

Inhoud

INLEIDING	3
INHOUDELIJKE TOELICHTING BIJ GRIP	5
IMPLEMENTATIE VAN GRIP EN TRAINING VAN DE LOKALE MEDEWERKERS DOOR DE LOKALE COÖRDINATOREN (TRAINERS).....	7
Fase 1 Vorbereiden	8
Fase 2 Uitvoeren	10
Fase 3 Evalueren, verspreiden & borgen.....	12
Literatuur	13
TRAINING VAN DE LOKALE COÖRDINATOREN (TRAINERS)	15
Opdrachten Train-de-trainer bijeenkomst I	17
Opdrachten Train-de-trainer bijeenkomst II	18
BIJLAGEN BIJ 'IMPLEMENTATIE VAN GRIP EN TRAINING VAN DE LOKALE MEDEWERKERS DOOR DE LOKALE TRAINERS'	19
Bijlage 1. Achtergrondinformatie GRIP	21
Bijlage 1a. Inleiding Probleemgedrag bij verpleeghuisbewoners met dementie.....	23
Bijlage 1b. Overzicht zorgprogramma	29
Bijlage 1c. Uitleg zorgprogramma voor de afdelingsmedewerkers.....	33
Bijlage 1d. Uitleg zorgprogramma Psycholoog	39
Bijlage 1e. Uitleg zorgprogramma voor de arts	49
Bijlage 1f. Uitleg zorgprogramma voor familie / mantelzorgers	58
Bijlage 1g. Stroomschema zorgprogramma en overzicht van taken	59
Bijlage 1h. Overzicht stappen zorgprogramma per discipline.....	65
Bijlage 2. Checklist startbijeenkomsten (2x 2 à 2,5uur)	69
Bijlage 3. Hand-outs presentaties startbijeenkomsten I en II	71
Hand-outs startbijeenkomst I	72
Hand-outs startbijeenkomst II	87
Bijlage 4. Oefenmateriaal voor oefenen met gebruik van zorgprogramma	91
Bijlage 4a. Monitor Gedragssymptomen	92
Bijlage 4b. Analyse Zorg	94
Bijlage 4c. Analyse Psycholoog	98
Bijlage 4d. Analyse Arts	101
Bijlage 4e. Behandelplan.....	103
Bijlage 4f. Evaluatie.....	105

INLEIDING

Dit werkboek is bedoeld voor de lokale coördinatoren (trainers) die zorg dragen voor de praktische implementatie van het zorgprogramma Grip op Probleemgedrag (GRIP) op de psychogeriatrische afdelingen in het verpleeghuis of op kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie waar verpleeghuiszorg wordt geboden.

Het doel van dit werkboek is deze lokale coördinatoren (trainers) op hun eigen locatie te ondersteunen bij het invoeren van methodisch werken bij de aanpak van probleemgedrag¹ bij bewoners met dementie in het verpleeghuis.

Uit de pilot GRIP II (2015) kwam naar voren dat een coördinatorteam bestaande uit een psycholoog, een manager (bijv. teamleider, kwaliteitsfunctionaris) en een zorgmedewerker (bijv. EVV-er, geriatrisch verpleegkundige) de meest ideale combinatie is om de implementatie vorm te geven. Elke organisatie is echter vrij te beslissen welke medewerkers het meest geschikt zijn voor deze rol. Verantwoordelijkheid en enthousiasme voelen én tonen over het gebruik van het zorgprogramma zijn de belangrijkste elementen voor een succesvolle implementatie en borging van GRIP.

Dit werkboek helpt lokale coördinatoren (trainers) bij de voorbereiding en het maken van een plan van aanpak. Door het volgen van dit werkboek worden de fasen doorlopen die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren en borgen van GRIP in uw instelling.

Onze speciale dank gaat uit naar de auteurs van “*De Implementatiewijzer. Multidisciplinair zorgprogramma Doen bij Depressie*” (2013)², Els Derksen, Debbie Gerritsen, Roeslan Leontjevas en Anke Persoon, op wiens werk dit werkboek grotendeels is gebaseerd.

INHOUDELIJKE TOELICHTING BIJ GRIP

Probleemgedrag komt veel voor op psychogeriatrische afdelingen binnen het verpleeghuis in Nederland. Verschillende onderzoeken laten zien dat ongeveer 80% van de bewoners op enig moment probleemgedrag vertoont.³

Wat is 'probleemgedrag'?

Probleemgedrag wordt in dit zorgprogramma gedefinieerd als 'alle gedrag dat gepaard gaat met lijdensdruk en/of gevaar voor de bewoner of voor mensen in zijn of haar omgeving'. Het is goed bij gebruik van de term 'probleemgedrag' expliciet te benadrukken dat de term niet betekent dat de bewoner een probleem is of dat de bewoner schuld heeft aan het gedrag.

Onder probleemgedrag valt een scala aan gedrag. Dit kan variëren van agressie, agitatie, geïrriteerdheid, roepen, voortdurend aandacht vragen, tot minder opvallend gedrag zoals apathie, uitingen van angst en depressiviteit. Probleemgedrag leidt tot verlies van kwaliteit van leven voor bewoners zelf en kan belastend zijn voor naasten en medebewoners. Bij afdelingsmedewerkers kan probleemgedrag leiden tot toename van de werkbelasting en het ziekteverzuim en tot afname van het werkplezier. Alle reden dus om tot een goede aanpak van probleemgedrag bij verpleeghuisbewoners met dementie te komen.

Grip op Probleemgedrag

Omdat het in veel verpleeghuizen ontbreekt aan een duidelijke structuur voor de aanpak van probleemgedrag van bewoners met dementie is het programma Grip op Probleemgedrag (GRIP) ontwikkeld. GRIP is een zorgprogramma waarmee probleemgedrag van bewoners met dementie in het verpleeghuis op een gestructureerde en multidisciplinaire wijze kan worden gesignaleerd, geanalyseerd, behandeld en geëvalueerd.

Resultaten GRIP

Het zorgprogramma is tussen 2011 en 2012 op 17 psychogeriatrische afdelingen van verschillende zorginstellingen, verspreid over Nederland, geïmplementeerd. Uit de studie naar de effecten van het gebruik van het zorgprogramma blijkt dat werken volgens de methodiek van Grip op Probleemgedrag leidt tot minder probleemgedrag van psychogeriatrische bewoners en minder gebruik van psychofarmaca. Daarnaast ervaren medewerkers die met het zorgprogramma werken meer werktevredenheid.⁴

Implementatie

Gedurende bovengenoemde implementatie van het zorgprogramma heeft een procesevaluatie plaatsgevonden. Uit deze evaluatie werd duidelijk dat de implementatie van het zorgprogramma niet op alle afdelingen optimaal is verlopen. In die instellingen waar het zorgprogramma goed was geïmplementeerd, werden grotere effecten gemeten. Om de implementatie te verbeteren, is daarom een implementatiepakket ontwikkeld waarvan dit werkboek een onderdeel is.

IMPLEMENTATIE VAN GRIP EN TRAINING VAN DE LOKALE MEDEWERKERS DOOR DE LOKALE COÖRDINATOREN (TRAINERS)

Om zorginnovaties, zoals in dit geval het zorgprogramma GRIP, in de praktijk in te voeren is een actieve aanpak nodig met een implementatieplan. Implementatie kan worden omschreven als een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen (van bewezen waarde) met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het handelen.⁵

Het implementeren van GRIP in het verpleeghuis bestaat uit drie fasen.



Fase 1

De eerste fase 'Vorbereiden' is het meest uitgebreid beschreven, omdat een goede implementatie begint met een goede voorbereiding.

Fase 2

De tweede fase 'Uitvoeren' is de verandering zelf. Deze fase start met het informeren van de betrokken medewerkers tijdens de startbijeenkomsten. Na deze scholing kunnen de betrokken medewerkers direct aan de slag met het zorgprogramma GRIP.

Fase 3

In fase drie 'Evalueren, verspreiden en borgen' gaat het erom zowel de implementatie als het zorgprogramma zelf te evalueren, eventueel verder te verspreiden en ervoor te zorgen dat de veranderde werkwijze behouden blijft.

Fase 1 Voorbereiden

Een goede voorbereiding versoepelt de implementatie van GRIP in het verpleeghuis. Daarnaast zorgt deze voor een zo groot mogelijke betrokkenheid van de individuele zorgverleners. Daarom is het belangrijk dat u, de lokale coördinator (trainer), een aantal zaken goed regelt voor u begint.

We beschrijven de benodigde voorbereidingen die u moet treffen voor de implementatie van GRIP op de psychogeriatrische afdelingen in het verpleeghuis. Dit doen we aan de hand van drie stappen, afgeleid van het model van Grol en Wensing⁶: a) Oriëntatie; b) Kennis en informatie; en c) Acceptatie.

a. Oriëntatie

De eerste stap in de voorbereiding is de oriëntatie. Tijdens deze stap brengt u de huidige situatie met betrekking tot de aanpak van probleemgedrag bij dementie in kaart.

Wie zijn er op dit moment betrokken bij de aanpak van probleemgedrag?

Wat zijn mogelijke knelpunten?

Wat is er nodig om de implementatie te laten slagen?

Daarnaast is het goed om de organisatie waarbinnen de implementatie plaats gaat vinden goed in kaart te brengen.

Uit welke locaties bestaat de organisatie?

Welke locaties en afdelingen bieden psychogeriatrische zorg?

Welke locatie(s) en afdeling(en) zijn het meest geschikt om de implementatie mee te starten?

Voor een succesvolle implementatie van GRIP gelden een aantal randvoorwaarden, die u in de voorbereidingsfase checkt.

Randvoorwaarden implementatie GRIP

- De raad van bestuur/directie staan achter het zorgprogramma en dragen dit uit
- De raad van bestuur/directie nemen de implementatie van het zorgprogramma op in het beleidsplan/jaarplan
- De raad van bestuur/directie ondersteunen en faciliteren de implementatie van het zorgprogramma
- Leidinggevenden van de betrokken medewerkers (verzorgenden, verpleegkundigen, activiteitenbegeleiders, psychologen, specialisten ouderengeneeskunde, etc.) zijn geïnformeerd en ondersteunen de verandering
- Er is een vaste overlegstructuur (bijvoorbeeld 1x/2 weken) tussen verzorging/verpleging, specialist ouderengeneeskunde en psycholoog
- Twee à drie medewerkers zijn benoemd tot lokale coördinator (trainer) en gaan de implementatie van GRIP binnen de instelling begeleiden en ondersteunen
- De lokale coördinatoren (trainers) volgen twee dagdelen het train-de-trainer programma GRIP
- De lokale coördinatoren (trainers) krijgen uren t.b.v. het implementatietraject
- Er wordt tijd vrijgemaakt voor scholing van afdelingsmedewerkers, psychologen en specialisten ouderengeneeskunde
- Omvang en tijdpad zijn in overleg met betrokkenen vastgelegd (welke locaties, welke afdelingen wanneer)

b. Kennis en informatie

De tweede stap in de voorbereiding voor de implementatie van GRIP is het organiseren van de twee startbijeenkomsten waarin de betrokken behandelaars en zorgmedewerkers over de inhoud van het zorgprogramma geïnformeerd worden en gaan oefenen in het werken met het zorgprogramma. In bijlage 3 en op de bijgeleverde USB-stick vindt u presentaties die u kunt gebruiken om deze bijeenkomsten vorm te geven. Deze presentaties worden tijdens de train-de-trainer bijeenkomsten met u doorgenomen. Uiteraard kunt u deze presentaties waar nodig aanpassen, bijvoorbeeld door het toevoegen van een casus die bij de betrokken afdelingsmedewerkers bekend is. Voor elke bijeenkomst heeft u ongeveer 2 à 2,5 uur nodig. Probeer tussen beide bijeenkomsten niet te veel tijd te laten verstrijken. Het advies is om tussen beide bijeenkomsten 2 tot 4 weken ruimte te laten. Probeer bij de planning van deze startbijeenkomsten zoveel mogelijk rekening te houden met andere projecten die binnen de organisatie spelen en met vakantieperiodes.

c. Acceptatie

De laatste stap in de voorbereiding is het voorbereiden van een brede acceptatie van het zorgprogramma. Om ervoor te zorgen dat GRIP op de afdeling daadwerkelijk gebruikt gaat worden, is het belangrijk voldoende kennis te hebben van de manier waarop mensen omgaan met veranderingen.

