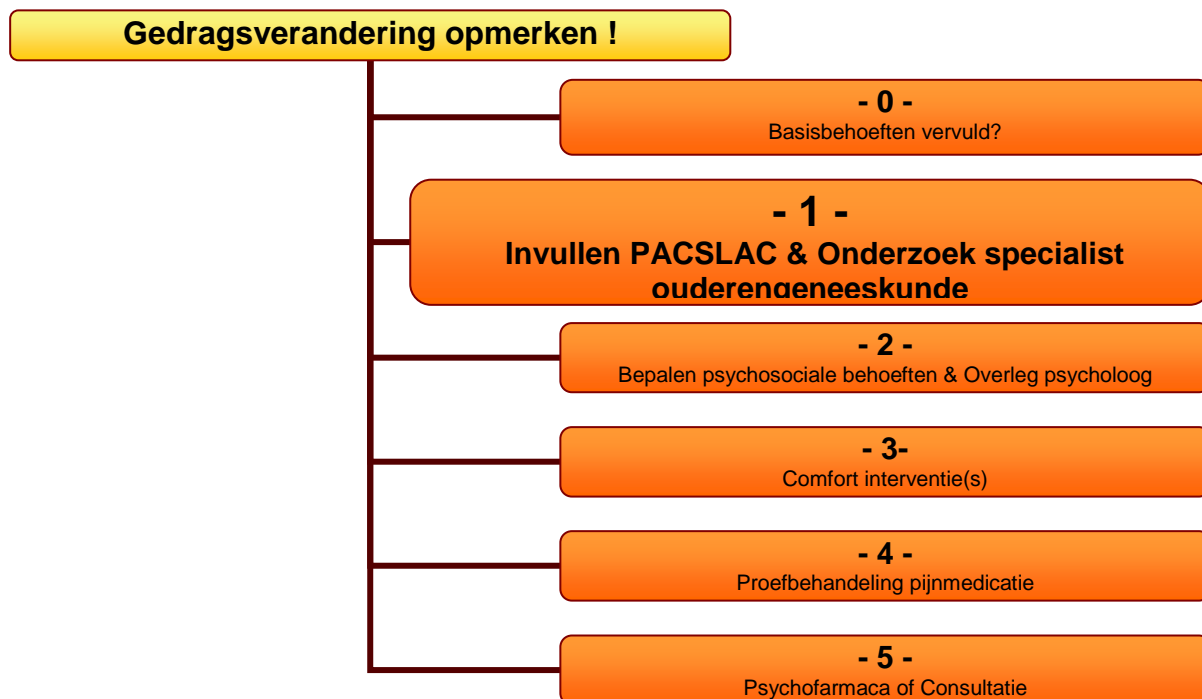
- De interventie is opgenomen in het cliëntdossier.  
Datum..... vermeld onder.....

- Nee. Ga verder naar Stap 1 (Invullen pijnschaal en lichamelijk onderzoek)**





## **Stap 1: Pijnschaal (verzorgenden) en lichamelijk onderzoek (voor specialisten ouderengeneeskunde)**



Hoewel lichamelijk onderzoek door de specialist ouderengeneeskunde wordt uitgevoerd, kun je als verzorgende ook al goed enkele lichamelijke ongemakken opsporen: waren er aanwijzingen voor pijn bij de verzorging?

- Zijn er problemen in de mond, bijvoorbeeld door verzet van de bewoner tijdens het eten of tandenpoetsen?
- Let ook op te krap schoeisel, drukplekken.
- Is er toegenomen incontinentie, of pijn bij het plassen?

### **Stappenplan:**

1. Neem de PACSLAC pijnschaal, en observeer de bewoner volgens de instructie.
2. Vul de pijnschaal in, en doe de uitslag in het dossier.
3. Vraag een visite van de specialist ouderengeneeskunde 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.
4. Licht de specialist ouderengeneeskunde in over de gedragsverandering, en wat je al hebt onderzocht en gedaan. Laat hem ook de ingevulde PACSLAC zien.
5. Vraag aan de specialist ouderengeneeskunde of er bij het onderzoek oorzaken voor de pijn of gedragsverandering zijn gevonden, en wat het beleid zal zijn. De specialist ouderengeneeskunde kan naast een lichamelijke oorzaak, ook bijvoorbeeld een depressie of delier vaststellen, en hiervoor een behandeling instellen.
6. Bepaal samen met de specialist ouderengeneeskunde wanneer de interventie geëvalueerd gaat worden. Veel interventies hebben tussen 2 dagen en 2 weken nodig om goed geëvalueerd te kunnen worden.
7. Is er nog geen oorzaak gevonden, of als de voorgestelde interventie geen effect heeft, ga je naar **Stap 2**.





## Werkblad stap 1 – Pijnschaal en Lichamelijk onderzoek

### Pain Assessment Checklist for Seniors with Severe Dementia (Pacslac-D)<sup>2</sup>

Naam cliënt: .....  
 Datum & Tijdstip beoordeling:.....  
 Doel: .....  
 Opmerkingen:.....  
 .....

Gelaat	AANWEZIG
Uitdrukking van pijn	<input type="checkbox"/>
Een specifiek geluid of uiting van pijn 'au' of 'oef'	<input type="checkbox"/>
Wenkbrauwen fronsen	<input type="checkbox"/>
Grimas	<input type="checkbox"/>
Rimpels in het voorhoofd	<input type="checkbox"/>
Kreunen en kermen	<input type="checkbox"/>
Verandering in de ogen (scheel kijken, mat, helder, meer bewegingen)	<input type="checkbox"/>
Pijnlijke plek aanraken en vasthouden	<input type="checkbox"/>
Pijnlijke plek beschermen	<input type="checkbox"/>
Terugtrekken	<input type="checkbox"/>
<b>Verzet/ afweer</b>	
Verbale agressie	<input type="checkbox"/>
Fysieke agressie (bijv. mensen en/of voorwerpen wegduwen, anderen krabben, anderen slaan, stompen, schoppen)	<input type="checkbox"/>
Geërgerd (geagiteerd)	<input type="checkbox"/>
Achteruitdeinzen	<input type="checkbox"/>
Niet aangeraakt willen worden	<input type="checkbox"/>
Niet-coöperatief/weerstand tegen zorgverlening	<input type="checkbox"/>
<b>Sociaal emotioneel/stemming</b>	
Nors/prikkelbaar	<input type="checkbox"/>
Schreeuwen/krijzen	<input type="checkbox"/>
Donkere blik	<input type="checkbox"/>
Verdrietige blik	<input type="checkbox"/>
Geen mensen in de buurt laten komen	<input type="checkbox"/>
Ontsteld (ontdaan)	<input type="checkbox"/>
Blozend, rood gelaat	<input type="checkbox"/>

#### Subschaal scores:

Gelaat  Verzet/ Afweer  Sociaal emotioneel/ stemming

**Totale score:**

**Instructie** Observeer de cliënt gedurende korte tijd en scoor daarna wat je gezien hebt.

#### Aanwijzingen voor het scoren

1. Wacht na het observeren even voordat je de items die tijdens de observatieperiode voorkwamen aankruist.
2. Degen die observeert en scoort is alleen hierop gericht. De observator kan nooit tegelijkertijd de cliënt verzorgen.
3. Scoor altijd alle items die je hebt gezien, ook als dat normale uitingen zijn. Je interpreteert niet. Vraag je niet af of een uiting (zoals kreunen of rimpels in het voorhoofd) hoort bij de dementie.
4. Scoor meerdere keren, zodat een vollediger beeld wordt verkregen. Richtlijn: een observatie tijdens de verzorging, bij rust in bed, bij rust zittend 's ochtends, bij rust zittend 's avonds of tijdens een (plezierige) activiteit.

**Resultaten** Een score van 4 of hoger duidt mogelijk op pijn. Het heeft geen zin de scores van verschillende cliënten met elkaar te vergelijken.

<sup>2</sup> PACSLAC is oorspronkelijk ontwikkeld door Fuchs-Lacelle and Hadjistavropoulos, 2004

PACSLAC-D werd vertaald, aangepast en getest door de Universiteit Maastricht (Zwakhalen et al., 2006)

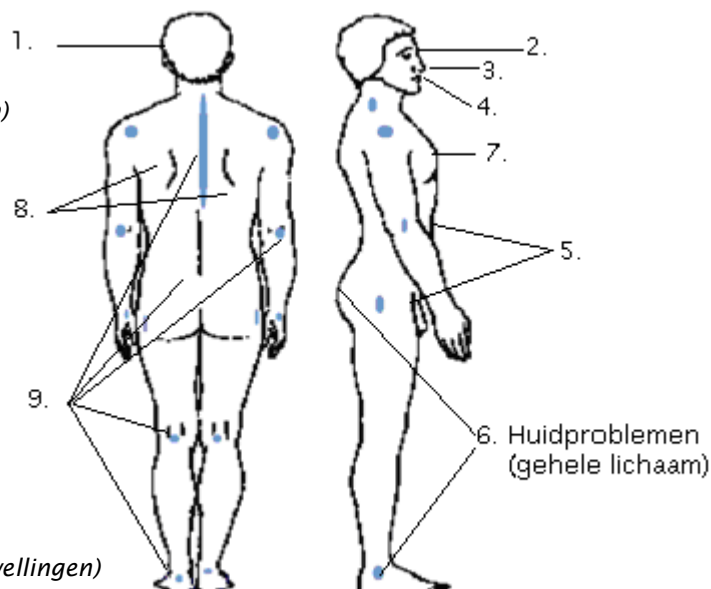
## Werkblad stap 1 – Pijnschaal en Lichamelijk onderzoek



### 1b. Lichamelijk onderzoek:

Screeningsgebieden door verzorgenden: Aanwijzingen voor problemen en/of pijn? (omcirkel antwoord hieronder)

1. **Oren** (bijv. roodheid/infectie)
2. **Ogen** (bijv. tekenen van infectie)
3. **Neus** (bijv. verkoudheid/verstopping met voorwerp)
4. **Mond en/of gebit** (bijv. infectie, past het gebit nog goed, laatste tandarts bezoek?)
5. **Buik, darmen en/of Urinewegen**
6. **Huid** (o.a. jeuk/decubitus)
7. **Hart- en bloedsomloop** (bijv. temperatuur, toe- of afname polsfrequentie, vochthuishouding)
8. **Longen** (bijv. hoesten, snelle ademfrequentie)
9. **Bewegingen van de gewrichten en/of de wervelkolom** (bijv. soepelheid, pijn, zwellingen)



### Door specialist ouderengeneeskunde:

Bevindingen onderzoek	Gerichte behandelingen gepland & uitgevoerd	Effect geplande behandeling?

Hoeveel behandelingen zijn gepland:..... (aantal)

Hoeveel behandelingen zijn uitgevoerd:.....(aantal)

### Was Stap 1 volgens jou (en je collega's) voldoende effectief in het veranderen van:

(denk terug aan het beschreven probleem)

- Het onbegrepen gedrag : Ja / Nee
- Pijn : Ja / Nee
- Anders, namelijk.....

Indien 'volledig ja' geantwoord kan worden: sluit STA OP af en vul het overzichtswerkblad in.

- De interventie is opgenomen in het cliëntdossier.  
Datum..... vermeld onder.....

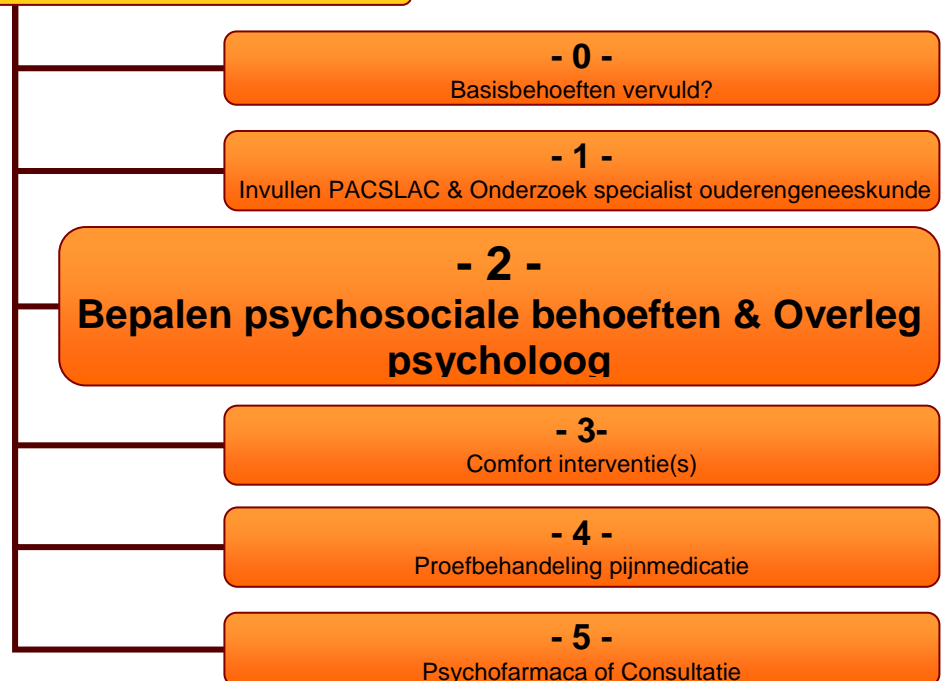
- Nee. Ga verder naar Stap 2** (vaststellen psychologische behoeften en overleg psycholoog).





## Stap 2: Vaststellen psychosociale behoeften en overleg psycholoog

### Gedragsverandering opmerken !



Stap 2 van het STA OP! Protocol gaat over het vaststellen van psychosociale behoeften door verpleegkundigen of verzorgenden. Deze stap betekent dat je aandacht moet hebben voor drie aspecten [114]:



1. STORENDE PRIKKELS UIT OMGEVING
2. BALANS TUSSEN STIMULERENDE EN RUSTGEVENDE ACTIVITEITEN
3. BETEKENISVOLLE CONTACTEN

### 1a. Storende prikkels uit de omgeving

Zowel de ruimtelijke omgeving (de inrichting van de kamer en huiskamer, geluiden in het gebouw e.d.) als de omgang met andere bewoners, familie en zorgverleners hebben invloed op mensen met dementie. Ouderen zonder dementie kunnen mondeling uiting geven als zij zich storen aan iets of iemand uit hun omgeving. Personen met gevorderde dementie zullen eerder door non-verbaal gedrag – bijvoorbeeld door agitatie of door eten te weigeren – laten merken dat zij zich niet prettig voelen.

Hierna volgt een lijst met veel voorkomende negatieve prikkels uit de ruimtelijke of sociale omgeving van mensen met dementie. Deze prikkels zijn ingedeeld naar de vijf zintuigen van de mens: horen, zien, voelen, proeven, ruiken.

<b>Horen</b>	<b>Zien</b>	<b>Voelen</b>	<b>Proeven</b>	<b>Ruiken</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• televisie- geluiden</li> <li>• geluiden uit badkamer, keuken e.d.</li> <li>• gesprekken op de achtergrond</li> <li>• telefoon- geluiden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fel licht</li> <li>• rommel</li> <li>• veel mensen in kleine kamer</li> <li>• grote onoverzichtelijk e ruimtes</li> <li>• nieuwe of veranderde ruimtes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• te warm of te koud</li> <li>• oncomfortabele stoelen</li> <li>• gekreukelde lakens</li> <li>• krappe schoenen of kleren</li> <li>• jeukende huid</li> <li>• ruwe aanrakingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• onbekend eten of drinken</li> <li>• eten of drinken waar men niet van houdt</li> <li>• eten of drinken van slechte kwaliteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sterke geuren van schoonmaak- middelen</li> <li>• urine of ontlasting geuren</li> <li>• andere geuren die men als vies ervaart</li> </ul>

### **1b. Strategieën om storende prikkels te identificeren en te verminderen**

Wat kun je als verzorgende of verpleegkundige doen om storende prikkels te achterhalen en te verminderen? In de eerste plaats moet je alert zijn: 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? En hoe zit het met het meubilair en het bed(dengoed)? Is dat wel comfortabel genoeg? Als je meer zicht hebt op wat storend voor iemand kan zijn, zul je eerst de prikkel moeten wegnemen of in ieder geval zo veel mogelijk verminderen. Daarna zul je vaak moeten zorgen voor positieve prikkels die wél passen bij de voorkeuren, mogelijkheden en behoeften van een bewoner. In Stap 3 van dit protocol vind je een groot aantal suggesties voor prikkels die op een positieve manier de zintuigen (horen, zien, voelen, proeven, ruiken) van een bewoner prikkelen.



#### **Casus**

*Meneer Adelaar weigert sinds kort zijn eten, met uitzondering van zoete, zachte voeding zoals pudding en ijs. Als hij meegenomen wordt naar de eettafel in de huiskamer, begint hij te huilen en te schreeuwen. Ook probeert hij soms borden en bestek naar andere bewoners en personeel te gooien. Jij bent de verzorgende van meneer Adelaar en je gaat eerst na hoe het zit met de basisbehoeften (zie Stap 0) en of meneer wellicht lichamelijke problemen heeft (zie Stap 1). Je gaat onder meer eventuele mondproblemen na (wondjes of afters, ontstoken slijmvlies e.d.). Je neemt na een observatie een pijnschaal (PACSLAC) af. De ingevulde pijnschaal geeft geen aanleiding om aan pijn te denken, en je vindt geen duidelijke lichamelijke problemen. Ook de specialist ouderengeneeskunde die je erbij roept kan niets abnormaals vinden bij onderzoek van mond- en buikgebied. In zijn medicatiegebruik is ook niets veranderd. Ook ga je in het zorgdossier en door navraag bij de familie na of er in het verleden ook wel eens dergelijke problemen waren. Je besluit dan om gericht te kijken of er wellicht storende prikkels of veranderingen zijn op psychosociaal gebied (Stap 2).*

*Je vindt twee factoren die mogelijk een verklaring bieden voor het gedrag rondom de maaltijden. Er is recent een andere cateringorganisatie in het verpleeghuis gekomen en er is nogal wat veranderd in de menu's van de bewoners.*

*Ook kijk je nog eens kritisch naar de tafel waar meneer eet: meneer zit met zes andere mensen aan tafel, waarvan er drie door huilen of roepen vaak veel aandacht vragen.*

#### **Reflectie op de casus:**

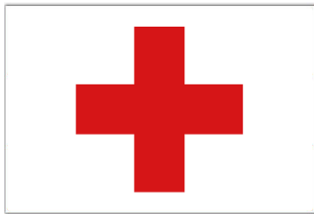
De nieuwe cateringorganisatie lijkt zich er niet van bewust dat ouderen met dementie meestal willen eten “zoals men dat altijd gewend was” en vaak niet zitten

te wachten op grote veranderingen in de menu's. Bespreek dit – eventueel via je leidinggevende – met de cateraar. En zoek samen met meneer Adelaar binnen de keuzemenu's naar wat het best past bij zijn voorkeuren; verzet je niet als die voorkeuren in jouw ogen niet altijd de gezondste voorkeuren zijn.

Een mogelijkheid is dat meneer Adelaar – zoals hij zelf ook wil – eet op zijn eigen kamer. Nadeel is dat hij zich daardoor meer zal isoleren van andere bewoners. Een andere mogelijkheid is dat je meneer Adelaar wel in de huiskamer laat eten, maar dan aan een tafel met bewoners die relatief rustig zijn.

*“Vooral wanneer mevrouw pijn heeft, wil ze niks meer eten. Ze schreeuwt dan voortdurend. Dan geef ik haar pijnmedicatie en wacht een minuut of 30. Dan ga ik weer naar haar toe en vraag: Wil je al wat eten? En dan is ze meestal veel vriendelijker. En ze zegt dan meestal: Ja, ik wil wel. En dan eet ze gewoon. Maar vooraf is het net of ze je weg wil duwen en wil dat je weggaat. Ik wil dat niet. Maar wanneer ze van haar pijn af is, eet ze prima”.*

-verzorgende -



Uit: Kovach CR, Griffie J, Muchka S, Noonan PE, Weissman DE. Nurses perceptions of pain assessment and treatment in the cognitively impaired. Clinical nurse specialist. 2000; 14 (5):215-220

### **1c. Overleg psycholoog**

In de meeste verpleeghuizen zijn psychologen werkzaam, die speciale deskundigheid hebben in analyse van gedragsproblemen. Maak gebruik van hiervoor bestemde overlegmomenten (MDO of omgangsoverleg) om deze deskundigheid ten volle te benutten. De psycholoog kan je in deze stap begeleiden en coachen, en doet waar nodig zelf 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.



#### **Hoofdpunten**

- Bij mensen met dementie kun je soms alleen uit non-verbaal gedrag afleiden dat zij ergens last van hebben.
- Als een persoon met dementie ergens last van heeft, leidt dat vaak tot (nog meer) probleemgedrag.
- Storende geluiden, storend (uit)zicht, onprettige prikkels aan de huid en/of onprettige smaken en geuren kunnen een persoon met dementie veel stress geven.
- Storende prikkels moeten eerst in kaart worden gebracht en daarna zoveel mogelijk worden weggenomen.



## ***2. Balans tussen rustgevende en stimulerende activiteiten***

Bij het vinden van een balans tussen rustgevende en stimulerende activiteiten zijn mensen met dementie voor een groot deel afhankelijk van anderen. Uit onderzoek is bekend dat als die balans er niet is, de persoon met dementie geagiteerd kan worden en soms minder goed functioneert. Een voorbeeld: een bewoner die 's morgens onder de douche gaat, daarna met andere bewoners ontbijt en vervolgens ook nog een spelletje met de activiteitenbegeleider en andere bewoners doet, kan overprikkeld raken en daardoor geagiteerd reageren. Daartegenover kan een bewoner die de halve morgen in bed ligt zonder contact met zorgverleners of bezoekers, te weinig geprikkeld worden. Er ontbreken dan "betekenisvolle" menselijke contacten en ook dat kan bijvoorbeeld resulteren in een functionele achteruitgang of somberheid.

Hoe kun je zorgen voor een betere balans?

- De bewoner die te veel prikkels krijgt aangeboden kun je een rustige activiteit aanbieden (zonder andere bewoners erbij) of hem of haar even uit laten rusten in bed of in een gemakkelijke stoel.
- De bewoner die juist te weinig prikkels heeft, kun je laten deelnemen aan een activiteit in een wat drukker ruimte met meerdere bewoners (bijvoorbeeld samen knutselen, samen een spel doen).

Hoeveel tijd moet je uittrekken voor een activiteit?

- Onderzoek wijst uit dat een persoon met dementie het best maximaal 90 minuten aan een activiteit kan deelnemen; dat geldt zowel voor rustgevende activiteiten als voor meer stimulerende activiteiten.