In iedere organisatie en bij iedere discipline zijn voorlopers, volgers en achterblijvers herkenbaar.⁶ Het is van belang om bij de benadering van verschillende groepen verschillende strategieën toe te passen. Bij de keuze voor een eerste afdeling waarop GRIP geïmplementeerd wordt, is het belangrijk om die mensen en die afdeling te kiezen waar zowel psycholoog, leidinggevende, het zorgteam en de specialist ouderengeneeskunde als 'voorlopers' te herkennen zijn. Hun ervaringen met het programma kunnen nuttig zijn bij volgende afdelingen. Zij kunnen dan de rol van voorloper ook binnen hun vakgroep vervullen.

Schema: Implementeren en motivatie om te veranderen.⁶

	Voorlopers	Volgers	Achterblijvers
Motivatie	Intrinsiek: zien voordelen	Erbij horen, relatie met anderen	Extrinsiek: het moet
Effectieve beïnvloeding	Gericht op cognitie	Gericht op attitude	Gericht op gedrag
Implementatie-methode	Goede informatie Schriftelijk	Inzet sleutelfiguren Intercollegiale activiteiten	Regels en afspraken Beloning Hulp bij praktische problemen Duidelijk leiderschap

Bron: Grol & Wensing (2006)

Naast voorlopers worden ook medewerkers uit de groep volgers en achterblijvers geschoold in het zorgprogramma, alleen moeten zij op een andere manier worden aangesproken. Op iedere afdeling zullen de GRIP-afdelingscoördinator, leidinggevende en u (lokale coördinator/trainer) de teamleden op een passende manier moeten aanspreken. Het schema van Grol en Wensing (2006) kan u hierbij helpen.

Kortom, een goede voorbereiding is heel belangrijk voor een goede implementatie van GRIP. Gebruik voor een succesvolle voorbereiding de achtergrondinformatie GRIP, de checklist startbijeenkomsten, de hand-outs en het oefenmateriaal in de bijlagen.

Fase 2 Uitvoeren

De startbijeenkomsten met afdelingsmedewerkers en behandelaars luiden fase 2 in. Tijdens deze bijeenkomst gaat u de betrokken behandelaars en medewerkers scholen. Na deze scholing gaan de betrokkenen direct aan de slag met het zorgprogramma.

Startbijeenkomst

Tijdens de startbijeenkomsten wordt het betrokken afdelingspersoneel geïnformeerd over de achtergronden van probleemgedrag en het zorgprogramma GRIP, maar ook over welke collega's betrokken zijn bij het programma en wat precies ieders rol en taken in het proces zijn. U bent verantwoordelijk voor de organisatie van de bijeenkomst en het uitnodigen van de deelnemers.

Deelnemers startbijeenkomsten

- de afdelingsmedewerkers (verzorgenden, verpleegkundigen, maar ook gastvrouwen, voedingsassistenten, dagbestedingscoaches/activiteitenbegeleiders,)
- de psycholoog
- de specialist ouderengeneeskunde¹
- eventueel andere betrokkenen, zoals teamleider en manager PG

Lesmateriaal

Om u, de lokale coördinator / trainer, goed voor te bereiden op het organiseren en geven van de startbijeenkomsten voor de lokale medewerkers vindt u onder Bijlagen bij *'Implementatie GRIP en training van de lokale medewerkers door de lokale trainer(s)'* achtergrondinformatie over GRIP. Hierin komen onder andere de volgende onderwerpen ter sprake: een inleiding in de problematiek 'probleemgedrag bij verpleeghuisbewoners'; een overzicht van het zorgprogramma en uitleg van het zorgprogramma voor zorgmedewerkers, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde (bijlage 1a t/m 1g).

Ter voorbereiding op de startbijeenkomsten kunt u gebruikmaken van de Checklist Voorbereiding Startbijeenkomsten om te voorkomen dat u iets over het hoofd ziet (bijlage 2). Achterin de map en op de bijgeleverde USB-stick vindt u twee PowerPointpresentaties die u tijdens de bijeenkomsten kunt gebruiken om het betrokken personeel binnen uw instelling te informeren over achtergronden van probleemgedrag en het zorgprogramma GRIP. Deze presentaties zijn een hulpmiddel om de startbijeenkomsten in uw instelling in te vullen. U bent vrij om de presentaties zo aan te passen dat ze aansluiten op de situatie in uw instelling, denk hierbij bijvoorbeeld aan het toevoegen van bekende casuïstiek. De hand-outs van de presentaties vindt u terug in bijlage 3. Bijlage 4 bevat de formulieren waarmee de medewerkers kunnen oefenen met het gebruik van het GRIP.

De PowerPointpresentatie voor Startbijeenkomst I voor lokale medewerkers bestaat uit de volgende onderdelen:

Introductie en achtergrond probleemgedrag en mogelijke oorzaken

De startbijeenkomst begint met een uitleg van wat onder probleemgedrag wordt verstaan en mogelijke oorzaken voor probleemgedrag. De prevalentie van probleemgedrag komt aan de orde, evenals de gevolgen voor de bewoners, mantelzorgers, medebewoners en het afdelingspersoneel.

➤ *Uitleg zorgprogramma GRIP*

De gestructureerde aanpak van probleemgedrag volgens GRIP bestaat uit de volgende vier stappen: 1) signaleren, 2) analyseren, 3) behandelen en 4) evalueren. In de startbijeenkomst I worden deze vier stappen toegelicht.

¹ Of een verpleegkundig specialist

De formulieren die bij elke stap moeten worden ingevuld worden besproken. De afdelingsmedewerkers krijgen een opdracht mee, waarmee zij na de eerste startbijeenkomst aan de slag gaan met het programma Grip.

De PowerPointpresentatie voor Startbijeenkomst II bestaat uit de volgende onderdelen:

➤ *Samenvatting startbijeenkomst I*

De punten die tijdens startbijeenkomst I ter sprake zijn gekomen, worden kort herhaald aan het begin van Startbijeenkomst II.

➤ *Praktische oefening*

Aan de hand van casuïstiek wordt geoefend met het zorgprogramma. Hiervoor is lesmateriaal beschikbaar.

➤ *Bespreken ervaringen met het zorgprogramma*

De opdracht die de afdelingsmedewerkers na startbijeenkomst I hebben meegekregen wordt nabesproken.

➤ *Afspraken over ieders rol en taken*

Aan het eind van de startbijeenkomst I en II is het voor iedere betrokkene duidelijk wat zijn/haar taken zijn gedurende de verschillende stappen in het zorgprogramma. Het is belangrijk dat u dit goed communiceert met iedereen. In bijlage 1h vindt u een overzicht van de taken van de afdelingsmedewerkers, psycholoog en arts. Gebruik dit overzicht bij uw communicatie.

➤ *Aanstellen aanspreekpersoon per afdeling*

Indien meerdere afdelingen met GRIP gaan werken, wordt geadviseerd om per afdeling een verantwoordelijk medewerker te benoemen als aanspreekpersoon voor de lokale coördinator (trainer). Vanwege kennis over de bewoners zijn EVV-ers het meest geschikt voor deze rol. Als alternatief kunt u ook denken aan een (meewerkend) teamleider.

De aanspreekpersonen zijn verantwoordelijk voor het:

- faciliteren van het gebruik van het zorgprogramma op de afdeling d.m.v. controle of de formulieren digitaal of als papieren versie eenvoudig beschikbaar zijn gemaakt.
- promoten van het zorgprogramma door collega's te stimuleren om bij het signaleren van probleemgedrag met het zorgprogramma aan de slag te gaan.
- bijwonen van de evaluatiebijeenkomst (ongeveer 3 maanden na de startbijeenkomst) met andere verantwoordelijke medewerkers. Deze bijeenkomst wordt georganiseerd door de lokale coördinator (trainer).

Fase 3 Evalueren, verspreiden & borgen

In de laatste fase wordt de implementatie van Grip op Probleemgedrag geëvalueerd, verder verspreid en geborgd.

Evaluatie implementatie binnen uw organisatie

Om te evalueren of GRIP goed geïmplementeerd is binnen uw organisatie wordt geadviseerd om ongeveer 6 maanden na de startbijeenkomst een eerste evaluatiebijeenkomst met de verschillende aanspreekpersonen van de afdelingen te plannen. U kunt ervoor kiezen om ook een manager (teamleider, manager PG) hiervoor uit te nodigen.

Tijdens de evaluatie kijkt u met de elkaar terug op de afgelopen zes maanden. Vragen die tijdens deze bijeenkomst worden besproken zijn:

- Wordt er gebruikgemaakt van het zorgprogramma? Waarom wel, niet? Indien wel: loopt het helemaal goed of zijn er verbeterpunten? Indien niet: wat zijn belemmeringen om het zorgprogramma te gebruiken?
- Zijn er verschillen tussen de afdelingen en wat zijn hiervan de oorzaken?
- Hoe ervaart het afdelingspersoneel het werken met GRIP?
- Is er al behoefte aan een herhaling van de startbijeenkomsten? Wanneer gaan we deze inplannen?

De lokale coördinator (trainer) is verantwoordelijk voor het plannen en uitnodigen van de betrokkenen en zit de bijeenkomst voor.

Verspreiden

Nadat u tijdens de evaluatiebijeenkomst heeft vastgesteld of het zorgprogramma goed geïmplementeerd is, kunt u bekijken of er andere afdelingen of locaties zijn waar het zorgprogramma kan worden ingezet. De implementatie volgt dan weer alle stappen uit dit werkboek.

Borgen

Na de evaluatiebijeenkomst plant u eenmaal per jaar een voortgangsbijeenkomst met de aanspreekpersonen van de verschillende afdelingen om het zorgprogramma te borgen.