Om rustgevende en prikkelende activiteiten goed af te wisselen, is het belangrijk dat je nog eens naar de dagindeling van een bewoner kijkt. Als een bewoner bijvoorbeeld heel veel activiteiten in de morgen heeft, plan dan een rustmoment halverwege de ochtend. Als de bewoner in de middag juist weinig heeft te doen, zorg dan dat hij 's middags bijvoorbeeld naar de activiteitenbegeleiding kan.

Voer niet te veel wijzigingen tegelijk in iemands dagritme in. Zeker voor bewoners die geagiteerd en overactief zijn, is het belangrijk om veranderingen geleidelijk door te voeren. Probeer dan bijvoorbeeld om de paar dagen een drukke groepsactiviteit om te wisselen voor een meer rustgevende individuele activiteit.

Anderzijds zijn er ook mensen die hun dagen doorbrengen zonder veel te doen en zonder veel bezoek. Voor deze mensen kan het zinvol zijn om regelmatig samen met andere bewoners aan groepsactiviteiten deel te nemen, bijvoorbeeld samen spelletjes doen, samen iets maken in de keuken of samen zingen. Meer voorbeelden van stimulerende activiteiten vind je in Stap 3 van dit protocol.

Soms moeten de geplande dagelijkse activiteiten van een bewoner worden aangepast; bijvoorbeeld door personeelsgebrek, een bijkomende ziekte van de bewoner of door andere onverwachte gebeurtenissen. De bewoner kan dan nog meer van slag en bijvoorbeeld met agitatie of onrustig gedrag reageren. Besef dat probleemgedrag vaak afneemt wanneer de gewone gang van zaken op de afdeling weer terugkomt.

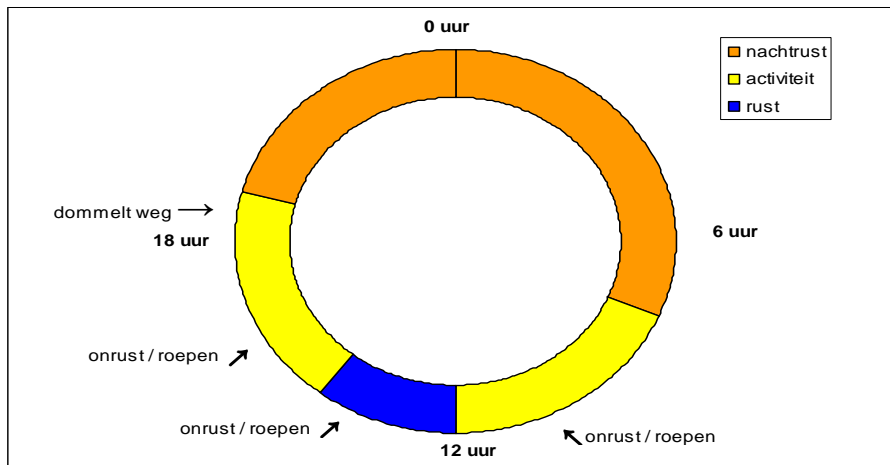


### Casus

Hierna volgt een voorbeeld van een doorsnee dag van meneer Adelaar. Wanneer je dit voorbeeld leest, noteer dan wanneer meneer Adelaar op zo'n dag meer dan 90 minuten een rustgevende of juist een stimulerende activiteit ondergaat.

Tijd	Huidige activiteiten	
7.30-7.50	Persoonlijke verzorging	Yellow
8.00-8.29	Ontbijt in huiskamer met andere bewoners	Yellow
8.30-8.59	In huiskamer met andere bewoners	Yellow
9.00-9.29	Lichamelijke oefeningen met andere bewoners	Yellow
9.30-9.59	Lichamelijke oefeningen met andere bewoners	Yellow
10.00-10.29	Koffie/thee met andere bewoners in huiskamer, is onrustig	Yellow
10.30-10.59	In huiskamer met andere bewoners; roept af en toe om zijn vrouw	Yellow
11.00-11.29	Naar toilet o.b.v. verzorgende	Yellow
11.30-11.59	Wordt naar eettafel in huiskamer gebracht, ondanks enig lichamelijk verzet	Yellow
12.00-12.29	Eten in huiskamer; is onrustig+ eet weinig.	Yellow
12.30-12.59	Wordt naar bed gebracht. Doet korte dutjes. Roept tussendoor om zijn vrouw.	Blue
13.00-13.29	In bed.	Blue
13.30-13.59	In bed.	Blue
14.00-14.29	In bed.	Blue
14.30-14.59	In bed.	Blue
15.00-15.29	Gaat naar toilet o.b.v. verzorgende.	Yellow
15.30-15.59	Zit in huiskamer met andere bewoners. Roept af en toe.	Yellow
16.00-16.29	Zit nog steeds in huiskamer. Roept af en toe.	Yellow
16.30-16.59	Echtgenote en dochter komen op bezoek, praten af en toe tegen meneer. Zitten in huiskamer.	Yellow
17.00-17.29	Bezoek helpt meneer met eten. Meneer eet wat meer dan vanmiddag.	Yellow
17.30-17.59	Bezoek blijft nog bij meneer in de huiskamer.	Yellow
18.00-18.29	Bezoek gaat naar huis. TV staat aan in huiskamer. Meneer kijkt er niet naar en dommelt weg in rolstoel.	Yellow
18.30-18.59	Meneer dommelt nog steeds in rolstoel	Yellow
19.00-19.29	Idem	Yellow
19.30-19.59	Gaat naar toilet en daarna voorbereidingen voor nacht o.b.v. verzorgende.	Orange
Tussen 20.00 en 7.30 uur	In bed. Vaak wakker. Roept tussen 2.00 uur en 3.00 uur bijna voortdurend om zijn vrouw.	Orange

### Schematische weergave van de doorsnee dag van meneer Adelaar:



## Reflectie op de casus

In dit voorbeeld zal je ongetwijfeld hebben gezien dat er niet altijd een balans is tussen rustgevende en stimulerende activiteiten. Hoe kunnen we de dagbesteding van meneer Adelaar wat meer in balans brengen?

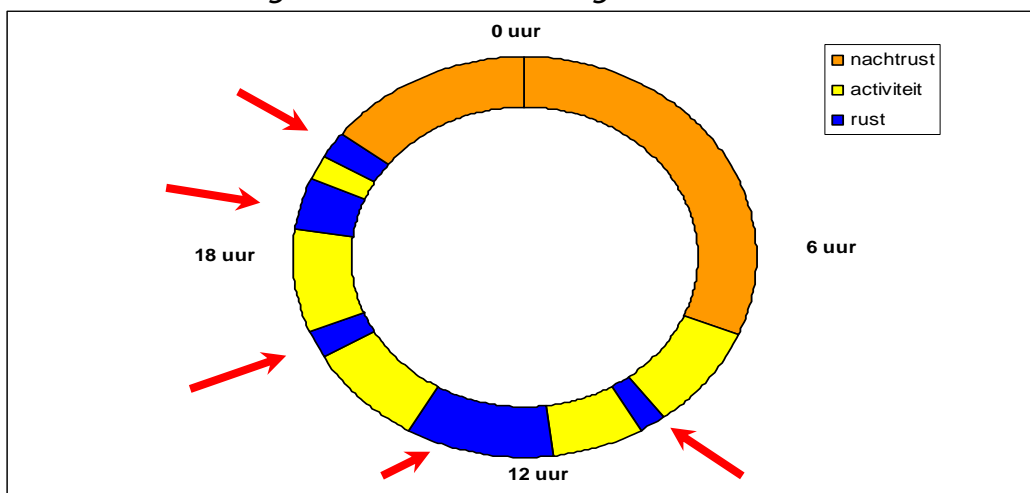
Waarschijnlijk is het je opgevallen dat meneer Adelaar het 's morgens relatief druk heeft. Zijn hele dagschema hoeft niet omgegooid te worden, maar in plaats van de lichamelijke oefeningen met andere bewoners, zou meneer Adelaar ook een deel van de morgen op een rustiger plaats kunnen doorbrengen. Misschien hebben jullie in jullie huis een plek waar meneer naar vissen (aquarium) of vogels (volière) kan kijken. Of misschien kan een vrijwilliger ingezet worden die een eindje met hem in de rolstoel buiten gaat wandelen. Of wellicht vindt hij het wel fijn om onder begeleiding even in de kapel of in de bibliotheek te zitten. Informeer ook bij zijn familie naar zijn voorkeuren voor activiteiten. Dit zijn allemaal suggesties voor wat rustiger activiteiten in de verder vrij drukke morgen.

's Middags ligt meneer Adelaar ongeveer 2,5 uur in bed. Dat is voor hem te lang. Zo'n lange rustperiode overdag, betekent dat hij 's nachts (nog) slechter slaapt. In het aangepaste dagschema op de volgende bladzijde is er meer afwisseling tussen rust en stimulerende activiteiten: na een kortere middagslaap, is er een groepsactiviteit.

Ook in de avond, waren er voor meneer Adelaar weinig prikkels. Daarin kan verandering komen door het bezoek wat meer te spreiden. Ook kan de avond doorbroken worden als verzorgenden of verpleegkundigen niet de televisie aanzetten op de eerste de beste zender, maar nagaan welke voorkeuren meneer Adelaar heeft op televisiegebied. Ook kan er af en toe een DVD gedraaid worden met televisieprogramma's die de meeste bewoners nog van vroeger kennen (zoals Swiebertje).

*Hierna vind je het aangepaste dagschema.*

### ***Schematische weergave van het nieuwe dagschema van meneer Adelaar:***





<i>Tijd</i>	<i>Huidige activiteiten</i>	<i>Voorgestelde 'aangepaste' activiteiten</i>
7.30-7.59	<i>Persoonlijke verzorging</i>	<i>Persoonlijke verzorging</i>
8.00-8.29	<i>Ontbijt in huiskamer met andere bewoners</i>	<i>Ontbijt in huiskamer met andere bewoners</i>
8.30-8.59	<i>In huiskamer met andere bewoners</i>	<i>In huiskamer met andere bewoners</i>
9.00-9.29	<i>Lichamelijke oefeningen met andere bewoners</i>	<i>Lichamelijke oefeningen in activiteitenruimte</i>
9.30-9.59	<i>Lichamelijke oefeningen met andere bewoners</i>	<i>Uitrusten in makkelijke stoel op eigen kamer</i>
10.00-10.29	<i>Koffie/thee met andere bewoners in huiskamer, is onrustig</i>	<i>Koffie/thee met andere bewoners in huiskamer</i>
10.30-10.59	<i>In huiskamer met andere bewoners; roept af en toe om zijn vrouw</i>	<i>In huiskamer met andere bewoners</i>
11.00-11.29	<i>Naar toilet o.b.v. verzorgende</i>	<i>Naar toilet o.b.v. verzorgende</i>
11.30-11.59	<i>Wordt naar eettafel in huiskamer gebracht, ondanks enig lichamenlijk verzet</i>	<i>Wordt naar andere, rustiger eettafel in huiskamer gebracht</i>
12.00-12.29	<i>Eten in huiskamer; is onrustig en eet weinig.</i>	<i>Eten in huiskamer</i>
12.30-12.59	<i>Wordt naar bed gebracht. Doet korte dutjes. Roept tussendoor om zijn vrouw.</i>	<i>Wordt naar bed gebracht.</i>
13.00-13.29	<i>In bed</i>	<i>In bed</i>
13.30-13.59	<i>In bed</i>	<i>In bed</i>
14.00-14.29	<i>In bed</i>	<i>Groepsactiviteit o.b.v. activiteitenbegeleider</i>
14.30-14.59	<i>In bed</i>	<i>Groepsactiviteit o.b.v. activiteitenbegeleider</i>
15.00-15.29	<i>Gaat naar toilet o.b.v. verzorgende.</i>	<i>Gaat naar toilet o.b.v. verzorgende.</i>
15.30-15.59	<i>Zit in huiskamer met andere bewoners. Roept af en toe.</i>	<i>In huiskamer met andere bewoners</i>
16.00-16.29	<i>Zit nog steeds in huiskamer. Roept af en toe.</i>	<i>Dochter komt langs. Zitten in eigen kamer van meneer en praten samen.</i>
16.30-16.59	<i>Echtgenote en dochter komen op bezoek, praten af en toe tegen meneer. Zitten in huiskamer.</i>	<i>Meneer en dochter lopen eindje binnen of buiten.</i>
17.00-17.29	<i>Echtgenote helpt meneer met eten. Meneer eet wat meer dan vanmiddag.</i>	<i>Echtgenote komt op bezoek en helpt meneer met eten in de huiskamer. Dochter gaat naar huis.</i>
17.30-17.59	<i>Echtgenote blijft nog bij meneer in de huiskamer.</i>	<i>Meneer en echtgenote lopen eindje binnen of buiten.</i>
18.00-18.29	<i>Echtgenote gaat naar huis. TV staat aan in huiskamer. Meneer kijkt er niet naar en dommelt weg in rolstoel.</i>	<i>Meneer en echtgenote zitten in huiskamer.</i>
18.30-18.59	<i>Meneer dommelt nog steeds in rolstoel</i>	<i>Echtgenote is nu (meestal) naar huis. Meneer kijkt naar tv-programma of DVD die aansluit bij zijn voorkeuren.</i>
19.00-19.29	<i>Idem</i>	<i>Meneer kijkt naar tv-programma of DVD. Verzorgende probeert daarna daarover gesprek op gang te brengen.</i>
19.30-19.59	<i>Gaat naar toilet en daarna voorbereidingen voor nacht o.b.v. verzorgende.</i>	<i>Toiletgang en daarna voorbereidingen voor nacht o.b.v. verzorgende.</i>
Tussen 20.00 en 7.30 uur	<i>In bed. Vaak wakker. Roept tussen 2.00 uur en 3.00 uur bijna voortdurend om zijn vrouw.</i>	<i>Meneer wordt naar eigen kamer gebracht. Gaat niet eerder dan 20.30 in bed liggen.</i>



### Hoofdpunten

- Bij mensen met dementie moet er een balans zijn tussen stimulerende en rustgevende activiteiten.
- In het algemeen moeten activiteiten niet langer dan 90 minuten duren, echter de duur is ook afhankelijk van de behoeften en mogelijkheden van de persoon met dementie. Wanneer stimulerende activiteiten te lang duren, kan iemand geagiteerd raken. Als rustgevende activiteiten te lang duren, kan iemand te passief en te weinig geprikkeld worden.
- Bij personen die te veel geprikkeld worden, moet wat vaker een rustmoment ingelast worden of kan er wat vaker een rustgevende activiteit worden aangeboden.
- Bij personen die te weinig geprikkeld worden, moet juist vaker een stimulerende activiteit worden aangeboden.

In deze fase heb je dus eerst in kaart gebracht van wat voor negatieve prikkels iemand mogelijk last heeft en vervolgens heb je kritisch gekeken of er een goede balans is tussen stimulerende en rustgevende activiteiten. Vervolgens ga je kritisch kijken hoe het zit met de contacten die de bewoner heeft met andere bewoners, familie of zorgverleners.

### 3. “Betekenisvolle” contacten

Ieder mens heeft behoefte aan “betekenisvolle” contacten met andere mensen. Betekenisvol is in dit verband een “één-op-één” contact met als hoofddoel een verbinding maken met de ander. Contacten met een bewoner tijdens bijvoorbeeld wassen of eten geven zijn ook belangrijk, maar met een “betekenisvol” contact bedoelen we in dit geval toch iets anders. Want bij baden en eten geven is het hoofddoel zorgen dat iemand weer schoon is en geen honger meer heeft. Als je echter buiten de lichamelijke verzorging om, bij iemand komt zitten en tijd maakt voor een persoonlijk praatje, dan valt dat wel onder wat we hier noemen “betekenisvol”contact.

Uit onderzoek is bekend dat als mensen met dementie “betekenisvolle” contacten met anderen ervaren, dit een positief effect heeft op:

- zelfstandig eten
- geheugen
- spraak
- lachen
- deelname aan sociale activiteiten en aan de zorg

Niet alleen verbale, maar ook non-verbale communicatie is belangrijk voor betekenisvol menselijk contact. Non-verbale communicatie ofwel lichaamstaal, bestaat uit gezichtsuitdrukkingen, lichaamshouding en gebaren of de toon van iemands stem. Van lichaamstaal ben je je niet altijd bewust en het komt soms niet overeen met wat je zegt. Iemand kan bijvoorbeeld zeggen: Ik voel me goed vandaag, maar als iemand de hele dag passief in zijn stoel zit en er bleek en vermoeid uitziet, is de lichaamstaal tegengesteld aan de gesproken taal. Maar als dezelfde persoon actief is en er gezond en uitgerust uitziet, is het verbale gedrag wel in

overeenstemming met de lichaamstaal. Omdat bewoners met dementie niet altijd begrijpen wat de ander zegt, moet je er extra alert op zijn wat je lichaamstaal is. De bewoner kan soms sterk op je non-verbale gedrag reageren.

Lichaamstaal wordt steeds belangrijker als de dementie voortschrijdt. Soms kan een persoon met dementie nog wel een hele zin uitspreken, maar naarmate de dementie vordert zal hij/zij alleen nog korte zinnen uitspreken en uiteindelijk alleen nog maar geluiden of kreten uitbrengen. Bij Stap 3 in het protocol geven we suggesties om betekenisvolle communicatie te bevorderen.

Hierna staan algemene tips voor “betekenisvolle” communicatie bij bewoners met dementie.

- Oudere mensen hebben vaak problemen met zien. Zit daarom zoveel mogelijk op de zelfde hoogte en recht tegenover de bewoner. Zorg ook voor voldoende (maar geen fel) licht. Als de bewoner een bril heeft, let er dan op dat de glazen schoon zijn.
- Ook zijn ouderen vaak hardhorend. Je zult dan wat harder moeten praten, en op wat lagere toon moeten spreken dan normaal. Lage tonen zijn vaak makkelijker te volgen. Spreek langzaam, en zorg dat je mond goed te zien is als je praat. Als de bewoner een gehoorapparaat nodig heeft, controleer dan of deze aan staat en of de batterijen nog werken.
- Mensen met dementie hebben vaak meer tijd nodig om te reageren op je vragen of opmerkingen. Geef hen deze tijd.
- Ook vinden zij het vaak fijn als je laat merken dat je met hen meeleeft. Laat dat merken in woorden, maar ook in toon en aandacht en door te luisteren zonder negatieve kritiek te geven.

Hoeveel “betekenisvolle” contacten heeft een persoon met dementie nodig? Uit onderzoek weten we dat mensen met dementie minimaal twee maal per dag een “betekenisvol” contact moeten hebben. Nogmaals, bij een betekenisvol contact moet men primair gericht zijn op de verbinding met de ander. Soms lukt het je als verzorgende of verpleegkundige niet om voldoende persoonlijke tijd voor een bewoner vrij te maken. Roep dan de hulp in van bijvoorbeeld familie, vrijwilligers of activiteitenbegeleiders. Als verschillende personen zich op die manier inzetten, word je minder belast, wordt de bewoner positiever benaderd en neemt je werktevredenheid vaak toe.



#### Hoofdpunten

- Ieder mens heeft behoefte aan “betekenisvolle” contacten, waarbij de verbinding met de ander centraal staat.
- Bij mensen met dementie moet er minimaal twee maal daags gedurende 10–20 minuten sprake zijn van een “betekenisvol” contact. Dit moet net zo’n “normaal” onderdeel zijn, als het geven van medicatie, iemand verschonen of eten geven.
- Personen met dementie die voldoende “betekenisvolle” contacten ervaren, zullen beter functioneren en bijvoorbeeld meer lachen en praten.

*“Ik vind dat er bij bewoners te weinig gebeurt als ze pijn hebben. We zijn soms te snel met rustgevende medicatie. Zo zijn we het gewend. Ook bij mensen die nog niet heel erg dement zijn, zie je soms dat ze al problemen hebben om zich uit te drukken en te vertellen wat er in hen omgaat. Ik vind dat we bij die mensen de boot vaak missen. Pijn kan heel veel oorzaken hebben, die je aan de buitenkant niet kunt zien. Ik denk dat mensen soms iedere dag met pijn leven, en dat wij er te weinig aandacht voor hebben”.*

-verzorgende



Uit: Kovach CR, Griffie J, Muchka S, Noonan PE, Weissman DE. Nurses' perceptions of pain assessment and treatment in the cognitively impaired. *Clinical nurse specialist*. 2000; 14 (5):215-220

## Werkblad stap 2 - Vaststellen psychologische behoeften en overleg psycholoog



Tijd	Huidige activiteiten	Betekenisvolle contacten van minimaal 10 minuten	Storende prikkels uit omgeving	Voorgestelde veranderingen
7.30-7.59		<input type="checkbox"/>		
8.00-8.29		<input type="checkbox"/>		
8.30-8.59		<input type="checkbox"/>		
9.00-9.29		<input type="checkbox"/>		
9.30-9.59		<input type="checkbox"/>		
10.00-10.29		<input type="checkbox"/>		
10.30-10.59		<input type="checkbox"/>		
11.00-11.29		<input type="checkbox"/>		
11.30-11.59		<input type="checkbox"/>		
12.00-12.29		<input type="checkbox"/>		
12.30-12.59		<input type="checkbox"/>		
13.00-13.29		<input type="checkbox"/>		
13.30-13.59		<input type="checkbox"/>		
14.00-14.29		<input type="checkbox"/>		
14.30-14.59		<input type="checkbox"/>		
15.00-15.29		<input type="checkbox"/>		
15.30-15.59		<input type="checkbox"/>		
16.00-16.29		<input type="checkbox"/>		
16.30-16.59		<input type="checkbox"/>		
17.00-17.29		<input type="checkbox"/>		
17.30-17.59		<input type="checkbox"/>		
18.00-18.29		<input type="checkbox"/>		
18.30-18-59		<input type="checkbox"/>		
19.00-19.29		<input type="checkbox"/>		
19.30-19.59		<input type="checkbox"/>		
Tussen 20.00 en 7.30 uur		<input type="checkbox"/>		

### Instructie bij het invullen van het dagschema

1. In de eerste kolom houd jij of een van de andere teamleden bij **wat** een bewoner **ieder half uur doet**.
2. In de tweede kolom kun je een kruisje neerzetten als een bewoner ten minste 10 minuten een “**betekenisvol**” contact met jou of iemand anders heeft gehad.
3. In de derde kolom kun je je **observaties neerschrijven** over eventuele **negatieve prikkels** uit de omgeving. Als zo’n negatieve prikkel zich voordoet op een bepaald tijdstip, zoals wanneer een andere bewoner schreeuwt en wanneer dat de bewoner die je observeert van streek maakt, schrijf dat dan op bij het half uur waarin dat gebeurde. Als een negatieve prikkel continu aanwezig is, zoals een naar achtergrondgeluid, schrijf dat dan ook op in de derde kolom, maar geef daarbij aan dat het om een continue prikkel gaat (door er “continu” bij te schrijven).
4. Als je klaar bent met het invullen van de eerste drie kolommen, kijk dan nog eens kritisch. Was er die dag sprake van negatieve prikkels? Waren er minimaal 2 x 10 minuten “betekenisvolle” contacten? Was er een balans tussen rustgevende en stimulerende activiteiten? En hoe lang duurden activiteiten meestal?
5. Als daar aanleiding voor is, schrijf je in de vierde kolom op wat je zou willen veranderen om negatieve prikkels te verminderen, “betekenisvolle” contacten te stimuleren en een betere balans te vinden tussen rustgevende en stimulerende activiteiten. **Beslis en beschrijf ook hoe je de geplande veranderingen wilt bereiken en wie daarvoor verantwoordelijk is.**



## Werkblad stap 2 - Vaststellen psychologische behoeften en overleg psycholoog



Naam cliënt: .....

Datum & Tijdstip beoordeling: .....

	Bevindingen onderzoek	Gerichte behandelingen gepland & uitgevoerd	Effectiviteit ?
Is er <b>omgevingsstress</b> die kan worden verminderd?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk..... .....		
Is er een goed evenwicht tussen <b>stimulerende en rustgevende</b> activiteiten?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk..... .....		
Heeft de bewoner tenminste 2 x 10 min. <b>betekenisvol sociaal contact</b> per dag?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk..... .....		

Op de voorzijde van dit werkblad kun je het dagschema van de bewoner invullen om te beoordelen of aan bovenstaande aspecten wordt voldaan.

Hoeveel behandelingen c.q. veranderingen zijn gepland:.....(aantal)

Hoeveel behandelingen c.q. veranderingen zijn uitgevoerd:.....(aantal)

### Was Stap 2 volgens jou (en je collega's) voldoende effectief in het veranderen van:

(denk terug aan het beschreven probleem)

- Het onbegrepen gedrag : Ja / Nee
- Pijn : Ja / Nee
- Anders, namelijk.....

Indien 'volledig ja' geantwoord kan worden: sluit STA OP af en vul het overzichtswerkblad in.

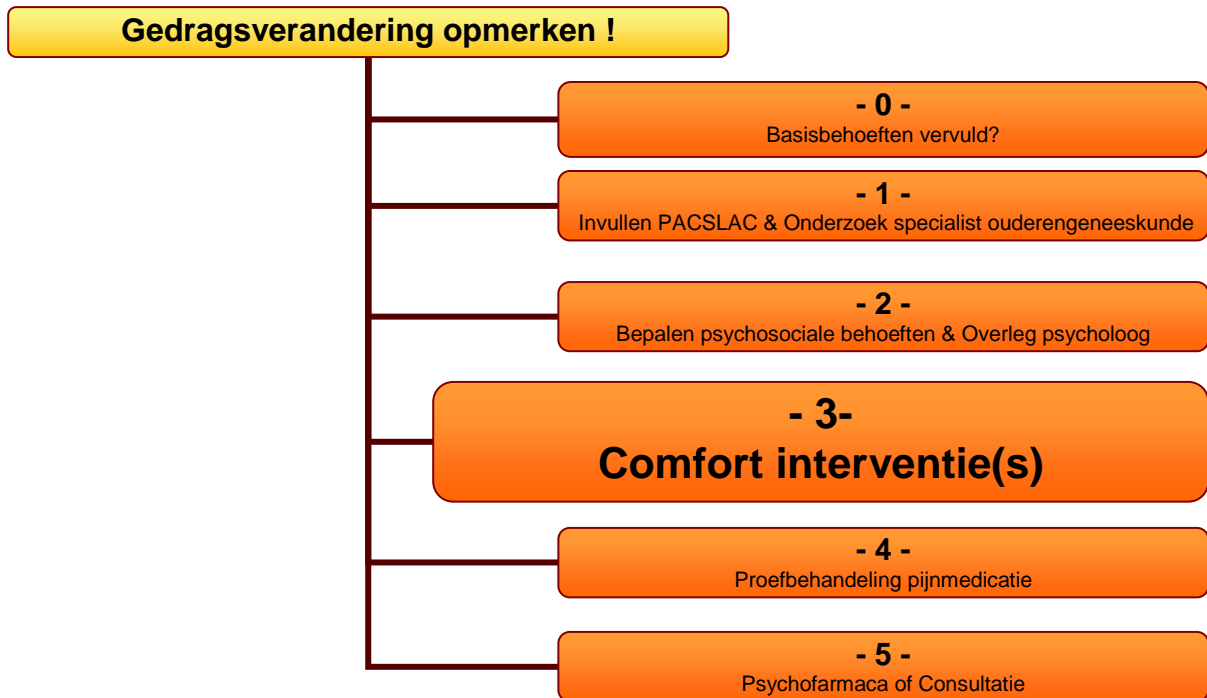
- De interventie is opgenomen in het cliëntdossier.  
Datum..... vermeld onder.....

- Nee. Ga verder naar Stap 3 (comfort interventies).**





## Stap 3: Comfort interventie(s)



Hiervoor heb je in kaart gebracht wat de mogelijke aanleiding is voor gedragsveranderingen, in de vorm van bijvoorbeeld agitatie, eten weigeren, onrust, roepgedrag, huilen e.a. Omdat je niet wist of daar pijn of andere oorzaken aan ten grondslag liggen, hebben jij en de specialist ouderengeneeskunde eerst gekeken of er wellicht onbevredigde basisbehoeften of lichamelijke problemen een rol spelen (zie Stap 0 en Stap 1). Vervolgens heb je in Stap 2 gekeken of er mogelijk psychosociale oorzaken zijn voor dit gedrag. Wanneer de stappen 0, 1 en 2 geen aanwijzingen opleveren, ga je nu in stap 3 enkele comfort interventies uitproberen.

Niet alle comfort interventies zijn even geschikt voor iedereen; wat goed werkt bij de één werkt niet altijd bij de ander. En wat de ene dag goed werkt bij een bewoner, werkt soms niet op een andere dag bij diezelfde bewoner. Daarom is het goed om veel keuzemogelijkheden te hebben.

Overigens pretenderen we niet volledig te zijn in de suggesties die we hierna geven voor comfort interventies. De keuze om hierna alleen **zintuigactivering (snoezelen)**, **reminiscentie** en **bewegingsinterventies** te bespreken, hangt samen met het feit dat dat allemaal interventies zijn die goed kunnen worden toegepast in de zorg voor mensen met dementie. Ook bespreken we juist deze interventies omdat verzorgenden en verpleegkundigen daarbij een voorbereidende of uitvoerende rol bij kunnen spelen.

Zoals we eerder zeiden, hebben mensen met dementie vaak het meest baat bij korte activiteiten, dat wil zeggen maximaal 90 minuten. Veel van de hierna genoemde interventies kosten minder tijd; soms minder dan 10 minuten. Sommige suggesties (bijvoorbeeld muziek opzetten) kunnen prima in de dagelijkse zorg door verzorgenden worden geïntegreerd. Andere activiteiten duren wat langer (bijvoorbeeld samen tuinieren, een eind gaan wandelen) en dan kan het soms nodig

en zinvol zijn om bijvoorbeeld activiteitenbegeleiders, vrijwilligers of familie te betrekken.

### ***Een geschikte interventie kiezen, plannen, uitvoeren en evalueren***

Om op een zorgvuldige manier een geschikte interventie te kiezen, moet je je proberen te verplaatsen in de belevingswereld van de bewoner.

1. Je moet inzicht hebben in iemands voorkeuren en mogelijkheden, maar ook in de dingen waar iemand een hekel aan heeft en zijn beperkingen. Dit betekent dat je daarover navraag moet doen bij de bewoner (als verbale communicatie nog mogelijk is) en/of bij familieleden of andere zorgverleners die de bewoner goed kennen. Een leefgewoonten formulier kan hierbij zeer behulpzaam bij zijn.
2. Als je een interventie hebt gekozen die aan lijkt te sluiten bij de voorkeuren en mogelijkheden van een bewoner, maak dan een plan van aanpak waarin je de drie “W’s” beschrijft: **Wie** gaat de interventie uitvoeren? **Waar?** **Wanneer?**
3. Verzamel vervolgens, als jij degene bent die de interventie uitvoert, de materialen die je nodig hebt. Voer dan de interventie uit.
4. Vervolgens is het belangrijk dat goed wordt geëvalueerd. Observeer de bewoner vanaf het moment dat je de interventie uitvoert. Als je de indruk hebt dat het probleemgedrag eerder toe dan afneemt, stop dan en ga op zoek naar een andere interventie.

Bepaal van tevoren wanneer de eindevaluatie is en je de balans opmaakt van wat de interventie voor effect heeft gehad. Maak gebruik van de multidisciplinaire overlegmomenten die in jouw instelling hiervoor geschikt zijn! Mocht je een familielid en/of vrijwilliger inzetten, stel hen dan ook op de hoogte van je aanpak, zodat je met hen ook kunt evalueren.

### ***Belangrijke aandachtspunten***

Mogelijk zullen sommige activiteiten die hiervoor genoemd zijn, al eerder ingevoerd zijn voor een bewoner. Zorg dan voor een aantal nieuwe activiteiten, eventueel ter vervanging van eerder geplande activiteiten.

- En denk daarbij aan de goede balans tussen rustgevende en stimulerende activiteiten en voor een geleidelijke invoering (zie Stap 2).
- We raden aan om ten minste drie nieuwe activiteiten uit te proberen gedurende enkele dagen, en te kijken wat daar het effect van is, voordat je over gaat naar stap 4 van het protocol.

### **➤ Zintuigactivering (snoezelen)**

Wanneer zorgverleners doelgericht **zintuigprikkel**s aanbieden om contact te maken met bewoners, gebruikt men daarvoor soms de termen “snoezelen” of “zintuigactivering”. Van zintuigactivering is bekend dat het bij mensen met dementie kan leiden tot minder apathisch gedrag, minder klaaggedrag en verbeterde contacten tussen bewoners en verzorgenden.

Bepaalde vormen van zintuigactivering, bijvoorbeeld samen luisteren naar muziek, kun je zowel met zijn tweeën doen als in groepen. Andere vormen, bijvoorbeeld massage, lenen zich vooral voor één-op-één contacten.

Elementen van zintuigactivering kun je heel goed integreren in je dagelijks werk als verpleegkundige of verzorgende. Verspreid over de dag kun je prikkel aanbieden die de bewoner als prettig ervaart, bijvoorbeeld tijdens de ochtendzorg, de maaltijden en de avondzorg.

Op de volgende bladzijde staan concrete voorbeelden.



<i>Horen</i>	<i>Zien</i>	<i>Voelen</i>	<i>Proeven</i>	<i>Ruiken</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samen muziek luisteren</li> <li>• Samen bekende liedjes zingen</li> <li>• Zachte natuurgeluiden laten horen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maak en kijk samen in een kijkdoos</li> <li>• Kijk samen naar aquarium</li> <li>• Kijk samen in tijdschriften of plaatjesboeken, bijvoorbeeld over koningshuis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masseer handen, voeten, of rug</li> <li>• Bied iemand tastprikkel aan in de vorm van zachte ballen, zachte knuffels, fluwelen stoffen of juist iets dat stevig aanvoelt</li> <li>• Samen zacht wasgoed opvouwen</li> <li>• Geef verwarmd kussen</li> <li>• Geef aangenaam warm bad of voetenbad</li> <li>• Raak iemand bij de verzorging op een vriendelijke, warme manier aan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maak iemands favoriete gerecht en eet dit samen op</li> <li>• Bak koekjes en eet samen op</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bied favoriete parfum of deo aan tijdens verzorging</li> <li>• Laat aan de zeep ruiken, voordat de bewoner gewassen wordt</li> <li>• Gebruik tijdens de verzorging of tijdens massage aromatische oliën (bijv. met lavendelgeur)</li> </ul>

Voor meer uitvoerige informatie over hoe je zintuigactivering bij mensen met dementie kunt toepassen, verwijzen we naar "Snoezelen in de zorg. Handboek voor de praktijk" (van Weert J., Peter J., Janssen B., Vrugink F., van Dulmen S. Uitgave van NIVEL/Fontis, 2005).

### ➤ Remiscentie

Remiscentie is het **doelbewust oproepen van positieve herinneringen en daarover samen praten**. Daarbij worden vaak materialen uit het verleden gebruikt (foto's, muziek, films, huishoudelijke voorwerpen e.a.). Uit onderzoek is bekend dat remiscentie een gunstig effect kan hebben op de stemming van mensen met dementie (bijv. minder somberheid) en op sociale contacten met andere bewoners en zorgverleners. Het succes van remiscentie hangt voor een belangrijk deel af van hoe goed je naar de bewoner luistert en van de vragen die je stelt over de opgeroepen herinneringen.

Bij remiscentie kun je een bepaald thema te gebruiken, bijvoorbeeld het thema "school", "spelletjes", "het huishouden" of "koken" in vroeger tijden". Bij dergelijke thema's kunnen attributen van vroeger gebruikt worden (bijv. oude schoolspullen, spelletjes en huishoudelijke attributen).

Als remiscentie in een groep plaatsvindt, komen bewoners bijvoorbeeld wekelijks bij elkaar, meestal onder begeleiding van een activiteitenbegeleider. Als verzorgende kun je daar ook bij aanwezig zijn en een ondersteunende en stimulerende rol spelen. Het praten in groepen kan als voordeel hebben dat herinneringen makkelijker naar voren komen en sociale contacten met andere bewoners er beter door worden.

Echter ook in individuele contacten kun je remiscentie goed toepassen. Voorbeelden die in individuele contacten en/of in groepen uitgewerkt kunnen worden:

- Een puzzel maken met afbeeldingen van vroeger.
- Samen spelen op een ouderwets ganzenbord biedt soms aanknopingspunten;
- Liedjes en versjes zingen die belangrijk waren in het leven van de ouderen;

- Foto's of gebruiksvoorwerpen bekijken van oude ambachten;
- Boeken van vroeger of oude jeugdboeken inkijken
- Een ouderwetse lekkernij bij koffie of borrel aanbieden
- Samen kijken naar oude televisieprogramma's (Swiebertje, Ja Zuster nee Zuster e.d.)
- Dia's of films over vroegere (positieve) gebeurtenissen bekijken

Verder kunnen op de afdeling of in het gebouw foto's of andere afbeeldingen van vroeger opgehangen worden (bijvoorbeeld foto's van hoe vroeger de betreffende stad eruit zag). Je kunt daar dan met de bewoner langslopen en een gesprek over op gang brengen.

Over reminiscentie zijn verschillende (hand)boeken verschenen, waarin je meer tips en interventies vindt (Bijvoorbeeld: Reminiscentie. Een handleiding voor de praktijk, van H. Buijssen en K. Poppelaars. Uitgever: Intro, Baarn, 1997).

### ➤ **Interventies in de vorm van bewegen**

Ook interventies waarbij de bewoner extra lichaamsbeweging krijgt, zijn soms zinvol om bijvoorbeeld geagiteerd of somber gedrag te verminderen

Bij dit soort interventies geldt eveneens dat het een middel kan zijn om contact met de bewoner te maken; het gaat niet alleen om het bewegen op zich.

Stem ook hierbij je keuze af op de voorkeuren, de mogelijkheden en beperkingen van de bewoner. Mogelijke activiteiten waarbij sprake is van extra bewegen:

- Samen wandelen. Bijvoorbeeld door de tuin.
- Gymnastiekoefeningen zittend of staand. Bijvoorbeeld arm- en beenoefeningen.
- Balspel zittend of staand. Bijvoorbeeld overgooien.
- Samen dansen.
- Samen tuinieren. Bijvoorbeeld bladeren harken.
- Samen huishoudelijke taken uitvoeren, zoals stofzuigen.

Meer informatie over hoe je bewegingsinterventies kunt toepassen bij mensen met dementie, vind je bijvoorbeeld in: Richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden 'Het verminderen van agitatie bij dementerende ouderen' (Hogeschool Inholland/Geriant, 2007).<sup>1</sup>



### Hoofdpunten

1. Stap 3 van het protocol bestaat uit het uitproberen van comfort interventies. Het gaat daarbij vaak om handelingen die goed in te passen zijn in het dagelijkse werk. Soms moeten er ook andere zorgverleners, familieleden of vrijwilligers bij betrokken worden.
2. Probeer ten minste drie niet-farmacologische interventies uit (pas die geleidelijk in iemands dagschema in). Pas als duidelijk is dat deze niet het gewenst effect opleveren, ga je over naar stap 4 van het protocol.
3. Maak gebruik van de multidisciplinaire overlegmomenten die in jou instelling bestaan.



### Casus

*Meneer Adelaar heeft iedere dag zeker op twee momenten `betekenisvol` contact met een zorgverlener of familielid, bij zijn dagelijkse activiteiten is er een goede balans tussen stimuleren en rust geven en alle storende omgevingsprikkels zijn zo veel mogelijk weggenomen. Er zijn geen lichamelijke problemen gevonden. Toch is meneer Adelaar vandaag weer onrustig en hij roept dat hij naar huis wil. Je geeft wat wasgoed dat je samen met hem opvouwt. Dit lijkt hem wel een paar minuten wat rustiger te maken, maar dan begint hij toch weer te roepen dat hij naar huis en naar zijn vrouw wil. Je praat een poosje met hem op een vriendelijke en geruststellende toon. Dit helpt, maar zodra je weggaat begint het roepen opnieuw. Je weet dat meneer Adelaar vroeger een tijd als hovenier heeft gewerkt. Je overlegt met één van de vrijwilligers op je afdeling en stelt voor dat zij die middag samen met meneer een uurtje gaat "werken" in de tuin; wat bladeren harken, plantjes wat extra water geven etc. Wanneer de vrijwilligster meneer na dat uurtje in de tuin terugbrengt, oogt hij opgewekt. Het roepgedrag komt die dag niet meer terug.*

### Reflectie op de casus

Meneer Adelaar heeft duidelijk baat gehad bij het één-op-één contact met jou en met de vrijwilligster. Het duurde even voordat je uitvond wat hem rustiger maakt, maar nu lijkt je toch iets gevonden te hebben. Dit is een voorbeeld van een voor meneer Adelaar geschikte niet-farmacologische interventie en ook van goede samenwerking tussen een professional en een vrijwilliger.



### **Werkwijze comfort interventies:**

1. Verplaats je in de belevingswereld van de bewoner. Gebruik zoveel mogelijk informatiebronnen. Zo nodig kun je gebruik maken van het levensloopformulier en het overzicht van belangstelling en voorkeuren: vroeger en nu (bijlage 2). Gebruik ook het dagritmeoverzicht van stap 2 als informatiebron.
2. Is er al een belevingsgericht benaderingsplan: evalueer dit dan zorgvuldig met alle betrokken disciplines, de bewoner en diens vertegenwoordiger.
3. Benoem het doel dat je wilt bereiken en kies een aantal comfort interventies (ongeveer 3) waarvan je verwacht dat ze positieve uitwerking hebben op het gedrag en de stemming van de bewoner. Denk hierbij aan zintuigactivering; reminiscentie en bewegen.
4. Schrijf de gekozen comfort interventies op. Je kunt daarvoor het formulier 'comfort interventies' gebruiken, behorend bij werkblad 3 van STA OP!. Je geeft bij iedere interventie aan: wie, wanneer en waar. Kies er niet teveel. Je kunt variëren met activiteiten die weinig tijd kosten en die wat meer tijd kosten. Denk ook aan benadering en interventies die je tijdens de ADL kunt doen.
5. Schakel familie en bekenden van de bewoner in en maak gebruik van vrijwilligers.
6. Observeer en rapporteer zorgvuldig: maak waar dat kan gebruik van het formulier 'comfort interventies' behorend bij werkblad 3.
7. Maak afspraken over de observatie en de rapportage over de reacties van de bewoner.
8. Evalueer het plan en stel het zo nodig bij: werkt een activiteit of benadering niet, kies dan een andere.
9. Vul werkblad 3 helemaal in.
10. Levert deze stap onvoldoende verandering op, ga dan over naar stap 4.

## Werkblad bij stap 3 – Comfort interventie(s)

Naam cliënt: .....

Datum & Tijdstip beoordeling: .....

**Suggesties voor Comfort Interventies:** (bladzijde 45-48 van je handboek)

- Zintuigactivering (Snoezelen):** o.a. muziek luisteren, tastprikkelers aanbieden, masseer handen/voeten, zeep laten ruiken voordat bewoner gewassen wordt, kijk samen een tijdschrift of plaatjesboek in.
- Reminiscentie:** o.a. boeken van vroeger inkijken, liedjes zingen die belangrijk waren voor bewoner, ouderwetse lekkernij bij koffie aanbieden.
- Bewegen:** o.a. balspel, tuinieren, wandelen, samen huishoudelijke taken uitvoeren.

### **Beschrijf op de volgende bladzijde in de tabel (proefbehandelingen):**

1. Welke (nieuwe) comfort behandelingen om het gedrag te verbeteren zijn uitgeprobeerd? En wat was het effect?
2. Beschrijf door Wie, Waar, Wanneer (op welke tijdstippen) en Hoe vaak de interventie is uitgevoerd.

Keuzemoment Stap 3:

**Was Stap 3 volgens jou (en je collega's) voldoende effectief in het veranderen van:**  
(denk terug aan het beschreven probleem)

- Het onbegrepen gedrag : Ja / Nee
- Pijn : Ja / Nee
- Anders, namelijk.....

Indien 'volledig ja' geantwoord kan worden: sluit STA OP af en vul het overzichtswerkblad in.

- De interventie is opgenomen in het cliëntdossier.  
Datum..... vermeld onder.....
- Nee. Probeer een andere, nieuwe interventie uit óf ga verder naar Stap 4 (proefbehandeling pijnmedicatie) als er minimaal 3 interventies geprobeerd zijn.**

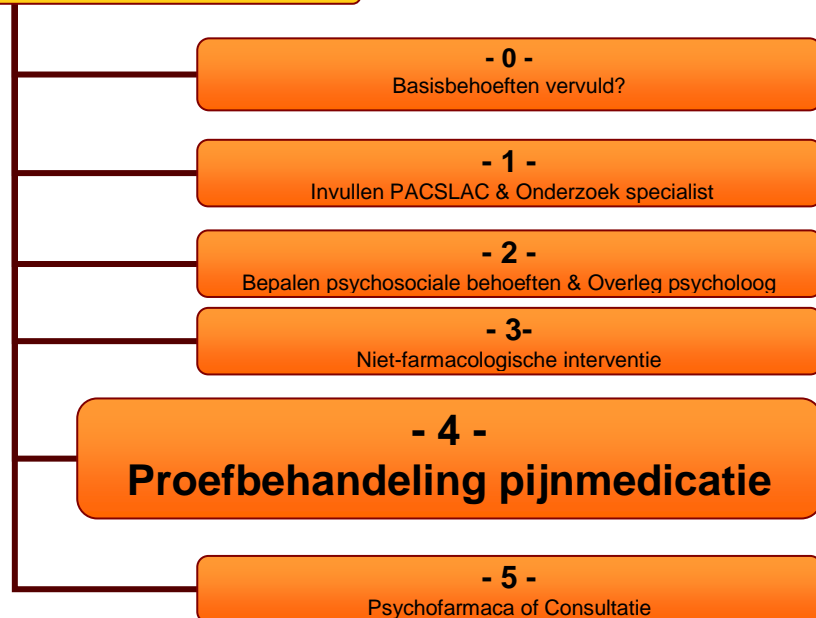
**Comfortinterventie(s), vervolg blz. 51 (minimaal 3 aanbevolen)**

<b>Welke interventie</b>	<b>Wie ? (functie)</b>	<b>Welk(e) tijdstip(pen)</b>	<b>Wat was het effect?</b>	<b>Hoe vaak ?</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				



## Stap 4. Proefbehandeling pijnstillende medicatie (verzorgenden)

### Gedragsverandering opmerken !



Als comfort interventies niet hebben geholpen in het veranderen van het gedrag, wordt aanbevolen naar de volgende stap van STA OP! te gaan, de proefbehandeling met pijnstillers. Een belangrijke overweging om nu pijnstillers voor te schrijven is dat over het algemeen pijn slecht herkend en matig behandeld wordt bij mensen met een dementie (zie ook eerder in dit boek).