Tijdpad

<i>Wanneer</i>	Start implementatie	Binnen 2 maanden	Na ca. 6-8 maanden	Na ca. 1 jaar (jaarlijks herhalen)	Na ca. 1 jaar (jaarlijks herhalen)
<i>Wat</i>	Train-de-trainer module	Startbijeenkomst I en II	Evaluatiebijeenkomst	Herhaling scholing (startbijeenkomst I en II)	Voortgangsbijeenkomst
<i>Doel</i>	Scholen lokale coördinatoren	Scholen betrokken personeel	Evalueren van het zorgprogramma	Borgen van het zorgprogramma	Borgen van het zorgprogramma
<i>Verantwoordelijk</i>	Contactpersoon GRIP bij GERION	Lokale coördinatoren	Lokale coördinatoren	Lokale coördinatoren	Lokale coördinatoren
<i>Deelnemers</i>	Lokale coördinatoren	Alle betrokken medewerkers (afdelings-medewerkers / behandelaren)	Aanspreekpersoon en afdelingen	Nieuwe medewerkers/ behandelaren	Aanspreekpersonen afdelingen

Herhalen scholing zorgmedewerkers / behandelaars

Indien uit de voortgangsbijeenkomst naar voren komt dat de informatie over het zorgprogramma bij de zorgmedewerkers is weggezakt of als er veel nieuwe medewerkers op de afdeling zijn komen werken, kunt u besluiten nogmaals de scholing te herhalen (startbijeenkomst I en II).

Het advies is om eenmaal per jaar standaard een scholingsbijeenkomst te organiseren voor alle betrokken medewerkers die sinds de implementatie van GRIP nieuw in dienst zijn gekomen. Medewerkers waarbij de kennis is weggezakt kunnen bij deze bijeenkomst aansluiten.

Herscholing lokale coördinatoren (trainers)

Het is mogelijk lokale coördinatoren (trainers) te herscholen of nieuwe medewerkers te laten scholen tot lokale coördinatoren (trainers) via Gerion. Voor informatie hierover kunt u contact opnemen met het secretariaat van Gerion (Gerion@vumc.nl).

Literatuur

Dit werkboek is gebaseerd op onderzoek en literatuur, waaronder:

¹Zuidema SU, Smalbrugge M, Bil WME, Geelen R, Kok RM, Luijendijk HJ, van der Stelt I, van Strien AM, Vink MT, Vreeken HL. Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie. Verenso, NIP. Utrecht 2018.

²Derksen, E., Gerritsen, D., Leontjevas, R., & Persoon, A. (2013). *Implementatiewijzer. Multidisciplinair zorgprogramma Doen bij Depressie*. Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen.

³ Zuidema, S.U., Derksen, E., Verhey, F.R., & Koopmans, R.T. (2007). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 632-638.

⁴ Zwijsen, S.A. (2014). *Grip on Challenging Behaviour. Development, implementation and evaluation of a care programme for the management of challenging behavior on dementia special care units*. Enschede: Gildeprint.

⁵ Hulscher, M., Wensing, M., & Grol, R. (2000). *Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën*. Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit.

⁶ Grol, R. & Wensing, M. (2006). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. 3^e en herziene druk, Maarssen.

TRAINING VAN DE LOKALE COÖRDINATOREN (TRAINERS)

Tijdens twee train-de-trainer bijeenkomsten wordt u opgeleid tot lokale GRIP-coördinator. Na het volgen van deze bijeenkomsten bent u in staat het zorgprogramma zelfstandig uit te rollen op de PG-afdelingen van de instelling waar u werkt.

Tijdens de eerste bijeenkomst ligt de nadruk voornamelijk op de achterliggende theorie en de inhoud van het programma. De volgende onderwerpen komen ter sprake: introductie, achtergronden probleemgedrag, het zorgprogramma GRIP, de inhoud van het implementatiepakket en implementatie informatie.

De tweede bijeenkomst is meer praktisch van aard. Allereerst worden de opdrachten na bijeenkomst I doorgenomen. Daarnaast wordt per instellingsafvaardiging besproken of de implementatie volgens plan verloopt en worden oplossingen gezocht voor eventuele knelpunten. De bijeenkomst wordt afgerond met een korte evaluatie.

Opdrachten Train-de-trainer bijeenkomst I

Voor, tijdens en na de eerste train-de-trainer bijeenkomst kunt u samen met uw collega coördinatoren aan de slag met de volgende opdrachten. Doel van deze opdrachten is dat u vertrouwd raakt met de methode en formulieren van GRIP, en helder krijgt hoe deze kunnen worden ingebouwd in de reeds bestaande werkwijze en registratiesystemen op de eigen locatie(s).

Oriëntatie aanpak probleemgedrag

- 1.1 Hoe wordt probleemgedrag op dit moment aangepakt binnen uw organisatie?
Indien u op verschillende locaties werkt: Benoem de verschillen en overeenkomsten.
- 1.2 Welke disciplines werken hierin samen? En hoe verloopt deze samenwerking?
- 1.3 Hoe vindt u dat de aanpak van probleemgedrag op dit moment verloopt? Wat gaat er goed en kan er beter?
- 1.4 Wat zijn mogelijke knelpunten voor een succesvolle implementatie binnen uw organisatie?
Zie bijvoorbeeld de randvoorwaarden implementatie GRIP .

Oriëntatie implementatie GRIP

- 2.1 Breng de organisatie in kaart.
Bestaat de organisatie uit een of meerdere locaties?
Op welke locaties zijn afdelingen voor bewoners met dementie? Denk hierbij ook aan Kleinschalig Wonen.
- 2.2 Bedenk welke locatie start met de implementatie van GRIP.
Soms is de keuze om op een specifieke locatie te starten al bepaald: wat is daarvoor de reden?
Indien de keuze voor een specifieke locatie niet is vastgelegd, waarom kiest u dan specifiek voor deze locatie? U kunt hiervoor verschillende afwegingen maken, denk hierbij aan: bekendheid op de locatie, weinig andere projecten die op dit moment lopen etc.
- 2.3 Bedenk, binnen de locatie, met welke afdeling(en) u wilt gaan starten.
Start je met één afdeling of juist met alle afdelingen tegelijk?
Wat zijn de voor- en nadelen van beide opties?
Op welke afdeling(en) herken je veel z.g. voorlopers?
Zijn er ook afdelingen waar juist veel achterblijvers werken?
- 2.4 Bedenk hoe je de scholing van het afdelingspersoneel wilt gaan aanpakken. Denk aan:
Wie moet je benaderen? Teamleider, manager PG, manager behandelszaken, etc.
Ga je iedereen tegelijk scholen of in groepen?
Personeel van dezelfde afdelingen bij elkaar of van verschillende afdelingen door elkaar?
Planning? Wat is een geschikt moment? Niet vlak voor of tijdens vakantieperiode, liever niet gelijktijdig met andere projecten of reorganisatie etc.
- 2.5 Is er een geschikte ruimte binnen de locatie waar je met het afdelingspersoneel terecht kunt?
Bij wie kun je deze ruimte reserveren? Is er een projector/computer aanwezig om een presentatie op af te draaien?

Opdrachten Train-de-trainer bijeenkomst II

Casus meneer de Jong

Meneer de Jong woont sinds 2 maanden op afdeling A. Hij komt moeilijk uit zijn woorden, maar is bijna altijd vriendelijk en goedlachs. Hij houdt ervan om lekker rond te scharrelen over de gangen, in de huiskamer en in zijn eigen kamer. De laatste tijd komt het voor dat meneer de Jong tijdens het rondscharrelen urineert. Hij doet dit bijvoorbeeld in de gang, maar ook in de plantenbak op de kamer of in zijn kledingkast. Verzorgenden proberen hem tijdig naar het toilet te brengen, maar dat heeft nog niet tot verbetering geleid. Sterker nog, het komt steeds vaker voor dat hij ergens plast en de verzorgenden zijn soms meerdere keren met per dag in de weer met de emmer en de dweil. Wanneer ze hem aanspreken op het gedrag (bijvoorbeeld als ze zien dat hij zijn broek wil uittrekken om te gaan plassen) wordt hij erg boos en bedreigend. De verzorgenden willen graag weten wat er met hem aan de hand is en hoe ze het gedrag van meneer de Jong in goede banen kunnen leiden.

Opdracht 1

In deze opdracht ben je Zorgmedewerker. Let op! Als zorgmedewerker vul je alleen de werkbladen voor de zorg in. Andere werkbladen kun je wel inzien, maar niet invullen.

- Vul eerst de Monitor in en vervolgens de Analyse Zorg
- Verwijs door naar de arts

Opdracht 2

In deze opdracht ben je Arts. Let op! Als arts vul je alleen de werkbladen voor de arts in.

- Bekijk de Analyse Zorg en vul vervolgens de Analyse Arts in voor meneer de Jong
- Besluit na de Analyse Arts alsnog de psycholoog in te schakelen

Opdracht 3

In deze opdracht ben je Psycholoog. Let op! Als psycholoog vul je alleen de werkbladen voor de psycholoog in.

- Bekijk de ingevulde werkbladen (Analyse Zorg en Analyse Arts), en vul Analyse Psycholoog in voor meneer de Jong
- Doorloop daarna de stappen in het proces door een behandeldoel op te stellen en deze te evalueren

BIJLAGEN BIJ 'IMPLEMENTATIE VAN GRIP EN TRAINING VAN DE LOKALE MEDEWERKERS DOOR DE LOKALE TRAINERS'

Hieronder treft u materialen aan die u kunt gebruiken bij de voorbereiding en uitvoering van de startbijeenkomsten GRIP voor betrokken medewerkers binnen uw instelling.

1. Achtergrondinformatie GRIP	21
a) Inleiding in de problematiek 'probleemgedrag bij verpleeghuisbewoners'	23
b) Overzicht zorgprogramma	29
c) Uitleg zorgprogramma voor de afdelingsmedewerkers	33
d) Uitleg zorgprogramma voor de psycholoog	39
e) Uitleg zorgprogramma voor de arts	49
f) Uitleg zorgprogramma voor familie en mantelzorgers	58
g) Stroomschema zorgprogramma	59
h) Overzicht stappen zorgprogramma per discipline	65
2. Checklist ter voorbereiding van de startbijeenkomsten	69
3. Hand-outs presentaties startbijeenkomsten	71
a) Kick-off	73
b) Startbijeenkomst II	87
4. Oefenmateriaal voor oefenen met gebruik van zorgprogramma	91
a) Monitor	93
b) Analyse Zorg	95
c) Analyse Psycholoog	99
d) Analyse Arts	103
e) Behandelplan	105
f) Evaluatie	107

Bijlage 1. Achtergrondinformatie GRIP

In deze bijlage vindt u achtergrondinformatie over GRIP. Hierbij komen de volgende onderdelen aan de orde.

- a) Inleiding ‘probleemgedrag bij verpleeghuisbewoners’
- b) Overzicht zorgprogramma
- c) Uitleg zorgprogramma voor de afdelingsmedewerkers
- d) Uitleg zorgprogramma voor de psycholoog
- e) Uitleg zorgprogramma voor de arts
- f) Uitleg zorgprogramma voor familie / mantelzorgers
- g) Stroomschema zorgprogramma
- h) Overzicht stappen zorgprogramma per discipline

Bijlage 1a. Inleiding Probleemgedrag bij verpleeghuisbewoners met dementie

Probleemgedrag komt veel voor in de psychogeriatrische verpleeghuizen: diverse onderzoeken laten zien dat ongeveer 80% van de bewoners op enig moment probleemgedrag vertoont.^{1,2,3} Het gaat dan om een scala van gedrag, variërend van agressie, agitatie, angst, depressiviteit, geïrriteerdheid, roepen, voortdurend aandacht vragen tot ook minder opvallend gedrag als apathie. Probleemgedrag leidt doorgaans tot verlies van kwaliteit van leven voor bewoners en het is belastend voor medebewoners. Bij afdelingsmedewerkers leidt het tot vergroting van de werkbelasting en het ziekteverzuim en tot afname van het werkplezier. Alle reden dus om tot een goede aanpak van probleemgedrag bij verpleeghuisbewoners met dementie te komen!