1. Als de bewoner geen pijnstillers op vaste tijdstippen ontvangt, maar wel een "zo nodig" recept heeft, kan na overleg met de specialist ouderengeneeskunde de pijnstiller op vaste tijden worden gegeven.
2. Dan moet geobserveerd worden wat het effect hiervan is op het gedrag.
3. Indien dit effectief is, is het aan te raden het voor wat langere tijd op vaste tijden af te spreken.
4. Als de bewoner al wel pijnstillers op vaste tijden krijgt, is er overleg nodig met de specialist ouderengeneeskunde over het eventueel ophogen van de dosis of een sterkere pijnstiller (zie hoofdstuk over pijnstillende medicatie).



## Casus

*Het kalmerende effect van het tuinieren op de heer Adelaar heeft niet zo lang geduurd als je gehoopt had. Hij valt weer terug in zijn roepgedrag "Help me!, Help me!" Je weet dat er geen aanwijzingen zijn gevonden voor een pijnlijke aandoening, de balans tussen rustgevendende en stimulerende activiteiten is goed, hij heeft vandaag al meerdere keren betekenisvol sociaal contact gehad, en de omgeving is ook niet stressvol. Omdat niet-farmacologische maatregelen geen effect hebben gehad, is het nu tijd voor een proefbehandeling met pijnstillers. De heer Adelaar kreeg al Paracetamol 500 mg 2 maal daags, en er is een recept voor Paracetamol 500 mg zo nodig 6 maal daags. Je overlegt met de specialist ouderengeneeskunde, en deze stelt voor om eenmalig 50 mg Diclofenac te geven. Een uur later is de heer Adelaar actief betrokken bij het koekjes bakken in de huiskamer. In overleg met de specialist ouderengeneeskunde wordt de Diclofenac die avond ook voor het naar bed gaan gegeven. De volgende morgen blijkt dat de heer Adelaar goed geslapen heeft, en niet geroepen. Na overleg met de specialist ouderengeneeskunde wordt de paracetamol op vaste tijden 4 maal daags 1000 mg gegeven, en Diclofenac om 7 uur en voor het slapen. Ook komt er een recept voor*

### Reflectie op casus

De heer Adelaar reageerde goed op de Diclofenac, zodat er aanleiding was om een goede vaste pijnbehandeling af te spreken. In dit geval was dat paracetamol 4 maal daags 1000 mg met daarbij twee maal daags Diclofenac. Het is belangrijk om te beseffen dat door de verzorgende het gedrag als mogelijke pijn is opgemerkt, ook al waren er bij lichamelijk onderzoek geen specifieke aandoeningen gevonden. Het feit dat hij zijn normale activiteiten weer kon oppakken na verandering van de voorgeschreven pijnmedicatie zonder agitatie en roepgedrag, wijst erop dat hij pijn had. Zonder de oplettendheid van de verzorging zou de heer Adelaar nu nog steeds pijn hebben, zich onprettig voelen, en geagiteerd zijn.

Als het effect niet zo fantastisch is als hierboven, dan moet er een afweging gemaakt worden:

1. **Overleg** met de specialist ouderengeneeskunde **over dosis of soort medicament, óf**
2. Het kan zijn dat er over gestapt moet worden naar de **laatste stap: consultatie of psychofarmaca.**





### Hoofdpunten proefbehandeling pijnstillende medicatie

1. Pijnstillende medicatie wordt toegediend als stap 4 van STA OP! als de voorgaande stappen niet hebben geresulteerd in verbetering van het bewuste gedrag.
2. Pijnstillers kunnen worden geprobeerd, en het effect ervan geobserveerd. Het op vaste tijden voorschrijven is bij effectiviteit van deze proef een gewenste stap.
3. Bij een matig effect van pijnstillers moet er tussen de verzorging en specialist ouderengeneeskunde worden overlegd of dosis of medicijn kan worden aangepast, of moet worden overgegaan naar stap 5
4. Als het gedrag blijft bestaan ondanks pijnstillers ga je naar stap 5.
5. Richtlijnen voor pijnbehandeling voor specialist ouderengeneeskunde staan in bijlage 4.

*“ Ik had een bewoner in de laatste fase van dementie, hij reageerde niet meer op aanspreken of aanraken. Maar als hij bij de verzorging werd gedraaid begon hij te schreeuwen en kreunen. Er zijn zelfs röntgenfoto's gemaakt, maar hij had nergens een fractuur. We zijn gestart met goede pijnstilling, en na de tweede dosis konden we hem zonder probleem draaien, zonder te kreunen en zonder grimassen. De tweede dag was hij in de avond zelfs uit bed, in zijn rolstoel. Het wonder van de pijnstilling! Hielp hem echt fantastisch!”*

-verzorgende in het verpleeghuis



Uit: Kovach CR, Griffie J, Muchka S, Noonan PE, Weissman DE. Nurses perceptions of pain assessment and treatment in the cognitively impaired. Clinical nurse specialist. 2000; 14 (5):215-220



## Werkblad stap 4 – Proefbehandeling pijnstillende medicatie



Naam cliënt: .....

Datum & Tijdstip beoordeling: .....


Geef een pijnstiller om te proberen het gedrag te verbeteren (meerdere medicijnen mogelijk)

Medicijn (1):	Dosis toegediend:	Effectief? Ja / Nee
-	-	
	-	
	-	
Als niet effectief, 		Dosisverandering of andere pijnstiller nodig? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (kruis aan): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Dosisverandering</li> <li><input type="radio"/> Ander medicijn</li> </ul>

Medicijn (2):	Dosis toegediend:	Effectief? Ja / Nee
-	-	
	-	
	-	
Als niet effectief, 		Dosisverandering of andere pijnstiller nodig? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (kruis aan): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Dosisverandering</li> <li><input type="radio"/> Ander medicijn</li> </ul>

Medicijn (3):	Dosis toegediend:	Effectief? Ja / Nee
-	-	
	-	
	-	
Als niet effectief, 		Dosisverandering of andere pijnstiller nodig? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (kruis aan): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Dosisverandering</li> <li><input type="radio"/> Ander medicijn</li> </ul>



Medicijn (4):	Dosis toegediend:	Effectief? Ja / Nee
-	-	
	-	
	-	
Als niet effectief, 		Dosisverandering of andere pijnstiller nodig? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (kruis aan): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Dosisverandering</li> <li><input type="radio"/> Ander medicijn</li> </ul>

Was **Stap 4** volgens jou (en je collega's) voldoende effectief in het veranderen van:  
 (denk terug aan het beschreven probleem)

- Het onbegrepen gedrag : Ja / Nee
- Pijn : Ja / Nee
- Anders, namelijk.....

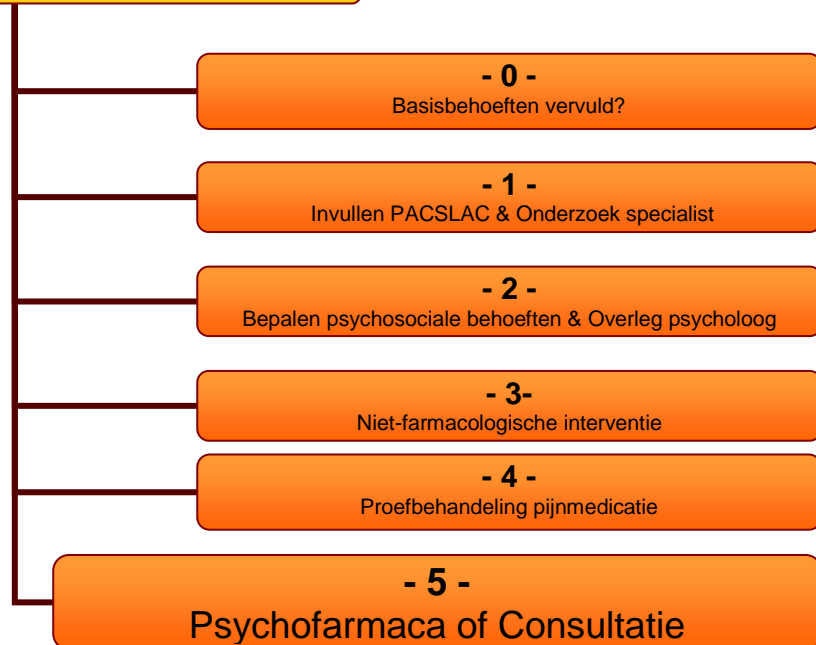
Indien 'volledig ja' geantwoord kan worden: sluit STA OP af en vul het overzichtswerkblad in.

- De interventie is opgenomen in het cliëntdossier.  
Datum..... vermeld onder.....
- Nee. Probeer een andere pijnstiller of een andere dosis uit óf ga verder naar **Stap 5** (proefbehandeling psychofarmaca of consultatie) als stap 4 niet effectief genoeg was.**



## Stap 5: Psychofarmaca & Consultatie (voor verzorgenden)

### Gedragverandering opmerken !



Als stappen 1–4 van het protocol geprobeerd zijn, maar niet succesvol waren in het corrigeren van het gedrag is de volgende stap het overwegen van psychofarmaca.

De volgende richtlijnen helpen verzorgende om in het overleg met de arts hierover goed beslagen ten ijs te komen:

- **Wees zo simpel mogelijk**

Maak het verhaal niet te wijdlopig. Blijf bij de feiten van het gedrag, beschrijf wat je ziet en wat er gebeurt. Interpreteer niet te veel.

- **Wees zo helder mogelijk**

Zorg dat je de resultaten van eerdere onderzoeken en behandelingen helder voor je hebt, blijf bij het gedrag en de feiten, generaliseer niet, geef niet te veel je persoonlijke mening

- **Timing is belangrijk**

Wacht niet tot vrijdag eind van de middag of tot het weekend om over dit gedrag te spreken. Dienstdoende artsen zijn minder op de hoogte van deze bewoner dan de eigen arts. Probeer ook te overleggen als je zelf daarvoor voldoende tijd hebt– als je staat te popelen om nog medicijnen te gaan delen, is de kans groot dat je er niet je hele aandacht bij hebt.

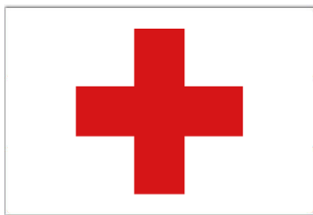
- **Wees geloofwaardig**

Hoe kun je dat doen? Zorg dat je voldoende informatie hebt, en breng die zo helder mogelijk over op de arts, focus op wat al is gedaan en wat jij nu denkt dat belangrijk is.

Het gebruik van psychofarmaca is de laatste strohalm! Het mag niet gebruikt worden om gedrag te controleren omdat dit voor het team prettiger is. Bij psychofarmaca hebben we het over antidepressiva (bijvoorbeeld Cipramil), antipsychotica (bijv. Risperdal) en middelen tegen angst (bijv. Oxazepam). Met name het gebruik van antipsychotica kan vervelende bijwerkingen opleveren, als het in hogere doseringen of langdurig gebruikt wordt. In het toezicht dat de Inspectie voert over de kwaliteit van een verpleeghuis wordt dan ook terecht met name op overmatig gebruik van antipsychotica gelet.

*“Ik denk dat morfine heel goed werkt bij ernstige artrose, maar veel artsen willen dat niet zo maar voorschrijven. Een van mijn bewoners was ernstig gehandicapt door reuma, en voor haar werkte het fantastisch. Nadat de morfine was gestart ging ze weer naar activiteiten, en nam haar ‘gewone’ leven weer op.”*

-verzorgende in het verpleeghuis



Uit: Kovach CR, Griffie J, Muchka S, Noonan PE, Weissman DE. Nurses perceptions of pain assessment and treatment in the cognitively impaired. Clinical nurse specialist. 2000; 14 (5):215-220



### Casus

*Nadat het een paar maanden goed is gegaan met de heer Adelaar, begint hij zich terug te trekken. Hij wil niet uit bed komen, neemt geen deel aan activiteiten, wil niet eten, kijkt je niet aan als je hem aanspreekt, en wordt magerder. Als je hem benadert wil hij niet verzorgd of aangekleed worden, wordt agressief, roept: “laat me alleen” als je hem zelfs maar aanraakt.*

*De specialist ouderengeneeskunde vindt geen aanwijzingen voor eventuele oorzaken, er is een goede pijnbehandeling afgesproken, de balans in activerende en stimulerende activiteiten lijkt in orde, regelmatig heeft hij de gelegenheid voor betekenisvol sociaal contact, en er zijn ook geen stress-bronnen in de omgeving. Ook de familie is het terugtrek-gedrag van hem opgevallen, en als gevolg daarvan komen zij ook minder.*

*De specialist ouderengeneeskunde en psycholoog denken aan een depressie, en er wordt een behandeling gestart (Cipramil 1 dd 10 mg, na 2 weken 20 mg). Tegelijkertijd wordt hij door vaste verzorgende vriendelijk verzorgd. Na een week of 4 gaat hij weer meer eten, geniet van kleine wandelingen, socialiseert weer en lacht zelfs weer.*

### Reflectie op casus

Het terugtrekgedrag van de heer Adelaar is geduid als het gevolg van een depressie, maar pas na goed onderzoek, waarbij alle andere oorzaken voor zijn gedrag zijn uitgesloten. Psychofarmaca kunnen dan een volgende stap zijn, als al het andere heeft gefaald.



Depressie komt veel voor bij ouderen, en symptomen worden vaak gemist, omdat ze worden toegeschreven aan andere aandoeningen zoals dementie. Daarom wordt ook depressie vaak niet goed herkend en behandeld. Behandeling van depressie is belangrijk omdat het ook de uitkomsten van andere ziekten kan beïnvloeden.

Het observeren van het effect en de bijwerkingen zijn nodig om het gebruik te evalueren. Indien nodig kan te zijner tijd het gebruik weer gestaakt worden.

### ***Consultatie***

De specialist ouderengeneeskunde kan besluiten om een psychiater, of andere externe deskundige te raadplegen. Met name als de problematiek ernstiger is, bijvoorbeeld doordat er meerdere psychiatrische afwijkingen tegelijkertijd aanwezig zijn, kan een psychiatrisch consult zinvol zijn. In extreme situaties wordt een bewoner wel eens tijdelijk op een geronto-psychiatrische afdeling van het psychiatrisch ziekenhuis opgenomen, om een behandelplan op te stellen en als time-out voor de verpleeghuisafdeling. Vanzelfsprekend worden deze afwegingen bepaald door de individuele omstandigheden van bewoner en team.



#### **Hoofdpunten psychofarmaca**

1. Het overwegen om psychofarmaca te geven is de laatste stap, als alle andere maatregelen geprobeerd zijn, maar gefaald hebben.
2. Als het gedrag eenmaal gecontroleerd is, moet afbouwen of stoppen van de medicatie worden overwogen.
3. Voor het gebruik van psychofarmaca kan de specialist ouderengeneeskunde een richtlijn vinden in bijlage 2.





## Werkblad stap 5 – Psychofarmaca & Consultatie



Naam cliënt: .....

Datum & Tijdstip beoordeling: .....


Overleg/consultatie met:	Effectief? Ja / Nee
1.	
2.	
3.	


Voorgeschreven psychofarmaca (meerdere medicijnen en doseringen mogelijk)

Medicijn (1):	Dosis toegediend:	Effectief? Ja / Nee
-	-	
Als niet effectief, 		Dosisverandering of andere psychofarmaca nodig? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (kruis aan): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Dosisverandering</li> <li><input type="radio"/> Ander medicijn</li> </ul>

Medicijn (2):	Dosis toegediend:	Effectief? Ja / Nee
-	-	
Als niet effectief, 		Dosisverandering of andere psychofarmaca nodig? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (kruis aan): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Dosisverandering</li> <li><input type="radio"/> Ander medicijn</li> </ul>



Medicijn (3):	Dosis toegediend:	Effectief? Ja / Nee
-	-	
	-	
	-	
Als niet effectief, 		Dosisverandering of andere psychofarmaca nodig? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (kruis aan): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Dosisverandering</li> <li><input type="radio"/> Ander medicijn</li> </ul>

Medicijn (4):	Dosis toegediend:	Effectief? Ja / Nee
-	-	
	-	
	-	
Als niet effectief, 		Dosisverandering of andere psychofarmaca nodig? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (kruis aan): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Dosisverandering</li> <li><input type="radio"/> Ander medicijn</li> </ul>

Was **Stap 5** volgens jou (en je collega's) voldoende effectief in het veranderen van:  
 (denk terug aan het beschreven probleem)

- Het onbegrepen gedrag : Ja / Nee
- Pijn : Ja / Nee
- Anders, namelijk.....

*Indien 'volledig ja' geantwoord kan worden: sluit STA OP af en vul het overzichtswerkblad in.*

- De interventie is opgenomen in het cliëntdossier.  
Datum..... vermeld onder.....
- Nee. Raadpleeg (eventueel) een andere externe deskundige óf ga opnieuw naar Stap 0.

## BIJLAGEN

### ***Bijlage 1: Farmacotherapeutische behandeling van pijn voor specialisten ouderengeneeskunde***

(Gebaseerd op de Farmacotherapeutische richtlijn Pijnbestrijding, NHG, 2007)



Medicamenteuze pijnbestrijding vindt plaats volgens de volgende basisprincipes:

- Begin met een eenvoudig analgeticum en geef alleen zo nodig een sterker middel.
- Kies bij acute pijn voor een snelwerkend middel en bij chronische pijn voor een lang werkend middel.
- Stel de dosering in op geleide van de pijn, *start low, go slow*, en evalueer het effect regelmatig (per dag).
- Doseer bij continue pijn voldoende hoog en op vaste tijden; geef voor de nacht zo nodig een hogere dosis. Zorg voor pijnstilling *'de klok rond'*.
- Geef bij voorkeur medicatie per os.

#### **Stap 1a. Paracetamol**

Paracetamol is het middel van eerste keus. Aanbevolen maximumdoseringen: Voor kortdurende pijnbestrijding (maximaal een maand): 4 gram per dag. Bij langdurig gebruik: 2 gram per dag, ook bij creatinineklaring 60–90 ml/min maximaal 4 dd 500mg. Bij een klaring van 20–60 ml/min max. 3dd 500mg

#### **Stap 1b. NSAID**

Geef een NSAID bij onvoldoende effect van stap 1a of wanneer naast een analgetisch effect ook een anti-inflammatoir effect gewenst is (of bij pijn door botmetastasen). De voorkeur gaat uit naar ibuprofen en diclofenac gezien de relatief geringere bijwerkingen op het maag-darmkanaal.

Bij ouderen is extra voorzichtigheid bij het gebruik van NSAID's op zijn plaats. Langdurig gebruik van NSAID's moet bij patiënten ouder dan 75 jaar worden ontraden. Eventueel kan voor adequate pijnstilling een NSAID (met het oog op het lager houden van de dosering hiervan) met paracetamol worden gecombineerd. Preventieve maatregelen om gastrointestinale bijwerkingen te voorkomen zijn noodzakelijk bij:

- leeftijd boven de 70 jaar;
- een ulcus pepticum of complicaties daarvan in de voorgeschiedenis.

Een preventieve maatregel moet worden overwogen als er sprake is van:

- leeftijd tussen de 60 en 70 jaar;
- ernstige comorbiditeit, zoals invaliderende reuma, ernstig hartfalen en diabetes mellitus;
- noodzakelijk langdurig gebruik van een hoge dosering van een NSAID;
- gelijktijdig gebruik van acetylsalicylzuur, anticoagulantia, corticosteroiden of een SSRI.

(Meerdere factoren tegelijk geven cumulatief een hoger risico.)



Preventieve maatregelen zijn:

Toevoeging van misoprostol (liefst in één tablet) of toevoeging van een protonpompremmer (in standaarddosering).

NB 1: Het gebruik van NSAID's wordt ontraden voor patiënten met ernstige nierfunctie-stoornissen, en kan een decompensatio cordis uitlokken, zeker als er ook een ACE-remmer wordt gebruikt!! Let ook op interactie met coumarines!

NB 2: Het kan de moeite waard zijn om nog een andere NSAID te kiezen alvorens naar een volgende stap te gaan.

**Stap 2. Overstappen op of toevoegen van een zwakwerkende opiaatagonist**

Deze stap heeft slechts een beperkt effect, met name bij ouderen die gevoeliger zijn voor de bijwerkingen van codeïne en tramadol. Het kan echter bij chronische pijn soms toch nog wel een positief effect hebben. Bij voorkeur insluipend doseren: 50-100 mg 2-4dd. Daarna 2 dd 100 tot 200 mg (als slow release preparaat). Het kan zinvol zijn om het analgeticum uit stap 1, mits dit verdragen wordt, te handhaven vanwege het synergistische effect. Tramadol heeft een interactie met SSRI's, zodat er ook een verhoogd risico is op het serotoninesyndroom.