Dat vinden ook diverse beroepsverenigingen van werkers in de psychogeriatric, die mede om die reden richtlijnen voor de aanpak van probleemgedrag hebben opgesteld. Echter, een richtlijn is vaak niet direct eenvoudig in de praktijk toe te passen en vraagt als het ware om een 'vertaling' naar de dagelijkse praktijk. Het zorgprogramma 'Grip op probleemgedrag' is zo'n vertaling. Bovendien zijn in dit zorgprogramma verschillende richtlijnen samengebracht: van verzorging/verpleging, van specialisten ouderengeneeskunde en van ouderenpsychologen.^{4,5,6} Het zorgprogramma 'Grip op probleemgedrag' sluit aan bij de 8 kernelementen voor goede zorg aan mensen met dementie en onbegrepen gedrag, waar de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd op toeziet⁷.

Er is voor 'probleemgedrag' als term gekozen, omdat deze term aansluit bij richtlijnen en vaak gebruikt wordt in de psychogeriatrische verpleeghuiszorg. Andere termen voor probleemgedrag die ook wel worden gebruikt zijn: onbegrepen gedrag, signaal gedrag, storend gedrag, veranderend gedrag, gedragsproblemen, gedragsstoornissen, etc.

Probleemgedrag wordt in dit zorgprogramma gedefinieerd als: 'alle gedrag dat gepaard gaat met lijdensdruk en/of gevaar voor de bewoner of voor mensen in zijn of haar omgeving'. Deze definitie benadrukt dat het niet zozeer gaat om het gedrag zelf, maar om lijdensdruk. Een belangrijk doel is om de lijdensdruk te verminderen, van de persoon met dementie zelf, maar vaak ook van degenen die voor de persoon met dementie zorgen, of om het gevaar te verminderen. Daarvoor kan het nodig zijn dat het gedrag verandert, maar dat is niet vanzelfsprekend en ook niet altijd mogelijk. Lijdensdruk en gevaar kunnen ook afnemen als enkel de omgeving verandert en interventies zich concentreren op verlichting van de belasting van de (mantel)zorgers.

Kernboodschappen:

Probleemgedrag komt veel voor en is vaak erg belastend voor de bewoner en zijn omgeving
Probleemgedrag is 'alle gedrag dat gepaard gaat met lijdensdruk en/of gevaar voor de bewoner of voor mensen in zijn of haar omgeving'

1.1 Oorzaken van probleemgedrag

Er zijn verschillende theorieën en verklaringsmodellen over het ontstaan van probleemgedrag⁸. Gemeenschappelijk in al die theorieën is dat probleemgedrag gezien wordt als een symptoom, als uiting, als gevolg. Met andere woorden probleemgedrag heeft een oorzaak (en vaak zelfs: meer oorzaken).

Kortom: als sprake is van probleemgedrag moet je op zoek naar de oorzaken, naar de redenen van het probleemgedrag.

Enkele verklaringsmodellen zullen we kort toelichten, omdat ze het zoeken naar de oorzaken van het probleemgedrag kunnen structureren.

‘Onvervulde behoeften’ als verklaring

De ‘onvervulde behoeften-theorie’ (*‘unmet needs theory’*) gaat er vanuit dat probleemgedrag ontstaat omdat de bepaalde behoeftes van de bewoner niet vervuld worden en het de bewoner niet lukt om zijn behoeften op gewone manieren duidelijk te maken aan zijn omgeving. Het probleemgedrag is volgens deze theorie dan de manier van een bewoner om zijn of haar behoeften duidelijk te maken.

Door de onvervulde behoefte ‘op te sporen’ en daar aandacht aan te geven kun je het probleemgedrag beïnvloeden.

Voorbeeld

Mevrouw Janssen sliep altijd lang uit en nam vroeger altijd een lekker lang warm bad in de ochtend. Ze woont nu in een verpleeghuis en is niet in staat geweest haar bovenstaande gewoonte/wens kenbaar te maken. In het verpleeghuis is het de gewoonte om haar om acht uur wakker te maken en vlug te douchen zodat ze op tijd is voor het ontbijt. Het ochtendritueel verloopt vaak met veel problemen, ze schreeuwt en is soms agressief. Mevrouw Janssen voelt zich helemaal niet prettig bij het gehaaste ochtendritueel en door te schreeuwen en af te weren, probeert zij dit duidelijk te maken. Als de afdelingsmedewerkers op de hoogte zouden zijn van de behoefte van mevrouw Janssen om de ochtend rustig te laten beginnen zouden ze het ochtendschema kunnen aanpassen en aan de behoefte voldoen. De afdelingsmedewerkers waren helaas niet op de hoogte van de wensen van mevrouw Janssen, want zij kon deze door haar dementie niet goed kenbaar maken.

Eigenlijk is dus niet het gedrag zelf, maar de oorzaak van het gedrag (onvervulde behoefte) het probleem!

Een ‘verlaagde stressdrempel’ als verklaring

De theorie van de verlaagde stressdrempel (*‘lowered-threshold theory’*) stelt dat de hoeveelheid stress die een mens kan verwerken, begrensd is. Voor verpleeghuisbewoners ligt die stressdrempel lager dan bij gezonde mensen. Bovendien kunnen mensen met beschadigde hersenen minder goed prikkels verwerken. Prikkels die voorheen moeiteloos werden verdragen of waar men gewoonlijk snel aan zou wennen, kunnen bij hersenschade tot stress leiden. Mensen met dementie kunnen daardoor sneller overprikkeld raken, wat kan resulteren in probleemgedrag. Dat een aantal probleemgedragingen in de loop van de dag meer voorkomt, is met behulp van deze theorie te verklaren. Gedurende de dag stapelt zich stress op bij een bewoner, waardoor in de loop van de dag de kans op probleemgedrag als uiting hiervan toeneemt. Iemand kan bijvoorbeeld meer gaan roepen/schreeuwen in de namiddag als gevolg van tijdens de dag opgebouwde overprikkeling door deelname aan grootschalige groepsactiviteiten. Deze theorie wijst ons er op dat het goed is bij probleemgedrag ook naar de hoeveelheid/aard van prikkels te kijken: ook die kunnen aangrijpingspunten bieden voor een aanpak. Overigens kan onderprikkeling ook tot probleemgedrag leiden. Een voorbeeld hiervan is de bewoner met dementie die gaat roepen uit verveling of juist apathisch wordt door gebrek aan stimulerende prikkels. En dat is weer goed te verklaren met de hierboven beschreven onvervulde behoefte theorie.

‘Adaptatie-Coping-model’ als verklaring

Het adaptatie-coping model ziet leven met dementie en opname in een verpleeghuis als ‘opgaven’ die je als mens ‘krijgt’. Iedere persoon reageert anders op zulke ‘opgaven’. Kennis van de aandoening dementie en van het persoonlijke levensverhaal en de karaktereigenschappen van de bewoner met dementie helpt daarom het gedrag van de betreffende persoon verklaren.

Wetend dat dementie tot gevoelens van onveiligheid leidt en als je weet uit het persoonlijk levensverhaal van een bewoner dat deze zich altijd erg afhankelijk heeft opgesteld, dan is het begrijpelijk dat deze bewoner nu veel om bevestiging vraagt (negatief geformuleerd: continu aandacht vraagt of nog negatiever geformuleerd: ‘claimt’). Dergelijke kennis biedt een verklaring voor het ontstaan van dit probleem en aangrijpingspunten voor een gerichte aanpak ervan.

1.2 Analyse van probleemgedrag

Bovenstaande verklaringsmodellen geven aan dat probleemgedrag een *gevolg* is ergens van. Om er wat aan te kunnen doen is inzicht nodig in de mogelijke oorzaken van het probleemgedrag. De zoektocht naar de oorzaken noemen we de analyse. In deze zoektocht kan vanuit verschillende gezichtspunten (de verklaringsmodellen) worden bekeken of het probleemgedrag ermee kan worden verklaard.

Voor de analyse zijn in Nederland verschillende werkwijzen (‘methodes’) gepresenteerd, die als gemeenschappelijke kenmerken hebben dat ze beginnen met een concrete beschrijving van het probleemgedrag en dat ze werken met een gestructureerde manier van in kaart brengen van de mogelijke oorzaken van het probleemgedrag.

Een van de werkwijzen is de zogenoemde ABC-methode^{9,10,11} waarbij gedrag (A=activiteit) centraal staat en vervolgens bekeken wordt wat het gedrag veroorzaakt (B=beweger) en wat het gevolg is van het gedrag (C=consequentie). Deze analyse van het gedrag vormt dan de basis voor een behandelvoorstel.

De ABC-lettercombinatie wordt bij de analyse van probleemgedrag ook nog anders gebruikt: B (*behavior*) wordt dan als gedrag gezien; A (antecedent) als uitlokkende factor (oorzaak); C (consequentie) als het gevolg van het gedrag.

In het zorgprogramma wordt, mede vanwege de verwarring rond de betekenis van de letters, bewust niet met deze lettercombinaties gewerkt. De psycholoog maakt tijdens de analyse wel gebruik van het SORC-model. Het SORC model is een model waarbij ook gewerkt wordt met uitlokkende en in stand houdende factoren en is eigenlijk een voorloper van de verschillende ABC modellen. In bijlage 1d wordt dit model nader toegelicht. In de analyse van het probleemgedrag door afdelingsmedewerkers, psycholoog en arts wordt steeds van hetzelfde principe uitgegaan: het concrete gedrag is het startpunt en voor inzicht in het ontstaan en voortduren van het gedrag gaan we gericht en gestructureerd op zoek naar oorzaken, zowel medische als niet medische (en combinaties!).

Kernboodschappen:

Er zijn diverse verklaringsmodellen voor probleemgedrag bij dementie die een gezamenlijk kenmerk hebben: probleemgedrag is een symptoom dat vraagt om zoeken naar oorzaken. Het zoeken naar de oorzaken van probleemgedrag is een taak van verschillende disciplines (zoals afdelingsmedewerkers, psycholoog, arts) en gebeurt volgens een vaste structuur.

1.3 Behandeling van probleemgedrag

De voorgaande paragraaf maakt duidelijk dat probleemgedrag veel verschillende oorzaken kan hebben. Dat heeft als consequentie dat bepaald probleemgedrag geen vaste behandeling kent. De behandeling hangt van de oorzaak af. Als roepen komt door verveling is de aanpak anders dan als roepen komt door pijn. De behandeling van probleemgedrag zal zich daarom, als dat enigszins mogelijk is, richten op het wegnemen/veranderen van de oorzaak (of oorzaken).

Dat is echter niet altijd mogelijk: sommige oorzaken zijn nu eenmaal niet (geheel) weg te nemen. In die gevallen zal gezocht worden naar niet-oorzaak gerichte behandelingen die gebruikt kunnen worden.