**Stap 3. Overstappen op of toevoegen van een sterkwerkende opiaatagonist**

Geef als de pijnstilling nog onvoldoende is een sterkwerkend opiaatagonist: morfine. Het kan zinvol zijn om het analgeticum uit stap 1, mits dit verdragen wordt, te handhaven vanwege het synergistisch effect. Start direct met 2 dd een tablet met gereguleerde afgifte of eventueel met een fentanylpleister eenmaal per 3 dagen. Aandachtspunten:

- Houd bij ouderen rekening met een grotere gevoeligheid voor bijwerkingen: start met halve dosering.
- Voeg bij de start van de behandeling direct een osmotisch werkend laxans (bijvoorbeeld lactulose 1 dd 30 ml, MgO of Movicolon) toe; eventueel in combinatie met een contactlaxans (bijvoorbeeld sennosidenstroop 1 dd 10 ml).
- Voeg bij misselijkheid in het begin van de behandeling metoclopramide toe: 2 tot 3 dd 1 zetpil 20 mg, of 3 - 4 dd 10 mg oraal; alternatief Haloperidol of 1 van beide in combinatie met dexamethason, evt. levomepromazine). Vermijd gelijktijdig gebruik van haldol en metoclopramide.
- Geef bij verwardheid bij de behandeling met opiaten haloperidol (2 - 3 dd 0,5-1mg max. 5 mg), of doe aan opioïd-rotatie.
- **Ophogen** van opiaat medicatie en **doorbraakpijn**:
  - Geef bij doorbraakpijn  $1/6 = +/-15%$  van de dagdosering
  - Hoog de dosering met maximaal de helft van de vorige dagdosering op

Tabel 1: **Equi-analgetische dosis van een aantal opioïden**

Opioïd	Equi-analgetische dosis parenteraal	Ratio i.v.-oraal	Equi-analgetische dosis oraal	Opmerkingen
Buprenorfine	0,3-0,6 mg	1:1,3 (i.v.: sublinguaal)	0,4 mg sublinguaal	
Codeïne dextromoramide		1:1,5	120 mg 5-10 mg	obsoleet op grond van bijwerkingen
dextropropoxyfeen			300-450 mg	

Opioid	Equi-analgetische dosis parenteraal	Ratio i.v.-oraal	Equi-analgetische dosis oraal	Opmerkingen
fentanyl	0,1 mg	empirisch i.v.: transdermaal = 7:10		90 mg/dag (volgens sommige bronnen 60 mg/dag) oraal morphine komt ongeveer overeen met pleister 25 µg/uur
hydromorfon		1:3	4-8 mg	
methadon	5 mg*	1:2	5 mg*	* bij hoge dagdosis (> 30 mg i.v.) morphine 1,5-3 mg
morphine	10 mg i.m./i.v. 2 mg epiduraal 0,2 mg intrathecaal	1:2 of 1:3	20 mg, retard 30 mg	orale dosis = rectale dosis
oxycodon		3:4	13,4-30 mg	
pethidine	75-100 mg	1:3	225-300 mg	
pentazocine	45-60 mg	1:4	180-240 mg	
tramadol	100 mg	1:1 of 1:1,5	100-150 mg	

Bron: farmacotherapeutisch kompas

N.B.

- Het verdient aanbeveling om bij het overschakelen van transdermaal fentanyl naar oraal morfine een voorzigtiger schema aan te houden i.v.m. het risico op overdosering. Oraal morfine kan snel bijgestuurd worden in de vorm van een extra gift kortwerkend morfine. (morfinedrank, Oxynorm of fentanyl vloeistof). Omdat er onvolledige kruistolerantie bestaat tussen de verschillende opioïden, kan het bij onvoldoende pijnstilling in combinatie met hinderlijke bijwerkingen zinvol zijn van morfinepreparaat te wisselen. Dit wordt 'opioïd rotatie' of 'opioïd switching' genoemd en kan leiden tot minder ervaren bijwerkingen.
- De eenvoudigste vorm hiervan is het overgaan van een slow-release-morfinetablet naar de fentanylpleister of omgekeerd. Indien er nierfunctiestoornissen zijn is fentanyl aan te bevelen omdat deze niet renaal wordt geklaard. Of oxycodon omdat het minder bijwerkingen zou geven. Houd anders rekening met lagere doseringen.
- Morfine kan ook lokaal op ulcera worden gebruikt, overleg hiervoor met apotheker.

### Koliepijn

#### Stap 1. NSAID

Omdat koliepijn (door nier- of galstenen) vaak samengaat met misselijkheid, vindt toediening bij voorkeur niet oraal plaats. Geef diclofenac supp 100 mg of i.m. 75 mg. (De pijn vermindert bij rectale toediening na 1/2 tot 1 uur; bij i.m.-injectie na 15 tot 20 minuten. Schrijf nog extra zepillen voor in verband met mogelijke recidieven

## Stap 2. Morfine-injectie

Alleen aanbevolen bij onvoldoende effect of bij een contra-indicatie voor een NSAID (geef 10 mg i.m.).

## Neuropathische pijn

### Stap 1. Tricyclisch antidepressivum (TCA)

Amitriptyline (of imipramine): start bij ouderen met 10 mg voor de nacht; zo nodig ophogen met 10–25 mg per 2 dagen tot maximaal 100–150 mg per dag; verhoog de dosis bij hinderlijke bijwerkingen langzamer. **Pas met name op voor delier en blaasretentie!!** Nortryptiline geeft veel minder anticholinergische bijwerkingen, maar is minder goed onderzocht voor deze indicatie. Er zijn echter weinig redenen om te denken dat amitriptyline effectiever is. Zeker bij al cognitief beperkte ouderen geniet Nortryptiline daarom toch de voorkeur!

### Stap 2. Anti-epilepticum

Geef bij onvoldoende effect of ongewenste bijwerkingen of als een TCA gecontra-indiceerd is, een anti-epilepticum, met name carbamazepine. Start met 2 dd 100 mg; verhoog bij onvoldoende effect wekelijks de dosering met 100 mg/dosis tot maximaal 4 dd 200 mg. Bij voldoende resultaat kan de dosering daarna worden verminderd tot een zo laag mogelijke onderhoudsdosering. Carbamazepine heeft wel veel interacties (enzyminductie via het CYP-systeem)

Bij nog onvoldoende resultaat is overleg met een neuroloog aangewezen. Er zijn nog andere medicamenten die mogelijk effectief zijn, zoals opioïden, gabapentin, pregabaline, tramadol etc.

Ook combinaties van verschillende middelen kunnen effectief zijn.

*Langdurig gebruik van opioïdanalgetica heeft een lager risico op levensbedreigende bijwerkingen dan langdurig en dagelijks gebruik van hoge dosis niet-selectieve NSAID's*  
(statement American Geriatric Society)

## ***Bijlage 2: Behandeling van probleemgedrag met psychofarmaca voor specialisten ouderengeneeskunde***

Gebaseerd op de NVVA richtlijn probleemgedrag, Utrecht 2008

Psychofarmaca worden gebruikt als andere, fysieke, omgevings of sociale oorzaken voor gedragsuitingen uitgesloten zijn en non-farmacologische interventies niet effectief gebleken zijn. Psychofarmaca zijn **antidepressiva**, **anxiolytica** (sederend of hypnotisch effect) en **antipsychotica**.

Het voorschrijven van psychofarmaca kan nooit een alternatief zijn voor psychosociale begeleiding. In een aantal gevallen kan het probleemgedrag echter (mede) verklaard worden vanuit aanwezigheid van een psychiatrische aandoening. In deze gevallen kan behandeling met psychofarmaca een zinvolle bijdrage zijn aan de behandeling van dat probleemgedrag. De behandeling met psychofarmaca richt zich in deze gevallen op de behandeling van de betreffende psychiatrische aandoening.

Dementie is hierbij een belangrijke uitzondering. Bij dit psychiatrisch syndroom is voor een aantal vormen van probleemgedrag (hallucinaties/wanen, geagiteerd/agressief gedrag, angstig gedrag) het effect van behandeling met psychofarmaca op deze vormen van probleemgedrag onderzocht (en niet op de dementie als zodanig).

Ook de persoonlijkheidsstoornissen nemen een bijzondere positie in. Bij deze stoornissen, waarbij vaak sprake is van psychiatrische co-morbiditeit (as-1 stoornissen uit de DSM-IV classificatie), is het effect van psychofarmaca vooral onderzocht op symptoomclusters. Hierbij blijft vaak onduidelijk in hoeverre die symptoomclusters veroorzaakt zijn door de persoonlijkheidsstoornis dan wel door de gelijktijdig aanwezige as-1 stoornissen.

Voor een goed onderbouwde behandeling van probleemgedrag met psychofarmaca is daarom attributie van het probleemgedrag aan een psychiatrische aandoening nodig. In schema 1 wordt een systematiek voor deze attributie aangegeven. Bij differentiaaldiagnostische problemen consulteert de specialist ouderengeneeskunde / sociaal geriater een op dit gebied deskundige specialist.

### **Schema 1: attributie van probleemgedrag aan psychiatrische aandoeningen**

**Kan het probleemgedrag verklaard worden uit aanwezigheid van een psychiatrische aandoening?**

- a. Vanuit een delier?
- b. Vanuit een psychotische stoornis?
- c. Vanuit een depressie of angststoornis?
- d. Vanuit een slaapstoornis?
- e. Kan het probleemgedrag verklaard worden vanuit aanwezigheid van een dementie?
- f. Kan het probleemgedrag verklaard worden vanuit aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis?

## Schematisch overzicht medicatieadviezen bij probleemgedrag verklaard vanuit delier, psychotische stoornis, depressie, angststoornis of slaapstoornis

Psychiatrische aandoening	Middel	Dosering	Opmerkingen
a. Delier	haloperidol	Startdosering 1 dd 0,5 mg p.o.; ophogen à 1 uur op geleide van symptomen; streefdosering: laagst werkzame dosis; maximumdosering 10mg. Indien snelle werking vereist is: 2,5–5 mg i.m/s.c.	Medicatie voor delier <u>afbouwen/stoppen</u> als de patiënt 1 week symptoomvrij is.
	lorazepam	0,5 – 2 mg (p.o.; i.m.; i.v.) als met haloperidol onvoldoende sedatie wordt bereikt.	
	clozapine	startdosering 1 dd 6,25 mg p.o.; streefdosering: laagst werkzame dosis; maximumdosering: 50 mg.	Bij <u>parkinsonisme</u> kan voor clozapine gekozen worden. Controle van leucocytental is dan noodzakelijk.
b. Psychotische stoornis	risperidon	Startdosering 0,75 mg/dag p.o.; streefdosering: laagst werkzame dosis; maximumdosering: 3,5 mg/dag.	<u>Therapieduur</u> : 6 maanden (bij <u>schizofrenie</u> : levenslang).
	quetiapine	Startdosering 50 mg/dag p.o.; streefdosering: laagst werkzame dosis; maximumdosering: 300 mg/dag.	
	olanzapine	startdosering 5 mg/dag p.o.; streefdosering: laagst werkzame dosis; maximumdosering: 15 mg/dag.	
c. Depressie	SSRI, of ander modern antidepressivum	Startdosering: helft van dosering bij volwassenen; ophogen tot bij volwassenen gebruikelijke dosering; maximumdosering: als bij volwassenen.	Natrium bepalen voor en na starten. Bij <u>ontbreken van effect na 6 weken</u> : 1e SSRI vervangen door een 2e SSRI of over op nortryptiline ECG maken voor starten. Nortryptiline is 1 <sup>e</sup> keus bij ernstige depressies (psychotisch; suïcidaal; voedselweigering).
	nortryptiline	Startdosering: 1 dd 10–25 mg p.o. (a.n.); in twee weken ophogen tot 50–75 mg; op geleide van effect en spiegel (minimaal 100 microgram/ml) verder ophogen.	<u>Therapieduur antidepressiva</u> : minimaal 12 maanden bij 1 <sup>e</sup> episode; levenslang bij recidief.



---

c. Angststoornis	SSRI, bijvoorbeeld citalopram	Startdosering: 1 dd 10 mg p.o.; streefdosering: 20-30 mg; maximumdosering 60 mg.	Natrium bepalen voor en na starten. <u>Bij ontbreken van effect na 6 weken:</u> 1e SSRI vervangen door een 2e SSRI. <u>Therapie</u> duur na 6-12 maanden proberen SSRI af te bouwen/stoppen. Benzodiazepine alleen incidenteel bij fobische angst door niet te vermijden
	lorazepam	0,5-1 mg p.o. ½-1 uur voor de niet te vermijden stimulus.	angstverwekkende stimuli.
	oxazepam	5-10 mg p.o. ½-1 uur voor de niet te vermijden stimulus.	
d. Slaapstoornis	temazepam	Startdosering 1 dd 10 mg; streefdosering 10 mg; maximumdosering 20 mg.	Slaapmiddelen bij voorkeur <u>intermitterend</u> geven; <u>therapie</u> duur bij continu gebruik: maximaal 2 weken.
	zolpidem	Startdosering 1 dd 5 mg; streefdosering 5 mg; maximumdosering 5 mg.	

---

**e. Probleemgedrag (neuropsychiatrische symptomen) verklaard vanuit aanwezigheid van dementie**

<b>Probleemgedrag bij dementie</b>	<b>Middel</b>	<b>Dosering</b>	<b>Opmerkingen</b>	
<b>Agitatie/agressie</b>	haloperidol	Startdosering 2 dd 0,5 mg p.o.; ophogen op geleide van symptomen tot 3 mg p.o. per dag	<u>Therapieduur:</u> antipsychotica afbouwen/stoppen bij stabiele situatie gedurende 3 maanden. Bij <u>lewy body dementie</u> kunnen quetiapine of olanzapine overwogen worden. <u>Therapieduur</u> bij continu gebruik van benzodiazepinen: maximaal 2-4 weken.	
	risperidon	Startdosering 2 dd 0,5 mg p.o. ophogen op geleide van symptomen tot 3 mg p.o. per dag		
	oxazepam	Zo nodig: 5-10 mg p.o.; bij continu gebruik : 3 dd 5-10 mg p.o		
	lorazepam	Zo nodig: 0,5-1 mg p.o.; indien snelle werking vereist is: 1 mg i.m.; bij continu gebruik : 2 dd 0,5 mg p.o.		
	citalopram	Startdosering 1 dd 10 mg p.o ; ophogen tot maximaal 40 mg per dag op geleide symptomen		Natrium bepalen voor en na starten. <u>Therapieduur:</u> afbouwen/stoppen bij stabiele situatie gedurende 3 maanden. controles conform de behandeling van epilepsie en stemmingsstoornissen
	carbamazepine	dosering conform de behandeling van epilepsie en stemmingsstoornissen		
<b>Hallucinaties/wanen</b>	haloperidol	Startdosering 2 dd 0,5 mg p.o.; ophogen op geleide van symptomen tot 3 mg p.o. per dag	Bij <u>frontotemporale dementie</u> kan trazodon overwogen worden. Startdosering 1 dd 50 mg p.o ; ophogen tot maximaal 300 mg per dag. <u>Therapieduur:</u> antipsychotica afbouwen/stoppen bij stabiele situatie gedurende 3 maanden. Bij <u>lewy body dementie en Parkinson dementie.</u>	
	risperidon	Startdosering 2 dd 0,5 mg p.o.; ophogen op geleide van symptomen tot 3 mg p.o. per dag		
	rivastigmine	startdosering 2 dd 1,5 mg p.o.; ophogen tot maximaal 2 dd 6 mg.		

## Vervolg medicatieadviezen bij probleemgedrag (neuro-psiachiatrische symptomen) verklaard vanuit aanwezigheid van dementie

Probleemgedrag bij dementie	Middel	Dosering	Opmerkingen
Angst	oxazepam	Zo nodig: 5-10 mg p.o.; continu gebruik: 3 dd 5-10 mg	<u>Therapieduur</u> bij continu gebruik van benzodiazepinen: maximaal 2-4 weken.
	lorazepam	Zo nodig: 0,5-1 mg p.o.; continu gebruik: 2 dd 0,5 mg	
Depressieve symptomen	citalopram	Startdosering 1 dd 10 mg p.o.; ophogen tot maximaal 40 mg per dag	Bij <u>frontotemporale dementie</u> kan trazodon overwogen worden. Startdosering 1 dd 50 mg p.o.; ophogen tot maximaal 300 mg per dag.
Apathie	rivastigmine	startdosering 2 dd 1,5 mg p.o.; ophogen tot maximaal 2 dd 6 mg.	<u>Alleen te overwegen bij apathie bij lewy body dementie</u>
Roepgedrag	risperidon	Startdosering 2 dd 0,5 mg p.o.; ophogen op geleide van symptomen tot 3 mg p.o. per dag	<u>Therapieduur</u> : afbouwen/stoppen bij stabiele situatie gedurende 3 maanden.
Constant aandacht vragend gedrag	risperidon	Startdosering 2 dd 0,5 mg p.o.; ophogen op geleide van symptomen tot 3 mg p.o. per dag	<u>Therapieduur</u> : afbouwen/stoppen bij stabiele situatie gedurende 3 maanden.
Seksueel ontremd gedrag	SSRI	Dosering als bij depressiebehandeling.	Effect binnen 2-3 weken te verwachten
	Cyproteron	startdosering 2 dd 25 mg p.o.; ophogen tot maximaal 300 mg.	
Nachtelijke onrust/omkering dag-nachtritme	risperidon	Startdosering 1 dd 0,5 mg p.o. (a.n.); ophogen op geleide van symptomen tot 3 mg p.o. per dag	<u>Therapieduur</u> : afbouwen/stoppen bij stabiele situatie gedurende 3 maanden.
	melatonine	start 2,5 mg p.o. (a.n.)	

**f. Schematisch overzicht medicatieadviezen bij probleemgedrag verklaard vanuit een persoonlijkheidsstoornis**

<b>Persoonlijkheids- stoornissen</b>	<b>middel</b>	<b>dosering</b>	<b>opmerkingen</b>
<b>cognitief perceptuele symptomen:</b> * aan psychose <b>gerelateerde symptomen</b> * dissociatie	lage dosering antipsychotica, bijvoorbeeld haloperidol	startdosering 2 dd 0,5 mg. Ophogen op geleide van de symptomen tot 3 mg per dag	
	-	-	vermijd benzodiazepinen
<b>impulsiviteit:</b>	1e keuze: topiramaat	dosering conform de behandeling van epilepsie en stemmingsstoornissen	controles conform de behandeling van epilepsie en stemmingsstoornissen
	2e keuze: additie van een lage dosering antipsychotica aan de 1 <sup>e</sup> keuze of valproïnezuur	startdosering 2 dd 0,5 mg. Ophogen op geleide van de symptomen tot 3 mg per dag	
<b>affectieve disregulatie:</b> * affectabiliteit	1e keuze: SSRI	dosering conform behandeling depressie	controles conform de behandeling van epilepsie en stemmingsstoornissen
	2e keuze: valproïnezuur	dosering conform de behandeling van epilepsie en stemmingsstoornissen 2,5 – 5 mg	
* depressieve stemming (geen major depressie; geen affectabiliteit) * boosheid, prikkelbaarheid	atypisch antipsychoticum: olanzapine	dosering conform de behandeling van epilepsie en stemmingsstoornissen	controles conform de behandeling van epilepsie en stemmingsstoornissen
	1e keuze: topiramaat of valproïnezuur		
* angst	2e keuze: klassiek antipsychoticum, bijvoorbeeld haloperidol	startdosering 2 dd 0,5 mg Ophogen op geleide van de symptomen tot 3 mg per dag	
	lage dosering antipsychotica, bijvoorbeeld haloperidol	startdosering 2 dd 0,5 mg. Ophogen op geleide van de symptomen tot 3 mg per dag	
	kortwerkende benzodiazepines, bijv. lorazepam of oxazepam	lorazepam 2 dd 0,5 mg of oxazepam 3 dd 5 – 10 mg	Als snel effect noodzakelijk is (max 2 weken gebruiken)

### ***Bijlage 3: Enkele lopende initiatieven gefinancierd door het Innovatiefonds naar psychosociale interventies bij dementie***

Het STA OP! handboek is dynamisch: nieuwe inzichten in farmacologische en niet-farmacologische interventies bij dementie zullen hier een plaats vinden. De verwachting is dat de volgende initiatieven belangrijke bijdragen kunnen gaan leveren aan de inhoud van volgende versies van dit handboek:

#### **De Innovatiekring Dementie (IDé)**

De Innovatiekring Dementie biedt wetenschappelijk kennis in begrijpelijk Nederlands, goede praktijkvoorbeelden en boeiende reportages.

U kunt ook uw eigen ideeën en voorbeelden inbrengen.

Innovatiekring Dementie is een onafhankelijke beweging die wil bijdragen aan kwaliteit van leven van ouderen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen en thuis.

Deze beweging van zorgprofessionals, wetenschappers en mantelzorgers verzamelt, verspreidt en ondersteunt goede praktijkvoorbeelden en wetenschappelijke kennis en stimuleert experimenten.

Het karakter van IDé is:

- Cliëntenperspectief centraal: de behoeften van mensen met dementie zijn het uitgangspunt.
- Positief, creatief en vrijzinnig.
- Praktisch en daadkrachtig.

IDé is een initiatief van Stella Braam, auteur van *'Ik heb Alzheimer, het verhaal van mijn vader'* en Elly Duijf, organisatieadviseur. Sinds 2006 geven de twee samen workshops (*'Door de ogen van cliënten'*) in zorgcentra. Zó ontdekten zij dat er een nieuwe wind waait. Zorgverleners en zorginstellingen willen werk maken van betere ondersteuning van mensen met dementie. Er is behoefte aan kennisuitwisseling en goede praktijkvoorbeelden.

#### **Projectleiding**

De activiteiten worden gecoördineerd door Stella Braam en Elly Duijf. Een onafhankelijke adviesraad onder voorzitterschap van prof. dr. Guus van Montfort geeft gevraagd en ongevraagd advies. Een klankbordgroep van onafhankelijke experts toetst de goede voorbeelden vóóordat deze op de website komen te staan.

<http://www.innovatiekringedementie.nl/>

#### **De Metronoom (Rijksuniversiteit Groningen)**

Annemiek Vink heeft samen met de Stichting Stimulering Kwaliteit Verpleeghuiszorg het project "de Metronoom" gestart. In dit project worden diverse muziek- en bewegingsadviezen voor mensen met dementie ontwikkeld, die zowel binnen het verpleeghuis als thuis toepasbaar zullen zijn. Annemiek Vink werkt voor de Rijksuniversiteit Groningen aan een promotieonderzoek naar het effect van muziektherapie in het verminderen van gedragsproblemen bij mensen met dementie. Daarnaast werkt ze als docent grondslagen muziektherapie aan het ArtEZ Conservatorium te Enschede.

## **Lichamelijke activiteit, dementie, depressie en pijn (VUmc)**

Bij gezonde ouderen is aangetoond dat lichamelijke activiteit een gunstig effect heeft op dat aspect van onze cognitie dat een essentiële rol speelt bij het zelfstandig functioneren, namelijk de executieve functies. Tevens is aangetoond dat veel bewegen de stemming, voornamelijk depressie, verbetert. Ondanks dat de wetenschappelijke basis voor een effect van bewegen nog bescheiden is, mag verondersteld worden dat bewegen ook bij ouderen met een dementie een gunstig effect heeft op cognitie en stemming (bijvoorbeeld depressie). Het is ook om deze reden dat een drietal projecten waarbij bewegen centraal staat, geïmplementeerd gaan worden.

Binnen dit project zijn vijf deelprojecten te onderscheiden:

### **1-Lopen**

Het doel van het eerste project is om lopen gedurende 30 minuten per dag, 5 dagen per week, te implementeren op afdelingen waar ouderen wonen met een (beginnende) dementie.