Om bij het voorbeeld van roepen door pijn te blijven: als de oorzaak van roepen pijn is, kan de aanpak bestaan uit behandeling van de pijn in combinatie met activiteiten die tot afleiding leiden (en die maken dat nog wel aanwezige restpijn minder wordt gevoeld/opgemerkt).

De behandeling van probleemgedrag is, net als het zoeken naar de oorzaken van probleemgedrag, een gezamenlijke taak van de betrokken disciplines (afdelingsmedewerkers, psycholoog, arts).

De richtlijnen van de beroepsverenigingen geven de volgende adviezen over de behandeling van probleemgedrag:

1. behandel de meest waarschijnlijke oorzaak/oorzaken met de voor die oorzaak geschikte behandeling
2. gebruik bij voorkeur psychosociale behandel mogelijkheden (bijv. gestructureerde/geplande dagactiviteiten, aanpassen van de omgeving; bewegingstherapie, muziektherapie, etc.)
3. wees zo terughoudend mogelijk met gebruik van medicijnen die de hersenenfunctie beïnvloeden (psychofarmaca) bij de behandeling van probleemgedrag
4. wees zo terughoudend mogelijk het geven van onvrijwillige zorg in de behandeling van probleemgedrag

Kernboodschappen:

Behandel zo mogelijk de oorzaken van het probleemgedrag.

Gebruik bij voorkeur psychosociale behandel mogelijkheden en wees terughoudend met gebruik van psychofarmaca en onvrijwillige zorg bij de behandeling van probleemgedrag.

1.4 Evaluatie van de behandeling

Heel belangrijk bij de aanpak van probleemgedrag is de evaluatie van de behandeling die is afgesproken. Je wilt immers weten of de behandeling effect gehad heeft, of dat wellicht iets anders geprobeerd moet worden. Ook kun je dan samen bepalen hoelang je een behandeling wilt voortzetten.

Voor een zinvolle evaluatie is minimaal nodig dat je met elkaar een helder en meetbaar doel voor de behandeling bepaalt, een evaluatiedatum afsprekt en voor de evaluatie meet of het doel behaald is. Het zorgprogramma voorziet daarin en biedt ruimte om de evaluatiefrequentie af te stemmen op het probleem dat speelt: het ene probleem en de bijbehorende behandeling wil je sneller en vaker evalueren dan het andere.

Kernboodschap:

Evaluatie van de behandeling van probleemgedrag is een onmisbaar onderdeel van een goede aanpak van probleemgedrag. Meten is weten!

1.5 Zorgprogramma 'Grip op Probleemgedrag'

Het zorgprogramma 'Grip op probleemgedrag' is een 'vertaling' van richtlijnadviezen naar de dagelijkse zorgpraktijk, gebaseerd op richtlijnen van verzorging/verpleging, van specialisten ouderengeneeskunde en van ouderenpsychologen.

In het zorgprogramma Grip op Probleemgedrag zijn de verschillende richtlijnen verwerkt tot een praktisch zorgprogramma, waarbij de hierboven beschreven verklaringsmodellen als achtergrond zijn gebruikt.

Het zorgprogramma kent vier onderdelen ('stappen') waarin elke betrokken discipline een specifieke taak/rol heeft die beschreven wordt (1. signaleren van probleemgedrag; 2. analyse van het gedrag; 3. behandeling; 4. evaluatie van de behandeling).

Veel nadruk ligt op het zoeken naar de oorzaken van het probleemgedrag en op het belang van een methodische aanpak en multidisciplinaire samenwerking daarbij. In de volgende bijlagen (1c t/m 1e) worden de stappen van het zorgprogramma, per betrokken discipline (afdelingsmedewerkers, psycholoog, arts) beschreven.

Belangrijke voorwaarden voor succes van het zorgprogramma zijn dat:

1. de formulieren van het zorgprogramma stapsgewijs worden gebruikt;
2. de betrokken disciplines goed samenwerken: samen sterk;
3. ieder doet wat hij zegt: afspraak = afspraak.

Kernboodschappen:

Het zorgprogramma 'grip op probleemgedrag' is gebaseerd op richtlijnen en kent vier stappen: signaleren, analyseren, behandelen, evalueren.

Gebruik de formulieren van het zorgprogramma; samen ben je sterk; afspraak = afspraak.

Literatuur

- (1) Zuidema, S.U., Derksen, E., Verhey, F.R.J., & Koopmans, R.T.C.M. (2006). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 22: 632-638.
- (2) van Kooten J, van der Wouden JC, Sikkes SAM, Smalbrugge M, Hertogh CPM, Stek ML. Pain, Neuropsychiatric Symptoms, and Quality of Life of Nursing Home Residents With Advanced Dementia in The Netherlands: A Cross-sectional Study. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2017 Oct-Dec;31(4):315-321. doi: 10.1097/WAD.000000000000197.
- (3) Björk S, Juthberg C, Lindkvist M, Wimo A, Sandman PO, Winblad B, Edvardsson D. Exploring the prevalence and variance of cognitive impairment, pain, neuropsychiatric symptoms and ADL dependency among persons living in nursing homes; a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2016 Aug 22;16(1):154. doi: 10.1186/s12877-016-0328-9.

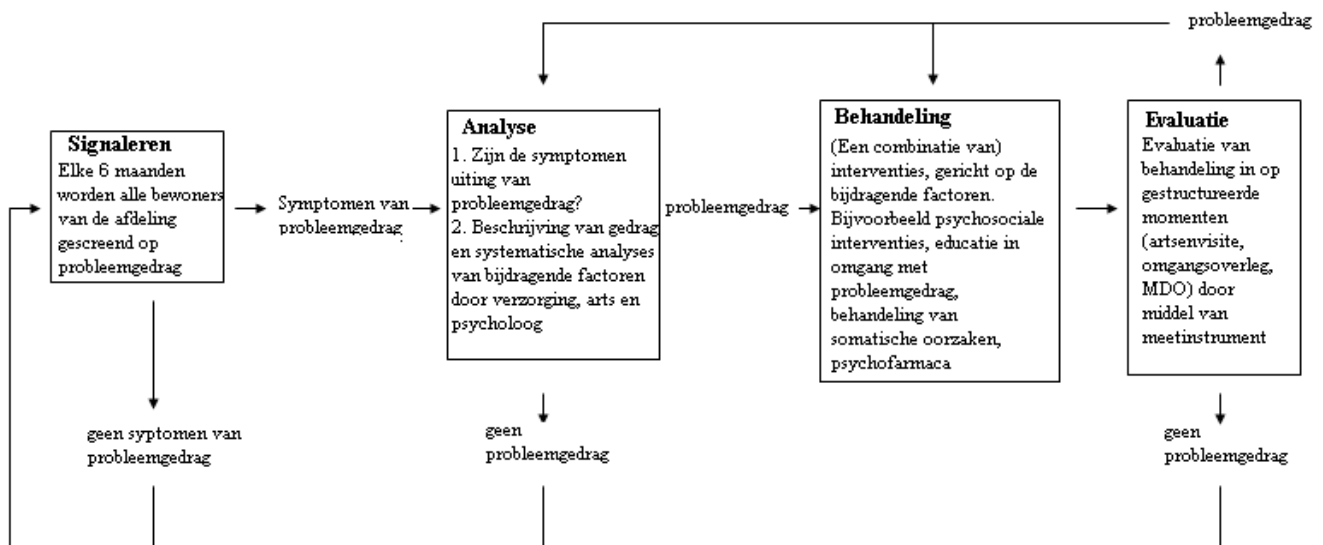
- (4). Zuidema SU, Smalbrugge M, Bil WME, Geelen R, Kok RM, Luijendijk HJ, van der Stelt I, van Strien AM, Vink MT, Vreeken HL. Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie. Verenso, NIP. Utrecht 2018.
- (5) NIP(2009). Handreiking Psychologische hulpverlening bij gedragsproblemen bij dementie.
- (6) Van Eijken, M., Peijnenburg, R., & van Achterberg, T. (2008). Richtlijn omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie (niet medicamenteuze aanbevelingen). Scientific Institute for Quality of Healthcare, UMC St Radboud. 102 p.
- (7) Inspectie voor de Volksgezondheid, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2015). Kijken met andere ogen naar de zorg voor mensen met dementie en onbegrepen gedrag. Utrecht, juni 2015.
- (8). Vink, M., Ekkerink, J. & Zwijsen, S. (2017). Gedrag. Hoofdstuk 8 in: Vink, M, Kuin, Y, Westerhof, G, Lamers, S & Pot, A.M. (red) Handboek Ouderenpsychologie, tweede geheel herziene druk. De Tijdstroom, Utrecht.
- (9). Disselhorst, C. & Borghouts, C. (2017). Mediatieve cognitieve gedragstherapie. Hoofdstuk 17 in: Vink, M, Kuin, Y, Westerhof, G, Lamers, S & Pot, A.M. (red) Handboek Ouderenpsychologie, tweede geheel herziene druk. De Tijdstroom, Utrecht.
- (10) Smith, M., & Buckwalter, K. (1990). Back to the A-B-C's Understanding & Responding to Behavioral Symptoms in Dementia. The John A. Harftford center of geriatric nursing excellence, University of Iowa
- (11) Hamer, A.F.M., & Voesten, E.E.J.M. (2001) Gedragsverandering? Een ABC-tje! Een cursus voor ziekenverzorgenden. Denkbeeld, februari, 20-24

Bijlage 1b. Overzicht zorgprogramma

1.1 Hoe is het zorgprogramma 'Grip op probleemgedrag' opgebouwd?

Het zorgprogramma 'Grip op Probleemgedrag' bestaat uit vier stappen of fases: *Signaleren, Analyseren, Behandelen en Evaluatie*.

Figuur 1: Interventie: componenten van het zorgprogramma "Grip op probleemgedrag".



1.2 De vier stappen van 'Grip op probleemgedrag'

Stap 1 Signaleren

Signaleren kan in het zorgprogramma op twee manieren plaatsvinden:

a. in de dagelijkse praktijk blijkt op een bepaald moment dat er sprake is van probleemgedrag ('spontane signalering' zou je kunnen zeggen). Soms is dat acuut ontstaan probleemgedrag (bijvoorbeeld in de vorm van fysieke of verbale agressie), in andere gevallen is het geleidelijk ontstaan maar wordt op een gegeven moment een grens overschreden (bijvoorbeeld een bewoner die toenemend angstig is en weerstand heeft tegen zorghandelingen).

b. symptomen die bij (beginnend) probleemgedrag kunnen passen worden halfjaarlijks (als voorbereiding op de zorgleefplanbespreking of het multidisciplinair overleg) met de 'monitor gedragssymptomen' in kaart gebracht. Bij bewoners die op de gedragsmonitor boven een afgesproken waarde uitkomen is de kans op aanwezigheid van probleemgedrag vergroot en is analyse van de symptomen zinlijk.

De ervaring leert dat het eenvoudiger en effectiever is om in een vroeg stadium gedrag aan te pakken dan wanneer het probleemgedrag ernstig is en al langer bestaat. Door het halfjaarlijks monitoren van gedrag kunnen vroege stadia worden opgespoord. Ook is het mogelijk dat bepaald gedrag (nog) niet als probleem wordt ervaren door afdelingsmedewerkers, maar blijkt uit de monitor dat het voor de bewoner en/of andere bewoners wel een probleem is of dreigt te worden.