### **2-Kauwen**

Niet iedere oudere met een (beginnende) dementie is meer in staat om te lopen. Deze groep is vaak wel nog in staat tot het uitvoeren van andere motorische acties. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat kauwen de doorbloeding van het brein bevordert en het verbeteren teweeg kan brengen in het cognitief functioneren. Het is om deze reden dat een verbetering van het kauwvermogen (tandheelkunde, mondhygiëne, dieet) wordt geïmplementeerd op afdelingen waar ouderen met een dementie wonen.

### **3- Pijn**

Gezien de toenemende vergrijzing zal het aantal ouderen met een dementie en pijnklachten de komende jaren sterk toenemen. Ook depressie komt veelvuldig voor bij mensen met een dementie. Bekend is dat bij volwassenen en ouderen zonder dementie pijn en depressie elkaar wederzijds beïnvloeden. Depressie heeft ook een negatieve invloed op het cognitief functioneren. Dit implementatietraject zal bestaan uit een effectieve behandeling van pijn bij ouderen met een (beginnende) dementie, waardoor tevens de stemming zal verbeteren en de patiënt meer in staat zal zijn tot lichamelijke activiteiten.

### **4- Mantelzorg**

Een programma dat mantelzorgers ondersteunt bij bewegingsactiviteiten van de cliënt, ter verbetering van stoornissen in cognitie en stemming van ouderen met een dementie.

### **5- STA OP!**

Ook het gebruik van STA OP! zal vanaf 2009 wetenschappelijk geëvalueerd worden. De stapsgewijze aanpak van onbegrepen gedrag en pijn bij dementie heeft in de Verenigde Staten een positief effect gehad op het gedrag en het welbevinden van matig tot ernstig dementie patiënten.

**Zie ook:**

[www.dementieinbeweging.nl](http://www.dementieinbeweging.nl)

## ***Bijlage 4: Literatuur per onderwerp***

### **Pijn**

Kovach CR, Griffie J, Muchka S, Noonan PE, Weissman DE. Nurses' perceptions of pain assessment and treatment in the cognitively impaired elderly. It's not a guessing game.

Clin Nurse Spec. 2000 Sep;14(5):215-20.

Ferrell BA. Pain evaluation and management in the nursing home. An int med 1995;9:681-7

Frampton M. Experience assessment and management of pain in people with dementia. Age Ageing 2003;32:248-51

Turk DC, Okfuji A. Assessment of patients' reporting of pain: an integrated perspective. Lancet 1999;353:1784-1788

Benedetti F, Vighetti S, Ricco C, et al. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. Pain 1999; 80: 377-82.

Huffman JC, Kunik ME. Assessment and understanding of pain in patients with dementia. The Gerontologist 2000; 40: 574-81.

Manfredi PL, Breuer B, Meier DE et al. Pain assessment in elderly patients with severe dementia. J Pain Symptom Manage 2003; 25: 48-52.

Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. J Pain Symptom Manage 1995; 10: 591-98.

Scherder EJ, Bouma A. Is decreased use of analgesics in Alzheimer disease due to a change in the affective component of pain? Alzheimer Dis Assoc Disord. 1997 Sep;11(3):171-4.

J Feldt KS, Gunderson J. Treatment of pain for older hip fracture patients across settings.

Orthop Nurs. 2002 Sep-Oct;21(5):63-4, 66-71.

### **Gedrag**

Kovach CR, Kelber ST, Simpson M, Wells T. Behaviors of nursing home residents with dementia: examining nurse responses. J Gerontol Nurs. 2006 Jun;32(6):13-21.

Kovach CR, Noonan PE, Schlidt AM, Wells T. A model of consequences of need-driven, dementia-compromised behavior. J Nurs Scholarsh. 2005;37(2):134-40

Kovach CR, Taneli Y, Dohearty P, Schlidt AM, Cashin S, Silva-Smith AL. Effect of the BACE intervention on agitation of people with dementia. Gerontologist. 2004 Dec;44(6):797-806.

Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., & Beattie, E. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. American Journal of Alzheimer's Disease, 11(6), 10-19.

Allen–Burge, R. Stevens, A.B., & Burgio, L.D. (1999). Effective behavioral interventions for decreasing dementia-related challenging behaviors in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 213–232.

Basting, Anne. (2002). “Dare to Imagine: exploring the creative potential of people with dementia.” In J. Ronch & J. Goldstein (Eds). *Mental Wellness in Aging*. Baltimore: Health Professions Press.

Beck, C. K., & Vogelpohl, T.S. (1999). Problematic vocalizations in institutionalized individuals with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(9), 17–26.

Duthie, E. H. (1997). Medical care during late-stage dementia. In C. R. Kovach(Ed). *Late-stage dementia care: A basic guide*. Wasington DC: Taylor & Francis Publishing, 59–72.

Elliott, V., & Milne, D. (1991). Patient’s best friend? *Nursing Times*, 87(6), 34–35.

Kovach CR, Meyer–Arnold EA. Preventing agitated behaviors during bath time. *Geriatr Nurs*. 1997 May–Jun;18(3):112–4.

Zuidema S, Koopmans R, Verhey F. Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2007 Mar;20(1):41–9. Review.

Zuidema SU, Derksen E, Verhey FR, Koopmans RT. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007 Jul;22(7):632–8.

### **Prikkels en dementie**

Kovach CR, Wells T. Pacing of activity as a predictor of agitation for persons with dementia in acute care. *J Gerontol Nurs*. 2002 Jan;28(1):28–35.

Kovach, C.R., Taneli, Y., Dohearty, P., Schlidt, A.M., Cashin, S., & Silva–Smith, A. (2004). Effect of the BACE (Balancing Arousal Controls Excesses) Intervention on Agitation of People with Dementia. *The Gerontologist*, 44(6), 797–806.

Kovach CR, Henschel H. Planning activities for patients with dementia: a descriptive study of therapeutic activities on special care units. *J Gerontol Nurs*. 1996 Sep;22(9):33–8.

### **Belevingsgerichte zorg, snoezelen en reminiscentie**

Van Weert, J.C.M. Multi-sensory stimulation in 24-hour care. Dissertation. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2005.

van Weert JC, Janssen BM, van Dulmen AM, Spreeuwenberg PM, Bensing JM, Ribbe MW. Nursing assistants’ behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. *J Adv Nurs*. 2006 Mar;53(6):656–68.



Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG; Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*. 2005 Nov;162(11):1996–2021.

van Weert JC, van Dulmen AM, Spreeuwenberg PM, Bensing JM, Ribbe MW. The effects of the implementation of snoezelen on the quality of working life in psychogeriatric care. *Int Psychogeriatr*. 2005 Sep;17(3):407–27.

van Weert JC, van Dulmen AM, Spreeuwenberg PM, Ribbe MW, Bensing JM. Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse–patient communication during morning care. *Patient Educ Couns*. 2005 Sep;58(3):312–26.

Verkaik R, van Weert JC, Francke AL. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005 Apr;20(4):301–14.

Finnema E, Dröes RM, Ettema T, Ooms M, Adèr H, Ribbe M, van Tilburg W. The effect of integrated emotion–oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005 Apr;20(4):330–43.

Neal M, Briggs M. Validation therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(3):CD001394.

Schrijnemaekers V, van Rossum E, Candel M, Frederiks C, Derix M, Sielhorst H, van den Brandt P. Effects of emotion–oriented care on elderly people with cognitive impairment and behavioral problems. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002 Oct;17(10):926–37.

Finnema E, Dröes RM, Ribbe M, van Tilburg W. A review of psychosocial models in psychogeriatrics: implications for care and research. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2000 Apr–Jun;14(2):68–80.]

Finnema E, Dröes RM, Ribbe M, Van Tilburg W. The effects of emotion–oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000 Feb;15(2):141–61.

Woods B, Spector A., Jones C., Orrell M., Davies S. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2, Art.No.: CD001120. DOI:10.1002/14651858.CD001120.pub2.

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

### **Serial Trial Intervention**

Kovach CR, Cashin JR, Sauer L. Deconstruction of a complex tailored intervention to assess and treat discomfort of people with advanced dementia. *J Adv Nurs*. 2006 Sep;55(6):678–88.

Kovach CR, Logan BR, Noonan PE, Schlidt AM, Smerz J, Simpson M, Wells T. Effects of the Serial Trial Intervention on discomfort and behavior of nursing home residents with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2006 Jun-Jul;21(3):147-55.

Kovach CR, Noonan PE, Schlidt AM, Reynolds S, Wells T. The Serial Trial Intervention: an innovative approach to meeting needs of individuals with dementia. *J Gerontol Nurs.* 2006 Apr;32(4):18-25;

Kovach CR, Noonan PE, Griffie J, Muchka S, Weissman DE. The assessment of discomfort in dementia protocol. *Pain Manag Nurs.* 2002 Mar;3(1):16-27.

Kovach CR, Noonan PE, Griffie J, Muchka S, Weissman DE. Use of the assessment of discomfort in dementia protocol. *Appl Nurs Res.* 2001 Nov;14(4):193-200.

Kovach CR, Weissman DE, Griffie J, Matson S, Muchka S. Assessment and treatment of discomfort for people with late-stage dementia. *J Pain Symptom Manage.* 1999 dec;18(6):412-9.

## ***Bijlage 5: Nuttige formulieren & meetinstrumenten***

✓ **Formulier 'Levensloopbeschrijving'**

✓ **Formulier 'Belevingsgerichte zorg'**

✓ **Stemming en gedrag:**

- NPI-NH
- CMAI
- Cornell Depressieschaal
- MDS-Depressieschaal

✓ **Pijnobservatieschaal:**

- PACSLAC-D

✓ **Kwaliteit van Leven:**

- Qualidem



## Formulier 'Levensloopbeschrijving'

**Gegevens woon/zorginstelling:**



### LEVENSLLOOPGEGEVENS

Mevrouw/de heer: \_\_\_\_\_

geboren d.d.: \_\_\_\_\_

te: \_\_\_\_\_

## GEGEVENS OVER UW OUDERLIJK HUIS

Hoe was de samenstelling van het ouderlijk gezin? (vader, moeder, broers en zussen)  
s.v.p. roepnamen van broers en zussen vermelden

---

Wat was de naam van uw vader ?

---

Wat was de naam uw moeder ?

---

Wat was het beroep uw vader ?

---

---

Wat was het beroep van uw moeder ?

---

---

De hoeveelste in de rij bent u?

---

---

Wie van het ouderlijk gezin is / zijn overleden?

---

---

Heeft u nog contact met broers en zussen / zwagers en schoonzussen?

(Zo ja, met wie)

---

---

Welke opleidingen, studies heeft u gevolgd?

---

---

Hebben er in het verleden ingrijpende gebeurtenissen plaatsgevonden?

---

---

---

Heeft u bijzondere kwaliteiten buiten hobby's?

---

---

Hoe was u gewend te handelen bij het oplossen van problemen, kreeg u hierbij professionele begeleiding ? (zo ja, bij wie?)

---

---

---

## **WERKVERLEDEN**

Waar en in welke beroepen bent u werkzaam geweest?

---

---

---

---

Op welke leeftijd bent u gestopt met werken?

---

Wat was de reden van het staken van de werkzaamheden?

---

---

## **HUWELIJK(EN)**

samenwonend: \_\_\_\_\_

alleenwonend: \_\_\_\_\_

gehuwd met: \_\_\_\_\_

sinds: \_\_\_\_\_

geb.datum partner: \_\_\_\_\_

beroep partner: \_\_\_\_\_

beëindiging huwelijk: \_\_\_\_\_



reden: \_\_\_\_\_  
aantal (pleeg)kinderen: zonen \_\_\_\_\_ dochters \_\_\_\_\_  
roepnamen (pleeg)kinderen: \_\_\_\_\_  
aantal kleinkinderen: \_\_\_\_\_  
overlijden partner: d.d. \_\_\_\_\_  
oorzaak overlijden: \_\_\_\_\_  
overlijden (pleeg)kinderen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
oorzaak overlijden: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Waar heeft u tijdens uw leven gewoond? (adressen en plaatsen vermelden)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **BELANGRIJKE PERSONEN**

Zijn/waren er nog personen extra belangrijk voor u binnen of buiten de familiekring? Zo ja, wie? Heeft u nog contact met hen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **GELOOF**

Heeft u een levensovertuiging of was u bij een kerkgenootschap ?

\_\_\_\_\_

Welke rol speelde de kerkelijke beleving in het verleden en op dit moment?

\_\_\_\_\_

Heeft u behoefte aan contact met de pastoraal werkende?

\_\_\_\_\_

Heeft u behoefte aan contact met een geestelijk verzorgende uit u eigen religie ?

\_\_\_\_\_



## GEWOONTEN EN VOORKEUREN

Heeft u speciale gewoonten/voorkeuren? Denk hierbij aan eetgewoonten, drinken, roken, uiterlijke verzorging, make-up, toiletbezoek, ochtend- of avondmens, omgaan met mensen en dergelijke.

---

---

---

---

Heeft u moeite met iets of iemand?

---

---

Heeft u voorkeur voor bepaalde geuren?

---

Met welke personen heeft u het meeste contact?

---

---

Kunnen deze genoemde personen op bezoek komen?

---

Komen zij op vaste dagen / tijden op bezoek?

---

Heeft u nog spullen waar hij / zij aan gehecht is, zoals spreij, kussen, stoel,...?

---

---

Zou u dit mee kunnen / willen nemen naarnaar uw nieuwe behuizing ( indien van toepassing) ?

---

## BELANGSTELLINGSGBIEDEN

Naam bewoner: \_\_\_\_\_

afd./kamer: \_\_\_\_\_

Wat heeft of had de belangstelling van u? s.v.p. aankruisen en graag toelichten (bijv. welke muziek of welk kaartspel of welke sport en huishoudelijke bezigheden).

	vroeger	nu	toelichting
<b>Communicatie</b>			
boeken lezen	0	0	_____
krant lezen	0	0	_____
schrijven (brieven)	0	0	_____
tv-kijken	0	0	_____
radio luisteren	0	0	_____
telefoneren	0	0	_____
<b>Flora en fauna</b>			
planten / bloemen	0	0	_____
tuinonderhoud	0	0	_____
(huis)dieren	0	0	_____
<b>Muziek</b>			
muziek luisteren	0	0	_____
muziek maken	0	0	_____
zingen	0	0	_____
<b>Sport/bewegen</b>			
wandelen	0	0	_____
fietsen	0	0	_____
sport kijken	0	0	_____
sport zelf doen	0	0	_____
zwemmen	0	0	_____
dansen	0	0	_____

### Hobby's

kleding maken	0	0	_____
handwerken	0	0	_____
handarbeid	0	0	_____
tekenen / schilderen	0	0	_____
fotograferen	0	0	_____
winkelen	0	0	_____
biljarten	0	0	_____
kaarten	0	0	_____
spellen	0	0	_____
verzamelen	0	0	_____

### Huishoudelijke activiteiten

koken	0	0	_____
afwassen	0	0	_____
wassen	0	0	_____
stoffen	0	0	_____
_____	0	0	_____

### Uitgaan

cafébezoek	0	0	_____
verenigingsleven	0	0	_____
theater	0	0	_____
bioscoop	0	0	_____
reizen/vakanties	0	0	_____
_____	0	0	_____

### Algemeen

politiek	0	0	_____
kerk en godsdienst	0	0	_____
_____	0	0	_____
_____	0	0	_____
geen uitgesproken belangstelling	0	0	_____

**Ruimte voor verdere toelichting:**

---

---

---

---

---

---

---

**PSYCHISCH FUNCTIONEREN**

(Problemen die voortkomen uit de ziekte)

Vergist u zich in de tijd?

---

Vergist u zich in de plaats waar u bent ?

---

Haalt u personen door elkaar?

---

Voelt u zich onrustig in de avond?

---

Voelt u zich onrustig in de nacht?

---

Voelt u zich onrustig op andere momenten?

---

Hoe uit zich dat ?

---

**GEDRAGSUITINGEN**

Bent u achterdochtig?

---

Hoort, ziet of denkt u weleens dingen die er niet zijn?

---







### Formulier 'Belevingsgerichte zorg'

Naam:	Datum:	
<b>ADL-ACTIVITEIT</b>	<b>Aanwijzingen Verzorging:</b> - Zelfstandig - Met begeleiding - Maakt gebruik van hulpmiddel	<b>OMGANGSADVIEZEN EN/OF BENADERINGSWIJZEN</b>
Wassen: Bovenlichaam:		
Onderlichaam:		
Douchen / Bad:		
Scheren:		
Haarverzorging		
Gebitsverzorging:		
Mobilisatie: Lopen Rollator Rolstoel Overige:		
Kleden: Ondergoed Pantalon Rok Blouse Trui Japon Schoeisel		
Eten en drinken:		
Toiletgang		
Incontinentiemateriaal		
Steunkousen / zwachtels:		
Bril / contactlenzen		
Gehoorapparaat		





## Pijnobservatie schaal:

### *Pain Assessment Checklist for Seniors with Severe Dementia (Pacslac-D)<sup>β</sup>*

Naam cliënt: .....

Datum & Tijdstip beoordeling:.....

Doel: .....

Opmerkingen:.....

Gelaat	AANWEZIG
Uitdrukking van pijn	<input type="checkbox"/>
Een specifiek geluid of uiting van pijn 'au' of 'oef'	<input type="checkbox"/>
Wenkbrauwen fronsen	<input type="checkbox"/>
Grimas	<input type="checkbox"/>
Rimpels in het voorhoofd	<input type="checkbox"/>
Kreunen en kermen	<input type="checkbox"/>
Verandering in de ogen (scheel kijken, mat, helder, meer bewegingen)	<input type="checkbox"/>
Pijnlijke plek aanraken en vasthouden	<input type="checkbox"/>
Pijnlijke plek beschermen	<input type="checkbox"/>
Terugtrekken	<input type="checkbox"/>
Verzet/ afweer	
Verbale agressie	<input type="checkbox"/>
Fysieke agressie (bijv. mensen en/of voorwerpen wegduwen, anderen krabben, anderen slaan, stompen, schoppen)	<input type="checkbox"/>
Geërgerd (geagiteerd)	<input type="checkbox"/>
Achteruitdeinzen	<input type="checkbox"/>
Niet aangeraakt willen worden	<input type="checkbox"/>
Niet-coöperatief/weerstand tegen zorgverlening	<input type="checkbox"/>
Sociaal emotioneel/stemming	
Nors/prikkelbaar	<input type="checkbox"/>
Schreeuwen/krijzen	<input type="checkbox"/>
Donkere blik	<input type="checkbox"/>
Verdrietige blik	<input type="checkbox"/>
Geen mensen in de buurt laten komen	<input type="checkbox"/>
Ontsteld (ontdaan)	<input type="checkbox"/>
Blozend, rood gelaat	<input type="checkbox"/>

**Subschaal scores:** Gelaat  Verzet/ Afweer  Sociaal emotioneel/stemming

**Totale score:**

**Instructie** Observeer de cliënt gedurende korte tijd en scoor daarna wat je gezien hebt.

#### **Aanwijzingen voor het scoren**

1. Wacht na het observeren even voordat je de items die tijdens de observatieperiode voorkwamen aankruist.
2. Degen die observeert en scoort is alleen hierop gericht. De observator kan nooit tegelijkertijd de cliënt verzorgen.
3. Scoor altijd alle items die je hebt gezien, ook als dat normale uitingen zijn. Je interpreteert niet. Vraag je niet af of een uiting (zoals kreunen of rimpels in het voorhoofd) hoort bij de dementie.
4. Scoor meerdere keren, zodat een volledig beeld wordt verkregen. Richtlijn: een observatie tijdens de verzorging, bij rust in bed, bij rust zittend 's ochtends, bij rust zittend 's avonds of tijdens een (plezierige) activiteit.

**Resultaten** Een score van 4 of hoger duidt mogelijk op pijn. Het heeft geen zin de scores van verschillende cliënten met elkaar te vergelijken.