In stap 1 van het zorgprogramma hebben de afdelingsmedewerkers de belangrijkste rol: zij zijn meestal degenen die in de dagelijkse praktijk als eerste probleemgedrag tegenkomen en zij zijn (via de eerstverantwoordelijke afdelingsmedewerker) in het zorgprogramma ook verantwoordelijk voor het invullen van de monitor gedragssymptomen.

Stap 2 Analyseren

De afdelingsmedewerkers zijn de meest nauw betrokken professionals bij de bewoner en beschikken daardoor over veel kennis van de bewoner en diens omstandigheden. Zij vangen ook signalen en zorgen van dierbaren van de bewoner op. De afdelingsmedewerkers starten in samenspraak met familie/vertegenwoordiger van de bewoner de analyse met behulp van de vragenlijst 'Analyse Zorg', met vragen als: 'Wat zie je?', 'In welke situaties komt het gedrag voor?', 'Waardoor komt het gedrag?', 'Wat heb je al geprobeerd?'.

De eerstverantwoordelijke afdelingsmedewerker van de bewoner is ervoor verantwoordelijk dat de 'Analyse Zorg' wordt ingevuld (bij voorkeur door twee afdelingsmedewerkers), besluit of de arts² of de psycholoog bij de verdere analyse betrokken moeten worden en stuurt de 'Analyse Zorg' naar de arts of naar de psycholoog.

NB: bij acuut ontstaan probleemgedrag geldt dat de Analyse Zorg naar de arts gestuurd moet worden, omdat bij acuut ontstaan probleemgedrag vaak (ook) medische oorzaken een rol spelen, zoals een delier.

Het zorgprogramma Grip heeft ook voor arts en psycholoog een analyseformulier: de 'Analyse Arts' en de 'Analyse Psycholoog'. Hun analyse bouwt voort op de eerste analyse door de afdelingsmedewerkers en kent ook een vaste structuur:

- beschrijving van het gedrag in overleg met de afdelingsmedewerkers;
- nadere analyse aan de hand van specifieke vragenlijsten/aandachtspunten (gebaseerd op de richtlijnen van hun beroepsverenigingen). Zowel de arts als de psycholoog kunnen elkaar bij de analyse betrekken en zijn verantwoordelijk voor het trekken van een conclusie na de analyse. Als beiden betrokken zijn spreken zij af wie eindverantwoordelijk is.

Stap 2 'Analyse' heeft als mogelijke 'uitkomsten' (conclusies):

- a. Er is eigenlijk geen probleemgedrag aanwezig (bijvoorbeeld: symptomen uit de gedragsmonitor vallen mee en vormen geen probleem; of: bij analyse blijkt het gesignaleerde probleemgedrag mee te vallen of niet meer als probleem te worden gezien).
- b. Er is sprake van probleemgedrag en we zijn een aantal mogelijke oorzaken op het spoor gekomen.

Stap 3 Behandelen

De conclusies van de analyse zijn de basis van de behandeling, en worden besproken met medewerkers en familie/wettelijk vertegenwoordiger. Bij het vaststellen van de behandeling zijn minimaal een afdelingsmedewerker en een arts en/of psycholoog betrokken. Een behandeling kan worden vastgesteld in een zorgplanbespreking of multidisciplinair overleg, maar voor probleemgedrag zal dit ook tijdens andere overlegmomenten gebeuren (visite/overleg tussen arts/psycholoog/afdelingsmedewerker). De arts of psycholoog is verantwoordelijk voor het vaststellen van de behandeling. Als beiden betrokken zijn bepalen zij onderling wie eindverantwoordelijk is.

² De arts is bij voorkeur specialist ouderengeneeskunde. Bij grip in de praktijk kan ook de verpleegkundig specialist de taken van de specialist ouderengeneeskunde vervullen.

In het zorgprogramma Grip wordt in het formulier 'Behandelplan' alleen een behandeldoel en de aanpak van de evaluatie genoteerd. De behandeling zelf wordt vastgelegd in het Zorgleefplan van de bewoner en het eigen dossier van de betreffende behandelaar.

Beschrijven behandeldoel

De behandelfase start met het nauwkeurig vaststellen van het behandeldoel. Het is hierbij belangrijk dat het behandeldoel zo concreet en meetbaar mogelijk wordt vastgelegd, zodat bij de evaluatie gemakkelijk kan worden vastgesteld of het behandeldoel behaald is. Wanneer het gedrag bijvoorbeeld roepen betreft zou het behandeldoel 'mw. roept minder' kunnen zijn, maar een concreter en beter meetbaar doel is 'mw. roept nog hooguit 2 x per uur'. Om vast te kunnen stellen of een behandeldoel behaald is, is het aan te raden een meetschaal te gebruiken. De meest eenvoudige schaal is het gedrag of de belasting die door het gedrag ervaren wordt te waarderen met een cijfer (bijv. 0 = dhr. loopt nooit onrustig rond, 10 = dhr. loopt elke dag, de hele dag onrustig rond), maar er zijn ook gedrag-specifieke meetschalen, zoals de Gedragsobservatie schaal voor Intramurale Psychogeriatric (GIP) en de Cornell depressie-vragenlijst. Tenslotte kan het soms zinvol zijn om simpelweg te turven hoe vaak gedrag per dag of week voorkomt en daar een behandeldoel aan te verbinden.

Aanpak van evaluatie

Beschrijving van de behandeling in Grip eindigt met het bepalen van een evaluatiedatum, inclusief afspraken over wie de meetschaal over het behandeldoel voor de evaluatie invult en wie er bij de evaluatie aanwezig zijn.

De arts of psycholoog is verantwoordelijk voor het behandelplan. In stap 2 hebben zij bepaald wie van hen verantwoordelijk is. De afdelingsmedewerker/arts/psycholoog bewaken allen de voortgang en spreken elkaar daarop zo nodig aan.

Stap 4 Evalueren

Het vaststellen van de behandeling eindigt met het bepalen van een evaluatiedatum, afspraken over afname van de meetschaal en afspraken over aanwezigheid bij de evaluatie (zie stap 3).

Voor de daadwerkelijke evaluatie vult de betrokken behandelaar de 'Evaluatie' samen met de betrokken afdelingsmedewerker/ EVV-er in om te meten in hoeverre het afgesproken behandeldoel gehaald is en of de geplande acties van de behandeling ook uitgevoerd zijn.

De evaluatie vormt een belangrijk sluitstuk van de aanpak van probleemgedrag. De arts of psycholoog die verantwoordelijk is voor het behandelplan is ook verantwoordelijk voor de evaluatie. De evaluatie kent als mogelijke uitkomsten:

- Doel is behaald, behandeling wordt voortgezet, volgende evaluatie wordt gepland.
- Doel is behaald, behandeling wordt afgebouwd/gestopt, volgende evaluatie wordt gepland indien noodzakelijk.
- Doel is niet behaald, behandeling wordt aangepast, volgende evaluatie wordt gepland.
- Doel is niet behaald, analyse wordt opnieuw gedaan en behandeling wordt aangepast, volgende evaluatie wordt gepland.

1.3 Overlegstructuur

Binnen het zorgprogramma worden duidelijke stappen onderscheiden waarin iedere discipline afgebakende verantwoordelijkheden heeft. Om vervolgens de stappen en verantwoordelijkheden van elke discipline goed op elkaar aan te laten sluiten is het nodig dat er vaste overlegmomenten zijn tussen afdelingsmedewerkers, psycholoog en arts. Bij het zorgprogramma Grip op Probleemgedrag gaan we ervan uit dat een arts minimaal 1 x per week contact heeft met (één van de)

afdelingsmedewerkers en de psycholoog minimaal 1 x per 3 weken. Daarnaast moet er minimaal eens in de drie weken een moment zijn waarop de arts, de psycholoog en een afdelingsmedewerker elkaar kunnen treffen. Het gaat dan om een kort moment van samenzijn waarin de stand van zaken rondom probleemgedrag kort besproken kan worden. Het is van cruciaal belang dat deze overlegstructuur bestaat gedurende het zorgprogramma.

1.4 Overzicht stappen

Wanneer probleemgedrag gesignaleerd wordt, kan het zorgprogramma Grip helpen bij het methodisch doorlopen van alle stappen en het terugkijken op eerder ondernomen acties.

Kernboodschappen:

- **Het zorgprogramma 'Grip op probleemgedrag' kent 4 stappen: Signaleren, Analyseren, Behandelen, Evalueren.**
- **Afdelingsmedewerkers, psycholoog en arts brengen hun specifieke deskundigheid in en er vindt structureel overleg plaats tussen de verschillende disciplines.**
- **Elke discipline heeft een eigen verantwoordelijkheid in elke stap van 'Grip op probleemgedrag'.**
- **Samen krijgen we zo grip op probleemgedrag!**

Bijlage 1c. Uitleg zorgprogramma voor de afdelingsmedewerkers

In stap 1 van het zorgprogramma hebben de afdelingsmedewerkers de belangrijkste rol: zij zijn meestal degenen die in de dagelijkse praktijk als eerste probleemgedrag tegenkomen en zij zijn (via de eerstverantwoordelijke afdelingsmedewerker) in het zorgprogramma ook verantwoordelijk voor het invullen van de monitor gedragssymptomen.

1 Signaleren

Stap 1 in het zorgprogramma is signaleren.

In stap 1 van het zorgprogramma hebben de *afdelingsmedewerkers* de belangrijkste rol.

Signaleren kan in het zorgprogramma op twee manieren plaatsvinden:

a. In de dagelijkse praktijk blijkt op een bepaald moment dat er sprake is van probleemgedrag ('spontane signalering' zou je kunnen zeggen).

Soms is dat acuut ontstaan probleemgedrag (bijvoorbeeld in de vorm van fysieke of verbale agressie), in andere gevallen is het geleidelijk ontstaan maar wordt op een gegeven moment een grens overschreden (bijvoorbeeld een bewoner die in toenemende angstig is en weerstand heeft tegen zorghandelingen).

Als je in de dagelijkse praktijk probleemgedrag tegenkomt, vul dan, bij voorkeur met een andere afdelingsmedewerker, de 'Analyse Zorg' voor de betreffende bewoner in. Doe dit in samenspraak met familie/vertegenwoordiger van de bewoner.

b. Symptomen die bij (beginnend) probleemgedrag kunnen passen worden halfjaarlijks (als voorbereiding op de zorgleefplanbespreking of het multidisciplinair overleg) met de 'Monitor Gedragssymptomen' in kaart gebracht.

De ervaring leert dat het eenvoudiger en effectiever is om in een vroeg stadium gedrag aan te pakken dan wanneer het probleemgedrag ernstig is en al langer bestaat. Door het halfjaarlijks monitoren van gedrag kunnen vroege stadia worden opgespoord. Ook is het mogelijk dat bepaald gedrag (nog) niet als probleem wordt ervaren door afdelingsmedewerkers, maar blijkt uit de monitor dat het voor de bewoner en/of andere bewoners wel een probleem is of dreigt te worden.