PACSLAC is oorspronkelijk ontwikkeld door Fuchs-Lacelle and Hadjistavropoulos, 2004

PACSLAC-D werd vertaald, aangepast en getest door de Universiteit Maastricht (Zwakhalen et al., 2006)





## Stemming en gedrag:

### De Neuropsychiatrische vragenlijst-verpleeghuizen (NPI-NH)

Toelichting:

Omcirkel alleen 'ja' als het symptoom in de afgelopen maand aanwezig was. Voor elke vraag die u met 'ja' beantwoordt:

**- Beoordeel de *FREQUENTIE* van het symptoom:**

1. soms: minder dan een keer per week
2. regelmatig: ongeveer een keer per week
3. vaak: meerdere keren per week, niet dagelijks
4. heel vaak: dagelijks of vrijwel continu

**- Beoordeel de *ERNST* van het symptoom (hoe beïnvloedt het hem/haar):**

1. licht (merkbaar, maar geen belangrijke verandering)
2. matig (belangrijk, maar geen ingrijpende verandering)
3. ernstig (erg duidelijk of opvallend, een ingrijpende verandering)

**Belangrijk:** - Indien ja → ernst invullen en frequentie (beide meerkeuze)  
- Indien nee → naar de volgende vraag.

**1. (Wanen) Is hij/zij overtuigd van bepaalde gedachten, waarvan u weet dat ze niet waar zijn; denkt hij/zij bijvoorbeeld dat andere mensen hem/haar kwaad willen doen of van hem/haar stelen?**

Ja / Nee      ERNST:      1 2 3      FREQUENTIE:      0 1 2 3 4

**2. (Hallucinaties) Hallucineert hij/zij; ziet hij/zij iets dat er niet is of hoort zij geluiden of stemmen die een ander niet kan horen?**

Ja / Nee      ERNST:      1 2 3      FREQUENTIE:      0 1 2 3 4

**3. (Agitatie/Agressie) Komt het voor dat hij/zij weigert mee te werken, of zich niet laat helpen door een ander? Is hij/zij lastig om mee om te gaan?**

Ja / Nee      ERNST:      1 2 3      FREQUENTIE:      0 1 2 3 4

**4. (Depressie/Dysforie) Lijkt het alsof hij/zij verdrietig of depressief is, of zegt hij/zij dat hij/zij zich somber voelt?**

Ja / Nee      ERNST:      1 2 3      FREQUENTIE:      0 1 2 3 4

**5. (Angst) Raakt hij/zij overstuur of wordt hij/zij zenuwachtig wanneer u weggaat? Is er nog iets anders dat erop wijst dat hij/zij angstig is; zoals naar adem happen, zuchten, zich niet kunnen ontspannen of erg gespannen voelen?**

Ja / Nee      ERNST:      1 2 3      FREQUENTIE:      0 1 2 3 4

**6. (Euforie/opgetogenheid) Lijkt hij/zij zich te goed of te opgewekt te voelen?**

Ja / Nee      ERNST:      1 2 3      FREQUENTIE:      0 1 2 3 4

**7. (Apathie/onverschillig) Lijkt hij/zij minder geïnteresseerd te zijn in zijn/haar gewone activiteiten of in de activiteiten en plannen van een ander?**

Ja / Nee      ERNST:      1 2 3      FREQUENTIE:      0 1 2 3 4

**8. (Ontremd gedrag) Handelt hij/zij impulsief zonder over de gevolgen na te denken? Praat hij/zij bijvoorbeeld tegen onbekenden alsof hij/zij ze goed kent, of maakt hij/zij kwetsende of tactloze opmerkingen tegen anderen?**

Ja / Nee      ERNST:      1 2 3      FREQUENTIE:      0 1 2 3 4

**9. (Prikkelbaarheid/Labiliteit) Is hij/zij ongeduldig of snel geïrriteerd? Kan hij/zij er niet goed tegen als iets vertraagd is of als zij moet wachten op een geplande activiteit?**

Ja / Nee      ERNST:      1 2 3      FREQUENTIE:      0 1 2 3 4

**Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (1986).**

<b>Lees alle 29 geagiteerde gedragingen en kruis aan hoe vaak (van 1-7) dit voorkwam gedurende de laatste 2 weken.</b>	<b>Nooit</b>	<b>Minder dan eens per week</b>	<b>1-2/ week</b>	<b>Meerdere keren per week</b>	<b>1-2 keer per dag</b>	<b>Meerdere keren per dag</b>	<b>Meerdere keren per uur</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
1. IJsberen, doelloos rondlopen							
2. Verkeerd kleden of uitkleden							
3. Spugen (ook tijdens eten)							
4. Vloeken of verbale agressie							
5. Voortdurend, buitensporig vragen om aandacht of hulp							
6. Zichzelf telkens herhalende zinnen of vragen							
7. Slaan (ook zichzelf)							
8. Schoppen							
9. Anderen vastpakken							
10. Duwen							
11. Gooien met voorwerpen							
12. Vreemde geluiden (ook onaangepast lachen of huilen)							
13. Gillen, krijsen							
14. Bijten							
15. Krabben							
16. Weglopen (bijv. een andere kamer)							
17. Opzettelijk vallen							
18. Klagen							
19. Negativisme							
20. Ongeschikte stoffen eten/ drinken							
21. Zichzelf of anderen bezeren (sigaret, heet water enz)							
22. Verkeerd gebruik van voorwerpen (verplaatsen van meubels, spelen met eten)							
23. Voorwerpen verstoppen							
24. Voorwerpen verzamelen							
25. Voorwerpen verscheuren of eigendommen kapotmaken							
26. Telkens herhalende handeling (schuiven met voeten, plukken e.d.)							
27. Verbale seksuele toenadering zoeken							
28. Lichamelijk seksuele toenadering zoeken							
29. Algemene rusteloosheid							

Vertaling J.F.M. de Jonghe, versie 1997



## CORNELL DEPRESSIESCHAAL

### Scoringssysteem:

a = niet te beoordelen                      1 = licht of wisselend aanwezig  
0 = afwezig                                      2 = ernstig

De beoordelingen zijn gebaseerd op symptomen en kenmerken zoals waargenomen in de week voorafgaande aan het interview. Er dient geen score te worden gegeven wanneer symptomen het resultaat zijn van lichamelijke beperkingen of ziekte.

---

### A. Stemminggerelateerde kenmerken

---

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Angst (angstige gezichtsuitdrukking, peinzend, zorgelijk)                | a | 0 | 1 | 2 |
| 2. Verdrietig (verdrietige gezichtsuitdrukking, verdrietige stem, huilerig) | a | 0 | 1 | 2 |
| 3. Reageert niet op plezierige gebeurtenissen                               | a | 0 | 1 | 2 |
| 4. Prikkelbaarheid (gauw kwaad, slecht gehumeurd)                           | a | 0 | 1 | 2 |
- 

### B. Gedragsstoornissen

---

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 5. Agitatie (rusteloos, handenwringen, haarplukken)   | a | 0 | 1 | 2 |
| 6. Vertraging (trage bewegingen, langzame spraak, trage reacties)   | a | 0 | 1 | 2 |
| 7. Meervoudige lichamelijke klachten (scoor 0 indien maag-darm symptomen)   | a | 0 | 1 | 2 |
| 8. Interesseverlies t.a.v. gebruikelijke activiteiten (scoor alleen indien er een plotselinge verandering is opgetreden, d.w.z. binnen een periode van 1 maand) | a | 0 | 1 | 2 |
- 

### C. Lichamelijke kenmerken

---

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 9. Vermindering van eetlust (eet minder dan gewoonlijk)   | a | 0 | 1 | 2 |
| 10. Gewichtsverlies (scoor 2 indien meer dan 2 kilo in 1 maand)   | a | 0 | 1 | 2 |
| 11. Gebrek aan energie (gauw moe, niet in staat activiteiten vol te houden (scoor alleen indien er een plotselinge verandering is opgetreden, d.w.z. binnen een periode van 1 maand)) | a | 0 | 1 | 2 |
- 

### D. Cyclische functies

---

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 12. Dagelijkse stemmingsschommelingen ('s morgens meer symptomen)            | a | 0 | 1 | 2 |
| 13. Moeite met inslapen later dan gewoonlijk voor deze persoon               | a | 0 | 1 | 2 |
| 14. Wordt 's morgens meerdere malen wakker                                   | a | 0 | 1 | 2 |
| 15. Wordt 's morgens vroeg wakker (vroeger dan gewoonlijk voor deze persoon) | a | 0 | 1 | 2 |
- 

### E. Stoornissen in de gedachteninhoud

---

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 16. Suïcide gedachten (vindt het leven niet de moeite waard, heeft doodswensen of doet een poging tot zelfmoord) | a | 0 | 1 | 2 |
| 17. Lage zelfwaardering (zelfverwijten, minacht zichzelf, gevoel te falen)                                       | a | 0 | 1 | 2 |
| 18. Pessimisme (verwacht het ergste)   | a | 0 | 1 | 2 |
| 19. Wanen die overeenstemmen met de stemming (wanen m.b.t. armoede, ziekte, verlies)                             | a | 0 | 1 | 2 |

(Ned. Vertaling: R.M. Dröes, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1993)







## MDS depressieschaal

Wat is de frequentie waarmee de volgende aanwijzingen zich hebben voorgedaan in de laatste 7 dagen ?

	<p>0 = kwam in de laatste 30 dagen niet voor</p> <p>1 = kwam op 5 dagen per week voor</p> <p>2 = kwam dagelijks of bijna dagelijks voor (6, 7 dagen per week)</p>
<p><b>Negatieve uitspraken</b> (<i>"het doet er allemaal niet toe; was ik maar dood; wat voor zin heeft; het spijt me zolang te hebben geleefd; laat me sterven"</i>)</p>	<p>0            1            2</p>
<p><b>Voortdurend boos op zichzelf of anderen</b> (<i>zich gemakkelijk ergeren, boos op verblijf in verpleeghuis, boos op de ontvangen zorg</i>)</p>	<p>0            1            2</p>
<p><b>Uitingen, ook non-verbaal, van wat onrealistische angsten lijken</b> (<i>bang om in de steek te worden gelaten, alleen te zijn, samen met anderen te zijn</i>)</p>	<p>0            1            2</p>
<p><b>Herhaald klagen over de gezondheid</b> (<i>om de dokter blijven vragen, obsessief bezorgd zijn over lichaamsfuncties</i>)</p>	<p>0            1            2</p>
<p><b>Herhaald angstig klagen/bezorgd zijn (niet met de gezondheid samenhangend)</b> (<i>zoekt steeds aandacht/geruststelling over dagindeling, maaltijden, de was, kleren, omgang met anderen</i>)</p>	<p>0            1            2</p>
<p><b>Droevige, gepijnigde, zorgelijke gelaatsuitdrukkingen</b></p>	<p>0            1            2</p>
<p><b>Huilen, gemakkelijk in tranen uitbarstend</b></p>	<p>0            1            2</p>



## Qualidem: kwaliteit van leven

De vragenlijst bevat 40 vragen. Het is de bedoeling dat je samen met een collega de vragen beantwoordt over de **afgelopen week** waarin je de bewoner hebt geobserveerd. Geef op elke vraag een antwoord. Als je twijfelt tussen een van de mogelijkheden, omcirkel dan het cijfer onder het antwoord dat het beste bij jouw observaties past. Een antwoord is nooit fout, maar geeft altijd aan wat volgens jou de werkelijkheid het best benaderd. Denk niet te lang na over een antwoord; het eerste antwoord dat je te binnen komt is vaak het beste.

Nooit = Nooit  
 Zelden = Hoogstens eenmaal per week  
 Soms = Enkele keren per week  
 Vaak = Vrijwel dagelijks

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak
1 Is vrolijk	0	1	2	3
2 Maakt rusteloze bewegingen	3	2	1	0
3 Heeft contact met andere bewoners	0	1	2	3
4 Wijst hulp van verzorgende af	3	2	1	0
5 Heeft een tevreden uitstraling	0	1	2	3
6 Maakt een angstige indruk	3	2	1	0
7 Is boos	3	2	1	0
8 Kan genieten van dingen in het dagelijks leven	0	1	2	3
9 Wil niet eten	3	2	1	0
10 Is goed gestemd	0	1	2	3
11 Is verdrietig	3	2	1	0
12 Reageert positief bij toenadering	0	1	2	3
13 Geeft aan dat hij of zij zich verveelt	3	2	1	0
14 Heeft conflicten met verzorgenden	3	2	1	0
15 Geniet van de maaltijd	0	1	2	3
16 Wordt afgewezen door andere bewoners	3	2	1	0
17 Beschuldigt anderen	3	2	1	0
18 Zorgt voor andere bewoners	0	1	2	3
19 Is rusteloos	3	2	1	0

20	Wijst contact met anderen openlijk af	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0
21	Heeft een glimlach om de mond	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3
22	Heeft een gespannen lichaamstaal	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0
23	Huilt	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0
24	Stelt hulp op prijs die hij of zij krijgt	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3
25	Sluit zich af van de omgeving	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0
26	Heeft bezigheden zonder hulp van anderen	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3
27	Geeft aan meer hulp te willen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0
28	Geeft aan zich opgesloten te voelen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0
29	Trekt vriendschappelijk op met één of meer bewoners	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3
30	Wil graag (in bed) liggen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0
31	Accepteert hulp	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3
32	Roept	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0
33	Heeft kritiek op de gang van zaken	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0
34	Is op zijn of haar gemak in gezelschap van anderen	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3
35	Geeft aan niets te kunnen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0
36	Voelt zich thuis op de afdeling	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3
37	Laat blijken zichzelf niets waard te vinden	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0
38	Helpt graag mee met karweitjes op de afdeling	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3
39	Wil van de afdeling af	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0
40	Stemming is positief te beïnvloeden	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3

## ***Bijlage 6: Extra werkbladen voor de stappen van STA OP!***

**De werkbladen spelen een belangrijke rol bij uitvoering, de verslaglegging en de markering van iedere stap. Zij moeten steeds in de goede volgorde worden behandeld.**

De werkbladen moeten consequent worden ingevuld om het hele stappenplan op de juiste manier te doorlopen. Per stap is een keuzemoment ingebouwd dat de zorgmedewerker helpt om door te gaan met de betreffende stap of om juist naar de volgende stap over te gaan.

### Toelichting bij de werkbladen:

1. **Het overzichtswerkblad:** de vragen 1 t/m 4 worden ingevuld bij aanvang van het werken met het stappen plan bij een bewoner. De vragen hebben betrekking op het benoemen van het onbegrepen gedrag en de context waarin dit gedrag plaatsvindt.  
De vragen 5 en 6 van het overzichtswerkblad worden ingevuld bij het afsluiten van het werken met het stappenplan bij die bewoner. Hierbij worden de doorlopen stappen benoemd en het moment van afsluiten bij voldoende effect.
2. **De werkbladen die horen bij stap 0 tot en met 5** worden bij iedere nieuwe stap ingevuld. Onderaan ieder werkblad staan vragen om de stap te evalueren en om te beslissen of door moet worden gegaan naar een volgende stap.
3. **Als een stap succesvol wordt afgesloten wordt de succesvolle interventie opgenomen in het bewonerdossier. Vermeld altijd waar deze interventie in het dossier staat en de datum waarop deze interventie is opgenomen.**

### **Vorbereiding op het praktijkdeel door de deelnemers:**

1. Vorm groepjes: zo mogelijk 4 á 5 deelnemers: houdt rekening met de spreiding van de verschillende functies.
2. Kies uit de lijst met geselecteerde bewoners een bewoner, bij voorkeur gekoppeld aan de EVV-er van het groepje. Je past alle stappen uit dit schema toe bij dezelfde bewoner. Het kan nodig zijn tussentijds een andere bewoner te kiezen, bijvoorbeeld als de gekozen maatregelen al voldoende resultaat opleveren. Overleg dan met je leidinggevende over een nieuwe geselecteerde bewoner.
3. Maak afspraken over het invullen van vraag 1 t/m 4 van overzichtswerkblad in de praktijk.
4. Maak afspraken over de taakverdeling bij het werken aan het stappenplan gebruik zo nodig het dienstrooster.



## Overzichtswerkblad bij start of afsluiting van STA OP!

Naam cliënt : .....

Datum & Tijdstip beoordeling : .....

1. Beschrijf welk probleem je wilt aanpakken? (Je kunt denken aan bijvoorbeeld: pijn, agressiviteit, agitatie, apathie, verbale uitingen/verstoringen, hallucinaties of waanvoorstellingen, euforie, prikkelbaarheid, disinhibitie, depressiviteit)

2. Hoe uit zich dit gedrag?

3. Wanneer en in welke situatie treedt het gedrag op?

4. Wie voelt zich door het vertoonde gedrag het meest getroffen?

- a. De bewoner zelf
- b. De medebewoners
- c. Bezoekers/Familie
- d. Verplegend personeel

5. Als je terug kijkt, welke oorzaken zijn er waargenomen voor het bewuste gedrag?

- Pijn : Ja / Nee (omcirkel een antwoord)

- Anders, namelijk : .....

6. Welke stappen uit het protocol zijn er doorlopen? En geef aan bij welke stap het protocol is afgesloten.

Stap 0: Nagaan basisbehoeften

Stap 1: Invullen pijnschaal en Lichamelijk onderzoek

Stap 2: Bepalen psychosociale behoeften & overleg psycholoog

Stap 3: Comfort interventies (minimaal 3):

- 
- 
- 
- 

Stap 4: Proefbehandeling pijnmedicatie, zo ja: welke (meerdere mogelijk)?

Stap 5: Psychofarmaca, Zo ja: welk(e) middel(en):

- 
- 
- 

of:

Consultatie, welk specialisme(n) en per wanneer?

- 
- 
- 

**Het STA OP- protocol werd succesvol afgesloten bij stap:.....**



## Werkblad stap 0 - Nagaan Basisbehoeften

Naam cliënt : .....

Datum & Tijdstip beoordeling : .....

1. Beschrijf welk probleem je wilt aanpakken? Hoe uit zich dit? Wanneer en in welke situatie treedt het op?

.....

.....

.....

Nagaan basisbehoeften	Ja	Welke gerichte actie is uitgevoerd?	Was de actie effectief?
Moet de bewoner naar het toilet?	<input type="checkbox"/>		
Heeft de bewoner het te warm / te koud?	<input type="checkbox"/>		
Heeft de bewoner honger of dorst?	<input type="checkbox"/>		
Draagt de bewoner knellende kleding?	<input type="checkbox"/>		
Moet het incontinentiemateriaal verschoond worden?	<input type="checkbox"/>		
Zit de bewoner niet goed in zijn stoel?	<input type="checkbox"/>		
Is het gehoorapparaat niet ingedaan of niet goed afgesteld (sterkte)?	<input type="checkbox"/>		
Heeft de bewoner zijn bril niet op of zijn de brillenglazen niet schoon? Bril nog op sterkte?	<input type="checkbox"/>		

Hoeveel verschillende acties zijn uitgevoerd: ..... (aantal)

Was Stap 0 volgens jou (en je collega's) voldoende effectief in het veranderen van:  
(denk terug aan het beschreven probleem)

- Het onbegrepen gedrag : Ja / Nee
- Pijn : Ja / Nee
- Anders, namelijk.....

Indien 'volledig ja' geantwoord kan worden: sluit STA OP af en vul het overzichtswerkblad in.

- De interventie is opgenomen in het cliëntdossier.  
Datum..... vermeld onder.....

- Nee. Ga verder naar Stap 1 (Invullen pijnschaal en Lichamelijk onderzoek)**



## Werkblad stap 1 – Pijnschaal en Lichamelijk onderzoek

### Pain Assessment Checklist for Seniors with Severe Dementia (Pacslac-D)<sup>1</sup>

Naam cliënt: .....

Datum & Tijdstip beoordeling:.....

Doel: .....

Opmerkingen:.....

Gelaat	AANWEZIG
Uitdrukking van pijn	<input type="checkbox"/>
Een specifiek geluid of uiting van pijn 'au' of 'oef'	<input type="checkbox"/>
Wenkbrauwen fronsen	<input type="checkbox"/>
Grimas	<input type="checkbox"/>
Rimpels in het voorhoofd	<input type="checkbox"/>
Kreunen en kermen	<input type="checkbox"/>
Verandering in de ogen (scheel kijken, mat, helder, meer bewegingen)	<input type="checkbox"/>
Pijnlijke plek aanraken en vasthouden	<input type="checkbox"/>
Pijnlijke plek beschermen	<input type="checkbox"/>
Terugtrekken	<input type="checkbox"/>
<b>Verzet/ afweer</b>	
Verbale agressie	<input type="checkbox"/>
Fysieke agressie (bijv. mensen en/of voorwerpen wegduwen, anderen krabben, anderen slaan, stompen, schoppen)	<input type="checkbox"/>
Geërgerd (geagiteerd)	<input type="checkbox"/>
Achteruitdeinzen	<input type="checkbox"/>
Niet aangeraakt willen worden	<input type="checkbox"/>
Niet-coöperatief/weerstand tegen zorgverlening	<input type="checkbox"/>
<b>Sociaal emotioneel/stemming</b>	
Nors/prikkelbaar	<input type="checkbox"/>
Schreeuwen/krijzen	<input type="checkbox"/>
Donkere blik	<input type="checkbox"/>
Verdrietige blik	<input type="checkbox"/>
Geen mensen in de buurt laten komen	<input type="checkbox"/>
Ontsteld (ontdaan)	<input type="checkbox"/>
Blozend, rood gelaat	<input type="checkbox"/>

**Subschaal scores:** Gelaat  Verzet/ Afweer  Sociaal emotioneel/ stemming

**Totale score:**

**Instructie** Observeer de cliënt gedurende korte tijd en scoor daarna wat je gezien hebt.

#### **Aanwijzingen voor het scoren**

1. Wacht na het observeren even voordat je de items die tijdens de observatieperiode voorkwamen aankruist.
2. Degen die observeert en scoort is alleen hierop gericht. De observator kan nooit tegelijkertijd de cliënt verzorgen.
3. Scoor altijd alle items die je hebt gezien, ook als dat normale uitingen zijn. Je interpreteert niet. Vraag je niet af of een uiting (zoals kreunen of rimpels in het voorhoofd) hoort bij de dementie.
4. Scoor meerdere keren, zodat een volledig beeld wordt verkregen. Richtlijn: een observatie tijdens de verzorging, bij rust in bed, bij rust zittend 's ochtends, bij rust zittend 's avonds of tijdens een (plezierige) activiteit.

**Resultaten** Een score van 4 of hoger duidt mogelijk op pijn. Het heeft geen zin de scores van verschillende cliënten met elkaar te vergelijken.

<sup>1</sup> PACSLAC is oorspronkelijk ontwikkeld door Fuchs-Lacelle and Hadjistavropoulos, 2004

PACSLAC-D werd vertaald, aangepast en getest door de Universiteit Maastricht (Zwakhalen et al., 2006)

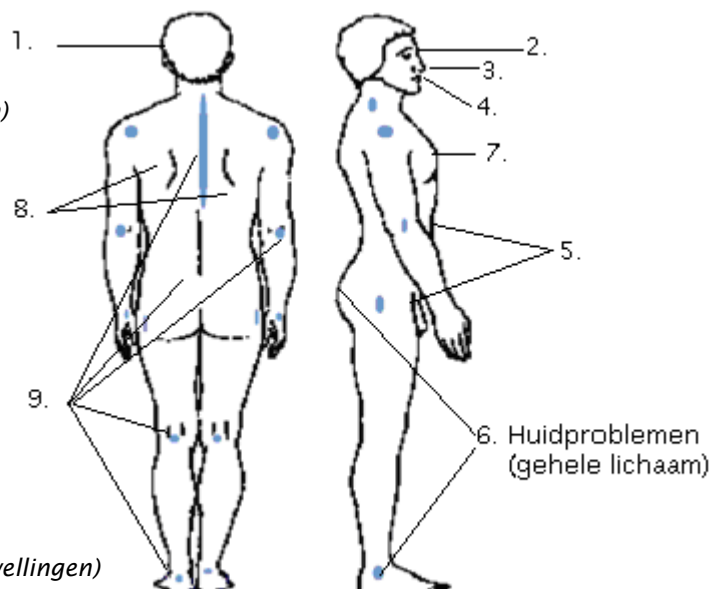
## Werkblad stap 1 – Pijnschaal en Lichamelijk onderzoek



1b. Lichamelijk onderzoek:

Screeningsgebieden door verzorgenden: Aanwijzingen voor problemen en/of pijn? (omcirkel antwoord hieronder)

1. **Oren** (bijv. roodheid/infectie)
2. **Ogen** (bijv. tekenen van infectie)
3. **Neus** (bijv. verkoudheid/verstopping met voorwerp)
4. **Mond en/of gebit** (bijv. infectie, past het gebit nog goed, laatste tandarts bezoek?)
5. **Buik, darmen en/of Urinewegen**
6. **Huid** (o.a. jeuk/decubitus)
7. **Hart- en bloedsomloop** (bijv. temperatuur, toe- of afname polsfrequentie, vochthuishouding)
8. **Longen** (bijv. hoesten, snelle ademfrequentie)
9. **Bewegingen van de gewrichten en/of de wervelkolom** (bijv. soepelheid, pijn, zwellingen)



Door specialist ouderengeneeskunde:

Bevindingen onderzoek	Gerichte behandelingen gepland & uitgevoerd	Effect geplande behandeling?

Hoeveel behandelingen zijn gepland:..... (aantal)

Hoeveel behandelingen zijn uitgevoerd:.....(aantal)

Was Stap 1 volgens jou (en je collega's) voldoende effectief in het veranderen van:

(denk terug aan het beschreven probleem)

- Het onbegrepen gedrag : Ja / Nee
- Pijn : Ja / Nee
- Anders, namelijk.....