Bij bewoners die op de monitor boven een afgesproken waarde uitkomen is de kans op aanwezigheid van probleemgedrag vergroot en is analyse van de symptomen zinnig. Met behulp van het formulier 'Analyse Zorg' kun je het probleemgedrag van de bewoner direct analyseren. De Monitor Gedragsproblemen en de Analyse Zorg kun je vervolgens naar de arts of psycholoog sturen.

Kernboodschap:

Signaleren

- **Signaleren kan op twee manieren:**
 - 'spontaan' in de dagelijkse zorg
 - met de 'Monitor Gedragssymptomen' (bij MDO/zorgplanoverleg)

2 Analyseren

Als afdelingsmedewerker start je het analyseren van probleemgedrag:

- of omdat je in de dagelijkse praktijk ('spontaan') probleemgedrag gesignaleerd hebt,
- of omdat de uitkomst van de Monitor Gedragssymptomen daar aanleiding toe geeft.

Je bent als afdelingsmedewerker het meest nauw betrokken bij de bewoner en je beschikt daardoor over veel kennis van de bewoner en diens omstandigheden.

Het zorgprogramma heeft het formulier 'Analyse Zorg' voor de analyse door de afdelingsmedewerkers, met vragen als: 'Wat zie je?', 'In welke situaties komt het gedrag voor?', 'Waardoor komt het gedrag?', 'Wat heb je al geprobeerd?'.

De afdelingsmedewerker die probleemgedrag gesignaleerd heeft, vult dit formulier in (samen met een andere afdelingsmedewerker die nauw bij de bewoner betrokken is). Het is belangrijk dit zo zorgvuldig mogelijk te doen, al zullen er zeker vragen/aandachtspunten op het formulier staan die niet voor elke bewoner van toepassing zijn. Dit is geen probleem, je kunt dit op het formulier aangeven bij de desbetreffende vraag. De eerstverantwoordelijke afdelingsmedewerker van de bewoner is er verantwoordelijk voor dat het invullen van de 'Analyse Zorg' door de afdelingsmedewerkers plaatsvindt en dat de familie/wettelijk vertegenwoordiger van de bewoner op de hoogte is en wordt betrokken bij de verschillende stappen. De eerstverantwoordelijke afdelingsmedewerker moet dus altijd worden geïnformeerd wanneer er over één van zijn of haar bewoners een formulier is ingevuld.

Na het invullen van de vragenlijst 'Analyse Zorg' beslist de afdelingsmedewerker of de arts of de psycholoog bij de verdere analyse betrokken moet worden en stuurt het 'Analyseformulier zorg' naar de arts of de psycholoog. Wie wordt ingeschakeld hangt af van jullie idee over wat de belangrijkste oorzaak is van het probleemgedrag.

Bij acuut ontstaan probleemgedrag moet altijd als eerste de arts geconsulteerd worden (vanwege grote kans op delier als oorzaak)!

Bij probleemgedrag dat al langer bestaat is het verstandig te overwegen of mogelijk een lichamelijke oorzaak/medicatie/een psychiatrisch probleem een belangrijke rol speelt bij het ontstaan of voortduren ervan. In dat geval is consulteren van de arts aangewezen. Is dat niet het geval, dan is consulteren van de psycholoog aangewezen. Het is dan vervolgens aan de arts of psycholoog om hun analyse te starten. Uiteraard kijken de arts en psycholoog zelf ook of de juiste discipline is ingeschakeld, of dat ze denken dat betrokkenheid van beide disciplines wenselijk is. In dat geval betrekken ze ook de andere discipline bij de analyse.

Zoals gezegd is de eerstverantwoordelijke afdelingsmedewerker van de bewoner verantwoordelijk voor de analyse door de afdelingsmedewerkers (bij voorkeur doen twee afdelingsmedewerkers de analyse samen) en het inschakelen van de arts of psycholoog.

Het zorgprogramma heeft ook voor arts en psycholoog een 'Analyse Arts' en 'Analyse Psycholoog'. Hun analyse bouwt voort op de eerste analyse door de afdelingsmedewerkers en kent ook een vaste structuur:

- beschrijving van het gedrag in overleg met de afdelingsmedewerkers;
- nadere analyse aan de hand van specifieke vragenlijsten/aandachtspunten (gebaseerd op de richtlijnen van hun beroepsverenigingen).

Zowel de arts als de psycholoog kunnen elkaar bij de analyse betrekken en zijn verantwoordelijk voor het trekken van een conclusie na de analyse.

Als beiden betrokken zijn, spreken zij af wie eindverantwoordelijk is.

De conclusie bespreken arts en/of psycholoog met de betrokken afdelingsmedewerkers.

Het analyseren heeft als mogelijke 'uitkomsten' (conclusies):

- a. Er is eigenlijk geen probleemgedrag aanwezig (bijvoorbeeld: symptomen uit de gedragsmonitor vallen mee en vormen geen probleem, of: bij analyse blijkt het gesignaleerde probleemgedrag mee te vallen of niet meer als probleem te worden gezien).
- b. Er is sprake van probleemgedrag en je bent als team een aantal mogelijke oorzaken op het spoor gekomen.

Als er sprake is van probleemgedrag en er is een aantal mogelijke oorzaken op het spoor gekomen, zal de bespreking van de conclusie overgaan in de volgende stap van het zorgprogramma:

Behandelen.

Kernboodschappen:

Analyseren

- **Analyseer direct na signaleren (stap 1) met 2 afdelingsmedewerkers**
- **Gebruik 'Analyse Zorg'**
- **De afdelingsmedewerker stuurt 'Analyse Zorg' (en 'Monitor Gedragssymptomen') naar de arts bij vermoeden van medische oorzaken of naar de psycholoog bij vermoeden van niet-medische oorzaken**
- **Arts/psycholoog bespreken na hun analyse de conclusies met afdelingsmedewerkers**
- **De EVVer is verantwoordelijk voor het invullen van de formulieren van zijn/haar bewoners, betrekken van familie/contactpersoon en het inschakelen van andere disciplines**

3 Behandelen

De conclusies van de analyse zijn de basis van de behandeling.

Bij het vaststellen van de behandeling zijn minimaal een afdelingsmedewerker en een arts en/of psycholoog betrokken.

Een behandeling kan worden vastgesteld in een zorgplanbespreking of multidisciplinair overleg, maar voor probleemgedrag zal dit vaak ook tijdens andere overlegmomenten gebeuren (visite/overleg tussen arts/psycholoog/afdelingsmedewerker).

Het zorgprogramma kent voor de fase behandelen het formulier 'Behandelplan'. Dit formulier is bestemd voor het beschrijven van het behandeldoel en het noteren van de aanpak voor de evaluatie. Het behandelplan zelf wordt – zoals gebruikelijk – in samenspraak met familie/vertegenwoordiger van de bewoner vastgelegd in het zorgleefplan en in het dossier van de behandelaar zelf.

Beschrijven behandeldoel

De arts of psycholoog is verantwoordelijk voor het vaststellen van de behandeling. Als beiden betrokken zijn bepalen zij onderling wie eindverantwoordelijk is.

De behandelfase start met het nauwkeurig vaststellen van het behandeldoel. Het is hierbij belangrijk dat het behandeldoel zo concreet en meetbaar mogelijk wordt vastgelegd, zodat bij de evaluatie gemakkelijk kan worden vastgesteld of het behandeldoel behaald is. Wanneer het gedrag bijvoorbeeld roepen betreft zou het behandeldoel 'mw. roept minder' kunnen zijn, maar een concreter en beter meetbaar doel is 'mw. roept nog hooguit 2 x per uur'. Om vast te kunnen stellen

of een behandeldoel gehaald wordt is het aan te raden een meetschaal te gebruiken. De meest eenvoudige schaal is het gedrag of de belasting die door het gedrag ervaren wordt te waarderen met een cijfer (bijv. 0 = dhr. loopt nooit onrustig rond, 10 = dhr. loopt elke dag, de hele dag onrustig rond), maar er zijn ook gedrag-specifieke meetschalen, zoals de Gedragsobservatie schaal voor Intramurale Psychogeriatric (GIP) en de Cornell depressie-vragenlijst. Tenslotte kan het soms zinvol zijn om simpelweg te turven hoe vaak gedrag per dag of week voorkomt en daar een behandeldoel aan te verbinden.

Aanpak van evaluatie

Het vaststellen van de behandeling eindigt met het bepalen van een evaluatiedatum, inclusief afspraken over wie de meetschaal over het behandeldoel voor de evaluatie invult en wie er bij de evaluatie aanwezig zijn.

De arts of psycholoog is verantwoordelijk voor het behandelplan. In stap 2 hebben zij bepaald wie van hen eindverantwoordelijk is. De afdelingsmedewerker/arts/psycholoog bewaken allen de voortgang en spreken elkaar daarop zo nodig aan.

N.B. Het zorgprogramma schrijft geen specifieke behandeling voor per probleemgedrag.

Dat heeft een aantal redenen:

1. Er bestaan geen specifieke behandelingen per probleemgedrag: bij elk probleem gedrag moet je eerst zoeken naar de oorzaken en daarop stem je de behandeling af.
2. Behandeling moet afgestemd worden op de individuele bewoner: hiervoor is het van belang deze goed te kennen.
3. De mogelijkheden voor behandeling verschillen per instelling (voorbeelden daarvan zijn muziektherapie, aromatherapie, snoezelen).

Het zorgprogramma schrijft WEL het volgende voor: als de oorzaak van het probleemgedrag niet medisch van aard is, bestaat behandeling in eerste instantie uit psychosociale en psychologische interventies. Pas als deze geen effect hebben gehad, of als sprake is van probleemgedrag met ernstige gevolgen (fysieke agressie bijvoorbeeld), kan behandeling met psychofarmaca als aanvulling op de psychosociale of psychologische interventies ingezet worden.

Kernboodschappen:

Behandelen

Arts en/of psycholoog leggen i.o.m. afdelingsmedewerker en familie/vertegenwoordiger vast in het dossier (aan de hand van formulier 'behandelplan'):

- **Behandeldoel**
- **Aanpak behandeling**
- **Wanneer de behandeling wordt geëvalueerd**
- **Hoe de behandeling wordt geëvalueerd**
- **Wie deelnemen aan de evaluatie**

4 Evalueren

Voor de evaluatie checkt de afdelingsmedewerker of de geplande acties van de behandeling ook uitgevoerd zijn, omdat in de praktijk niet altijd elke voorgenomen behandelactie uitgevoerd wordt/uitgevoerd kan worden. Het is natuurlijk van belang dit te weten bij de evaluatie! Deze informatie vormt de basis van de evaluatie waarvoor het 'Formulier evaluatie' van het zorgprogramma gebruikt wordt.

De evaluatie vormt een belangrijk sluitstuk van de aanpak van probleemgedrag. De arts of psycholoog die eindverantwoordelijk is voor het behandelplan is ook eindverantwoordelijk voor de evaluatie.

De evaluatie kent als mogelijke uitkomsten:

- Doel is behaald, behandeling wordt voortgezet, volgende evaluatie wordt gepland.
- Doel is behaald, behandeling wordt afgebouwd/gestopt, volgende evaluatie wordt gepland indien noodzakelijk.
- Doel is niet behaald, behandeling wordt aangepast, volgende evaluatie wordt gepland.
- Doel is niet behaald, analyse wordt opnieuw gedaan en behandeling wordt aangepast, volgende evaluatie wordt gepland.