Indien 'volledig ja' geantwoord kan worden: sluit STA OP af en vul het overzichtswerkblad in.

- De interventie is opgenomen in het cliëntdossier.  
Datum..... vermeld onder.....

- Nee. Ga verder naar Stap 2** (vaststellen psychologische behoeften en overleg psycholoog)



## Werkblad stap 2 - Vaststellen psychologische behoeften en overleg psycholoog



Tijd	Huidige activiteiten	Betekenisvolle contacten van minimaal 10 minuten	Storende prikkels uit omgeving	Voorgestelde veranderingen
7.30-7.59		<input type="checkbox"/>		
8.00-8.29		<input type="checkbox"/>		
8.30-8.59		<input type="checkbox"/>		
9.00-9.29		<input type="checkbox"/>		
9.30-9.59		<input type="checkbox"/>		
10.00-10.29		<input type="checkbox"/>		
10.30-10.59		<input type="checkbox"/>		
11.00-11.29		<input type="checkbox"/>		
11.30-11.59		<input type="checkbox"/>		
12.00-12.29		<input type="checkbox"/>		
12.30-12.59		<input type="checkbox"/>		
13.00-13.29		<input type="checkbox"/>		
13.30-13.59		<input type="checkbox"/>		
14.00-14.29		<input type="checkbox"/>		
14.30-14.59		<input type="checkbox"/>		
15.00-15.29		<input type="checkbox"/>		
15.30-15.59		<input type="checkbox"/>		
16.00-16.29		<input type="checkbox"/>		
16.30-16.59		<input type="checkbox"/>		
17.00-17.29		<input type="checkbox"/>		
17.30-17.59		<input type="checkbox"/>		
18.00-18.29		<input type="checkbox"/>		
18.30-18-59		<input type="checkbox"/>		
19.00-19.29		<input type="checkbox"/>		
19.30-19.59		<input type="checkbox"/>		
Tussen 20.00 en 7.30 uur		<input type="checkbox"/>		

### Instructie bij het invullen van het dagschema

1. In de eerste kolom houd jij of een van de andere teamleden bij **wat** een bewoner **ieder half uur doet**.
2. In de tweede kolom kun je een kruisje neerzetten als een bewoner ten minste 10 minuten een “**betekenisvol**” contact met jou of iemand anders heeft gehad.
3. In de derde kolom kun je je **observaties neerschrijven** over eventuele **negatieve prikkels** uit de omgeving. Als zo’n negatieve prikkel zich voordoet op een bepaald tijdstip, zoals wanneer een andere bewoner schreeuwt en wanneer dat de bewoner die je observeert van streek maakt, schrijf dat dan op bij het half uur waarin dat gebeurde. Als een negatieve prikkel continu aanwezig is, zoals een naar achtergrondgeluid, schrijf dat dan ook op in de derde kolom, maar geef daarbij aan dat het om een continue prikkel gaat (door er “continu” bij te schrijven).
4. Als je klaar bent met het invullen van de eerste drie kolommen, kijk dan nog eens kritisch. Was er die dag sprake van negatieve prikkels? Waren er minimaal 2 x 10 minuten “betekenisvolle” contacten? Was er een balans tussen rustgevendende en stimulerende activiteiten? En hoe lang duurden activiteiten meestal?
5. Als daar aanleiding voor is, schrijf je in de vierde kolom op wat je zou willen veranderen om negatieve prikkels te verminderen, “betekenisvolle” contacten te stimuleren en een betere balans te vinden tussen rustgevendende en stimulerende activiteiten. **Beslis en beschrijf ook hoe je de geplande veranderingen wilt bereiken en wie daarvoor verantwoordelijk is.**



## Werkblad stap 2 - Vaststellen psychologische behoeften en overleg psycholoog



Naam cliënt: .....

Datum & Tijdstip beoordeling: .....

	Bevindingen onderzoek	Gerichte behandelingen gepland & uitgevoerd	Effectiviteit ?
Is er <b>omgevingsstress</b> die kan worden verminderd?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk..... .....		
Is er een goed evenwicht tussen <b>stimulerende en rustgevende</b> activiteiten?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk..... .....		
Heeft de bewoner tenminste 2 x 10 min. <b>betekenisvol sociaal contact</b> per dag?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk..... .....		

Op de voorzijde van dit werkblad kun je het dagschema van de bewoner invullen om te beoordelen of aan bovenstaande aspecten wordt voldaan.

Hoeveel behandelingen c.q. veranderingen zijn gepland:.....(aantal)

Hoeveel behandelingen c.q. veranderingen zijn uitgevoerd:.....(aantal)

Was Stap 2 volgens jou (en je collega's) voldoende effectief in het veranderen van:

(denk terug aan het beschreven probleem)

- Het onbegrepen gedrag : Ja / Nee
- Pijn : Ja / Nee
- Anders, namelijk.....

Indien 'volledig ja' geantwoord kan worden: sluit STA OP af en vul het overzichtswerkblad in.

- De interventie is opgenomen in het cliëntdossier.  
Datum..... vermeld onder.....

- Nee. Ga verder naar Stap 3 (comfort interventies)**



## Werkblad bij stap 3 - Comfort interventie(s)

Naam cliënt: .....

Datum & Tijdstip beoordeling: .....

**Suggesties voor Comfort Interventies:** (bladzijde 45-48 van je handboek)

- Zintuigactivering (Snoezelen):** o.a. muziek luisteren, tastprikkelers aanbieden, masseer handen/voeten, zeep laten ruiken voordat bewoner gewassen wordt, kijk samen een tijdschrift of plaatjesboek in.
- Reminiscentie:** o.a. boeken van vroeger inkijken, liedjes zingen die belangrijk waren voor bewoner, ouderwetse lekkernij bij koffie aanbieden.
- Bewegen:** o.a. balspel, tuinieren, wandelen, samen huishoudelijke taken uitvoeren.

**Beschrijf op de volgende bladzijde in de tabel (proefbehandelingen):**

1. Welke (nieuwe) comfort behandelingen om het gedrag te verbeteren zijn uitgeprobeerd? En wat was het effect?
2. Beschrijf door Wie, Waar, Wanneer (op welke tijdstippen) en Hoe vaak de interventie is uitgevoerd.

Keuzemoment Stap 3:

**Was Stap 3 volgens jou (en je collega's) voldoende effectief in het veranderen van:**  
(denk terug aan het beschreven probleem)

- Het onbegrepen gedrag : Ja / Nee
- Pijn : Ja / Nee
- Anders, namelijk.....

Indien 'volledig ja' geantwoord kan worden: sluit STA OP af en vul het overzichtswerkblad in.

- De interventie is opgenomen in het cliëntdossier.  
Datum..... vermeld onder.....

**Nee. Probeer een andere, nieuwe interventie uit óf ga verder naar Stap 4 (proefbehandeling pijnmedicatie) als er minimaal 3 interventies geprobeerd zijn.**

**Proefbehandeling, vervolg blz. 10 (minimaal 3 aanbevolen)**

<b>Welke interventie</b>	<b>Wie ? (functie)</b>	<b>Welk(e) tijdstip(pen)</b>	<b>Wat was het effect?</b>	<b>Hoe vaak ?</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				




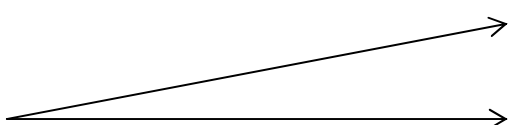
## Werkblad stap 4 – Proefbehandeling pijnstillende medicatie


Naam cliënt: .....


Datum & Tijdstip beoordeling: .....

Geef een pijnstiller om te proberen het gedrag te verbeteren (meerdere medicijnen mogelijk)

Medicijn (1):	Dosis toegediend:	Effectief? Ja / Nee
-	-	
	-	
	-	
Als niet effectief, 		Dosisverandering of andere pijnstiller nodig? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (kruis aan): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Dosisverandering</li> <li><input type="radio"/> Ander medicijn</li> </ul>

Medicijn (2):	Dosis toegediend:	Effectief? Ja / Nee
-	-	
	-	
	-	
Als niet effectief, 		Dosisverandering of andere pijnstiller nodig? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (kruis aan): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Dosisverandering</li> <li><input type="radio"/> Ander medicijn</li> </ul>

Medicijn (3):	Dosis toegediend:	Effectief? Ja / Nee
-	-	
	-	
	-	
Als niet effectief, 		Dosisverandering of andere pijnstiller nodig? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (kruis aan): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Dosisverandering</li> <li><input type="radio"/> Ander medicijn</li> </ul>

Medicijn (4):	Dosis toegediend:	Effectief? Ja / Nee
-	-	
	-	
	-	
Als niet effectief, 		Dosisverandering of andere pijnstiller nodig? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (kruis aan): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Dosisverandering</li> <li><input type="radio"/> Ander medicijn</li> </ul>

Was Stap 4 volgens jou (en je collega's) voldoende effectief in het veranderen van:  
 (denk terug aan het beschreven probleem)

- Het onbegrepen gedrag : Ja / Nee
- Pijn : Ja / Nee
- Anders, namelijk.....

*Indien 'volledig ja' geantwoord kan worden: sluit STA OP af en vul het overzichtswerkblad in.*

- De interventie is opgenomen in het cliëntdossier.  
 Datum..... vermeld onder.....

**Nee. Probeer een andere pijnstiller of een andere dosis uit óf ga verder naar Stap 5 (proefbehandeling psychofarmaca of consultatie) als stap 4 niet effectief genoeg was.**

## Werkblad stap 5 – Psychofarmaca & Consultatie



Naam cliënt: .....

Datum & Tijdstip beoordeling: .....


Overleg/consultatie met:	Effectief? Ja / Nee
1.	
2.	
3.	

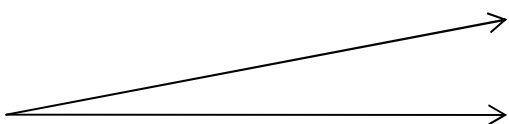
Voorgeschreven psychofarmaca (meerdere medicijnen en doseringen mogelijk)

Medicijn (1):	Dosis toegediend:	Effectief? Ja / Nee
-	-	
Als niet effectief, 		Dosisverandering of andere psychofarmaca nodig? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (kruis aan): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Dosisverandering</li> <li><input type="radio"/> Ander medicijn</li> </ul>

Medicijn (2):	Dosis toegediend:	Effectief? Ja / Nee
-	-	
Als niet effectief, 		Dosisverandering of andere psychofarmaca nodig? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (kruis aan): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Dosisverandering</li> <li><input type="radio"/> Ander medicijn</li> </ul>



Medicijn (3):	Dosis toegediend:	Effectief? Ja / Nee
-	- - -	
Als niet effectief, 		Dosisverandering of andere psychofarmaca nodig? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (kruis aan): <input type="radio"/> Dosisverandering <input type="radio"/> Ander medicijn

Medicijn (4):	Dosis toegediend:	Effectief? Ja / Nee
-	- - -	
Als niet effectief, 		Dosisverandering of andere psychofarmaca nodig? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (kruis aan): <input type="radio"/> Dosisverandering <input type="radio"/> Ander medicijn

Was **Stap 5** volgens jou (en je collega's) voldoende effectief in het veranderen van:  
 (denk terug aan het beschreven probleem)

- Het onbegrepen gedrag : Ja / Nee
- Pijn : Ja / Nee
- Anders, namelijk.....

*Indien 'volledig ja' geantwoord kan worden: sluit STA OP af en vul het overzichtswerkblad in.*

- De interventie is opgenomen in het cliëntdossier.  
Datum..... vermeld onder.....
- Nee. Raadpleeg (eventueel) een andere externe deskundige óf ga opnieuw naar Stap 0.**

## ***Bijlage 7: Oefeningen uit de STA OP!-training***

### **Module 1:**

#### ***1.6.1 Oefening waarnemen van non-verbaal gedrag***

In groepjes van drie: A, B en C

A denkt aan drie verschillende ervaringen: een prettige, een neutrale en een minder prettige ervaring. B en C hoeven niet te weten waar A aan welke ervaring denkt. A kijkt hierbij ontspannen voor zich uit, mag evt. ook de ogen sluiten.

1. A denkt beurtelings aan een ervaring en vertelt alléén of het om een prettige, neutrale of minder prettige ervaring gaat (gebruik steeds dezelfde ervaringen als bij stap 1). B en C observeren dit en benoemen de ervaring (prettig, minder prettig of neutraal). Oefen dit twee of drie keer.
2. A herbeleeft in willekeurige volgorde een van de ervaringen: B en C vertellen of het om een prettige, minder prettige of neutrale ervaring ging: zij gebruiken hun nauwkeurige observaties.

### **Module 2:**

#### ***2.3.4 Opdracht: Beantwoord de onderstaande vragen***

In de groepjes van het praktijkdeel van de training. Gebruik het werkblad bij stap 2 op blz. 45 (of uit bijlage 6)

- *Lees de instructies voor het invullen.*
- *Vul het dagschema voor zover mogelijk al in voor de 'eigen bewoner'*
- *Benoem de psychosociale behoeften.*
- *Heb je nu genoeg informatie om de vragen van het tweede deel van dit werkblad in te kunnen vullen?*
  - *Kan de omgevingsstress worden verminderd?*
  - *Is er een goed evenwicht tussen stimulerende en rustgevende activiteiten?*
  - *Heeft de bewoner minstens 2x 10 minuten betekenisvol contact?*
  - *Heb je familie/vrijwilligers ingeschakeld of zou je dit alsnog kunnen doen?*

#### ***2.4.1. Opdracht: plenair of in groepjes de onderstaande vragen beantwoorden.***

- a. Wat weet je van de belevingsgerichte benadering? Hoe gebruik je die tijdens het werk? Wat betekent deze benadering voor jou?
- b. Hoe denk je over het gebruik van de genoemde comfort interventies (zintuigactivering; reminiscentie en bewegen). Wanneer kies je voor een validerende of juist voor een realiteitsoriënterende benadering. Waarom komt volgens jou deze benadering aan de orde binnen het stappenplan STA OP!?

## 2.5 Oefening spiegelen

*Spiegelen is het afstemmen op de ander door het imiteren van het imiteren van lichaamstaal en taal*

### **Doelen**

- *Contact te maken*
- *Gedrag van de ander positief beïnvloeden.*

### **Hoe**

- *Respectvol.*
- *Non-verbale lichaamstaal. knikken van het hoofd, ademhaling, mimiek, gebaren, lichaamshouding, geluiden, enz. Je kunt alles spiegelen.*
- *Gebruik woorden en uitdrukkingen van de ander.*

### **Deel 1**

In groepjes van drie: A, B en C

1. A vertelt in een of twee zinnen een gebeurtenis.
2. B vraagt door om erachter te komen waar het om gaat en maakt contact door te spiegelen.
3. C observeert.
4. Wissel van rol tot iedereen A, B en C is geweest.

### **Deel 2**

Als jullie het spiegelen hebben geoefend, is het ook goed om te bemerken wat er gebeurt als het spiegelen wordt onderbroken. Dit noemen we mismatchen.

1. A vertelt in een of twee zinnen een gebeurtenis.
2. B vraagt door om erachter te komen waar het om gaat en maakt contact door te spiegelen.
3. B verbreekt tijdens het gesprek het contact door bijvoorbeeld even weg te kijken, iets tegen een ander te zeggen, of door aan de andere kant het spiegelen te onderbreken. Daarna gaat het gesprek weer verder.
4. C observeert.

### **Deel 3**

Door eerst contact te maken kun je gaan 'leiden'.

Voorbeeld: Je wilt dat de ander rustig ademhaalt, rustig achterover zit etc.

### **Oefening**

1. Verdeel de rollen: A, B en C. Kies een andere rol dan in deel 2.
2. A vertelt in een of twee zinnen een gebeurtenis.
3. B vraagt door om erachter te komen waar het om gaat en maakt contact door te spiegelen.
4. Als B goed in contact is met A kan B A langzaam naar ander gedrag leiden, door het gedrag van A te beïnvloeden. Neem kleine stappen.
5. C observeert.

## Module 3:

### 3.4 Feedback

#### Definitie:

Feedback is het teruggeven van informatie aan de ander over hoe een boodschap is ontvangen en/ of hoe gedrag wordt waargenomen, begrepen en ervaren.

Bij het geven van feedback gaat het dus om het overdragen van informatie op de ander waardoor diegene weet hoe zijn gedrag overkomt op jou. Je geeft feedback altijd om een ander te helpen inzicht krijgen in zijn eigen handelen/gedrag.

#### Belangrijk:

- Feedback gaat altijd over gedrag/ handelen van de ander en nooit over de gehele persoonlijkheid.
- Geef steeds het effect aan dat het gedrag van de ander heeft op jouw gedrag. Spreek dus in de 'ikvorm'.
- Geef eventueel de beleving aan die je voelt door dat effect op jouw gedrag.

#### Regels feedback

##### **Geven van feedback:**

- a. Noem de ontvanger bij zijn naam.
- b. Ga uit van de positieve intentie van iemand en benoem die.
- c. Geef feedback altijd vanuit het idee dat je er iemand verder mee wilt helpen.
- d. Feedback gaat altijd over het handelen/ gedrag van iemand.
- e. Geef verbeterpunten aan.
- f. Geef feedback KORT en BONDIG KISS (Keep It Short and Simple)
- g. Kijk of de vraag of je feedback begrepen is.

##### **Ontvangen van feedback:**

1. Richt je tot de spreker.
2. Luister, luister, luister....
3. Ga je niet verdedigen of verontschuldigen (uitleggen is meestal hetzelfde)
4. Vraag uitleg als je iets niet begrijpt.
5. Bedank voor de gegeven feedback.

**Belangrijk:** *Positieve intentie en verbeterpunten*

#### 3.5.1 Oefening (in groepjes)

##### Deel 1

Individueel; beschrijf een voorbeeld van feedback die je gegeven hebt maar waarbij je niet de reactie kreeg waarop je had verwacht. Of beschrijf een situatie waarin je feedback wilde geven maar het niet hebt gedaan/gedurfd.

##### Deel 2

Bespreek je bevindingen met elkaar in je groepje en oefen enkele situaties. Pas de regels voor feedback geven en ontvangen toe.

Wat was het resultaat?

### 3.5.1 Test jezelf (verzorgenden/verpleegkundigen)

1. Als een demente bewoner geen pijn aangeeft heeft hij geen pijn  
Eens 1-----2-----3-----4-----5-----6 oneens

2. Pijnstillers leiden tot verslaving.  
Eens 1-----2-----3-----4-----5-----6 oneens

3. Pijnstillers op vaste tijden geef ik niet als de bewoner geen pijn aangeeft.  
Eens 1-----2-----3-----4-----5-----6 oneens

4. Ik ben van de werking van alle voorgeschreven pijnstillers op de hoogte.  
Oneens 1-----2-----3-----4-----5-----6 eens

5. Pijnbestrijding zou een vast onderwerp moeten zijn bij het overleg met de arts/  
specialist ouderengeneeskunde/MDO.  
Oneens 1-----2-----3-----4-----5-----6 eens

6. Ik ben blij met de PACSLC-D pijnscore lijst en ga hem geregeld gebruiken.  
Oneens 1-----2-----3-----4-----5-----6 eens

7. Ik ben van de werking en bijwerkingen van psychofarmaca op de hoogte  
Oneens 1-----2-----3-----4-----5-----6 eens

8. Ik weet bij welke aandoeningen psychofarmaca worden voorgeschreven  
Oneens 1-----2-----3-----4-----5-----6 eens

9. Ik weet welke observaties ik moet doen bij een bewoner die psychofarmaca  
gebruikt  
Oneens 1-----2-----3-----4-----5-----6 eens



## Module 4:

### **4.4.1. Opdracht A: Vorm groepjes waarin alle disciplines vertegenwoordigd zijn en beantwoord de onderstaande vragen.**

Stel je de ideale situatie voor: je werkt op je werkplek volgens het STA OP! stappenplan. Zodra een bewoner onbegrepen gedrag vertoont wordt het plan in werking gezet en geïntegreerd in jullie werkwijze.

1. Geef een korte schets/ impressie:
  - Hoe ziet dat eruit? Of hoe zou het werken met het stappenplan het best kunnen verlopen?
  - Wie zijn erbij betrokken; wat doen ze; hoe werken ze samen?
  - Hoe zijn de bewoners er aan toe?
2. Wat hebben jullie al in huis om zo te kunnen werken (materieel en immaterieel)?
3. Hoe kun je het stappenplan integreren in de bestaande methodische werkwijze? Wat moet er nog veranderen/verbeteren om zo te kunnen werken?

### **4.4.2. Opdracht B (dezelfde groepjes)**

Bekijk de belangrijkste veranderpunten uit de vorige opdracht eens:

1. Welke punten moeten verbeterd worden om het stappenplan goed te kunnen uitvoeren? Kies de belangrijkste uit?
2. Wat kun je zelf doen om deze punten te verbeteren? Hoe ga je dat aanpakken.
3. Wat moet door anderen gedaan worden en hoe ga je daarover communiceren?

## **4.7 Het samenstellen van stimuleringsgroepen**

De stimuleringsgroep zal zich bezighouden met:

### **Voorwaarden**

- Wat hebben medewerkers nodig om het vol te houden?
- Hoe blijven alle uitvoerenden actief betrokken?
- Communicatie
- Hoe om te gaan met alle geschreven en ongeschreven regels die het werken volgens het stappenplan mogelijk in de weg staan?

### **Uitvoering**

- Waar worden de werkbladen bewaard?
- Afspraken over het invullen van de werkbladen
- Welke informatie wordt uiteindelijk in het dossier opgenomen en op welk moment
- Zorgvuldige observatie en rapportage: mogelijke knelpunten oplossen.
- Wie is verantwoordelijk voor evaluatie en bijstellen van de plannen?
- Wie werkt er aan de plannen die nog gemaakt moeten worden?
- Hoe worden nieuwe medewerkers erbij betrokken?

### **Afspraken werkwijze stimuleringsgroep**

- Wie doet wat?
- Wanneer kom je bij elkaar?
- Zijn er vaste agendapunten?

## Module 5:

Ruimte voor aantekeningen bij de presentatie(s):

Welke zaken zijn verbeterd?

- 
- 
- 
- 

Wat vormt (nog) belemmeringen/knelpunten?

- 
- 
- 
- 

Hoe was de samenwerking onderling en met andere disciplines?

Op welke manier zijn de familieleden/naasten en vrijwilligers betrokken bij het stappenplan?

Voorwaarden om te kunnen werken met het stappenplan?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

## *Aantekeningen*

---



## *Aantekeningen*

---



## *Aantekeningen*

---



## *Aantekeningen*

---



## *Aantekeningen*

---



## *Aantekeningen*

---





## *Aantekeningen*

---



## *Aantekeningen*

---



## *Aantekeningen*

---



## *Aantekeningen*

---