Kernboodschappen:

Evalueren

- **Bereid evaluatie voor door te checken of afgesproken acties ondernomen zijn**
- **Arts en/of psycholoog en afdelingsmedewerker(s) evalueren met behulp van het invullen van het formulier 'evaluatie'**
- **Mogelijk uitkomsten evaluatie:**
 - afsluiten behandeling
 - herzien behandeling (in dossier aan de hand van 'formulier behandeling')
 - nieuwe analyse ('analyseformulier zorg') en daarna herzien behandeling
- **Maak afspraken over volgende evaluatie**

Bijlage 1d. Uitleg zorgprogramma Psycholoog

Gedragsproblemen bij dementie zijn een grote uitdaging voor de psycholoog die werkzaam is in een verpleeghuis. Dat geldt zowel voor de diagnostiek van mogelijk oorzaken van deze symptomen als voor de behandeling daarvan.

1 Signaleren

Bij het signaleren van probleemgedrag is de rol van de psycholoog bescheiden. In de dagelijkse praktijk - en eveneens in het zorgprogramma 'grip op probleemgedrag' dat nauw aansluit bij de dagelijkse praktijk - start de betrokkenheid van de psycholoog bij probleemgedrag meestal als de afdelingsmedewerkers de psycholoog consulteren of informeren over het bestaan van probleemgedrag.

De afdelingsmedewerkers zijn degenen die over het algemeen probleemgedrag als eerste *signaleren*. Signaleren vindt in het zorgprogramma op twee manieren plaats:

a. in de dagelijkse praktijk blijkt op een bepaald moment dat er sprake is van probleemgedrag ('spontane signalering' zou je kunnen zeggen). Soms is dat acuut ontstaan probleemgedrag (bijvoorbeeld in de vorm van fysieke of verbale agressie), in andere gevallen is het geleidelijk ontstaan maar wordt op een gegeven moment een grens overschreden (bijvoorbeeld een bewoner die in toenemende angstig is en weerstand heeft tegen zorghandelingen).

Als signaleren op deze wijze plaatsvindt, starten de afdelingsmedewerkers in samenspraak met familie/wettelijk vertegenwoordiger de analyse (Stap 2) met behulp van het formulier '*Analyse Zorg*', en sturen dit formulier of naar de arts (bij acuut ontstaan probleemgedrag en bij probleemgedrag waarvan de afdelingsmedewerkers vermoeden dat de oorzaak op medisch gebied ligt) of naar de psycholoog (bij probleemgedrag waarvan de afdelingsmedewerkers vermoeden dat de oorzaak niet op medisch gebied ligt).

b. via screening: symptomen die bij (beginnend) probleemgedrag kunnen passen worden halfjaarlijks (als voorbereiding op de zorgleefplanbespreking of het multidisciplinair overleg) met de *Monitor Gedragssymptomen* in kaart gebracht.

De Monitor Gedragssymptomen is een soort checklist waarop de afdelingsmedewerker kan aangeven of er sprake is van een aantal gedragssymptomen (met ja of nee) en bij ja moet aangeven hoe belastend het gedrag is voor de bewoner en voor zichzelf als afdelingsmedewerker.

Bij bewoners die op de 'Monitor Gedragssymptomen' boven een afgesproken waarde uitkomen, is de kans op aanwezigheid van probleemgedrag vergroot en is analyse van de symptomen zinvol.

Bij die bewoners waarvan op de Monitor Gedragssymptomen is aangegeven dat er symptomen van probleemgedrag zijn die belastend zijn voor de bewoner (score 2 of hoger) of voor mensen in de omgeving (score 3 of hoger) starten de afdelingsmedewerkers in samenspraak met familie/wettelijk vertegenwoordiger de analyse met behulp van het formulier '*Analyse Zorg*'. Dit formulier sturen zij door naar de arts of psycholoog.

De psycholoog kan het signaleren van probleemgedrag faciliteren door tijdens contactmomenten met de afdelingsmedewerkers gericht te informeren naar de aanwezigheid van probleemgedrag.

Kernboodschappen

Signaleren

- **Afdelingsmedewerkers signaleren op twee manieren:**
 - 'spontaan' in de dagelijkse zorg
 - met de 'monitor gedragssymptomen' (bij MDO/zorgplanoverleg)
- **De psycholoog faciliteert signaleren door bij afdelingsmedewerkers gericht te informeren naar aanwezigheid van probleemgedrag**

2 Analyse

Als de psycholoog wordt betrokken bij probleemgedrag, doet deze een nadere analyse van het probleemgedrag. Hierbij bouwt de psycholoog voort op de Analyse Zorg die door de afdelingsmedewerkers is gedaan. Het doel van deze nadere analyse is om te bepalen of sprake is van oorzaken die door de psycholoog te behandelen zijn. In het zorgprogramma bestaat de analyse door de psycholoog uit een aantal onderdelen, die in de *Analyse Psycholoog* zijn opgenomen.

2.1 Verkenning gedragsproblematiek

De analyse door de psycholoog begint met een korte verkenning van het probleem: hij/zij voert een gesprek met de afdelingsmedewerkers met als basis de 'Analyse Zorg'.

Deze korte verkenning is bedoeld om vast te stellen:

- of hier inderdaad sprake is van probleemgedrag,
- of dat de genoemde gedragingen geen reden vormen voor verdere analyse en behandeling.

Dit kan op het formulier 'Analyse Psycholoog' aangegeven worden.

Waarschijnlijk zal bij signaleren van probleemgedrag met behulp van de 'Monitor Gedragssymptomen' de nadere analyse door de psycholoog in een aantal gevallen tot deze korte verkenning beperkt kunnen blijven. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan gedrag wat voor geen van de betrokkenen een probleem vormt of al langer bekend gedrag waar al een behandelplan voor is.

Ook kan in deze fase al duidelijk worden dat er tevens medische oorzaken een rol spelen. In dat geval zal de psycholoog ook de arts bij de analyse betrekken.

2.2 Nadere analyse

Als de psycholoog besluit door te gaan met de analyse wordt voor nadere analyse het formulier 'Analyse Psycholoog' gebruikt. Deze vragenlijst is bedoeld om het probleemgedrag en de context waarin het probleemgedrag zich voordoet uitgebreid te beschrijven en analyseren.

De psycholoog vult de vragenlijst in op basis van informatie uit een gesprek met de afdelingsmedewerker(s) of door een observatie op de afdeling.

2.3 Aanvullende diagnostiek

Wanneer de oorzaken van het probleem niet duidelijk (genoeg) blijken uit deze nadere analyse, voert de psycholoog aanvullende diagnostiek uit. Op het formulier 'Analyse Psycholoog' kan worden ingevuld welke aanvullende diagnostiek gebruikt is.

De aanvullende diagnostiek kan gefocust zijn op de bewoner, op het systeem om de bewoner heen, of op beide. Met 'het systeem' wordt de sociale omgeving van de bewoner bedoeld: medebewoners, zorgverleners en naasten/mantelzorgers.

Diagnostiek die focust op de bewoner kan zich richten op:

- Gedrag
- Cognitief functioneren
 - Neuropsychologische functies
 - Gedachte-inhouden en betekenisverlening
- Emotioneel functioneren en stemming
- Persoonlijkheid en coping

De diagnostiek bij de bewoner kan worden verricht door psychologisch onderzoek, gedragsobservatie en/of heteroanamnese (afdelingsmedewerkers/naasten).

Voor systematische gedragsobservatie zijn verschillende observatieschalen ontwikkeld. In de verpleeghuissetting worden bijvoorbeeld de GIP (Gedragsobservatie Intramurale Psychogeriatric) en de NPI (*Neuropsychiatric Inventory*) gebruikt. Met behulp van dit soort schalen kan systematisch in kaart gebracht worden welke gedragingen de bewoner laat zien.

Bij de analyse van specifiek gedrag kan de psycholoog een SORC analyse gebruiken.

SORC analyse

Een SORC analyse wordt gebruikt om uitlokkende en instandhoudende factoren van specifiek gedrag omschrijven. De analyse bestaat uit vier elementen: *Stimulus, Organisme, Respons en Consequentie*. Bij *Stimulus* wordt beschreven welke stimulus of prikkel het probleemgedrag uitlokt. Een stimulus kan intern of extern zijn, zo kan honger of dorst een interne stimulus zijn en hard geluid een externe stimulus. Onder *Organisme* vallen de (min of meer) vaststaande individuele kenmerken van een bewoner die gedrag kunnen beïnvloeden, zoals persoonlijkheid, cognitief functioneren, stemming, voorkeuren en behoeften en gezondheidsfactoren. De stimulus ontlokt in combinatie met de individuele kenmerken (organisme) een *Respons*. Bij respons kan genoteerd worden welke respons er ontlokt wordt, zowel in handelingen als in uitingen van gedachten en gevoelens van de bewoner. Vervolgens kan onder *Consequenties* beschreven worden wat de consequenties van de respons zijn. Er kunnen positieve consequenties zijn (door te roepen krijgt een bewoner aandacht) en negatieve consequenties (de omgeving raakt geïrriteerd door het geroep). De SORC analyse kan in het volgende schema ingevuld worden (formulier SORC-analyse).

Formulier SORC-analyse

Stimulus	Extern: Intern:
Organisme	Levensloop: Persoonlijkheid: Cognitief functioneren: Stemming: Gezondheid:
Respons	Gedrag: Gedachten: Gevoelens:
Consequenties	Positief: Negatief:

Diagnostiek kan ook gericht zijn op het systeem om de bewoner heen (medebewoners, zorgverleners en naasten/mantelzorgers). Hierbij kan gedacht worden aan het onderzoeken van de draagkracht van afdelingsmedewerkers/mantelzorgers of aan onderzoek naar cognities en emoties ten aanzien van het gedrag van de bewoner. Ook is te denken aan het inventariseren van de aanwezige kennis en vaardigheden over omgang met en acceptatie van het probleemgedrag.

De psycholoog of de arts is eindverantwoordelijk voor de analyse van het probleemgedrag als beide betrokken zijn, afhankelijk van de daarover gemaakte onderlinge afspraak.

2.4 Conclusie

De analyse door de psycholoog eindigt met een conclusie, die wordt besproken met de afdelingsmedewerkers en met familie/vertegenwoordiger, en die uitmondt in een behandelplan. Wanneer de arts ook bij de analyse betrokken is, is hij/zij ook bij de conclusie betrokken.

Kernboodschappen

Analyseren

- **Start de analyse na ontvangst van ‘analyseformulier zorg’ (en ‘monitor gedragssymptomen’) en/of van ‘analyseformulier arts’**
- **Gebruik ‘analyseformulier psycholoog’**
- **Betrek de arts bij analyse bij vermoeden op medische oorzaken**
- **Bespreek, eventueel samen met arts, de conclusies met afdelingsmedewerker(s) en met familie/vertegenwoordiger**

3 Behandeling

Wanneer er geen medische oorzaken zijn gevonden voor het probleemgedrag, bestaat de behandeling uit psychosociale en psychologische interventies, gericht op de factoren die een rol spelen bij het probleemgedrag zoals die uit de analyse van psycholoog en afdelingsmedewerkers naar voren zijn gekomen en afgestemd op de persoon met dementie.

Pas als deze psychosociale en psychologische interventies geen effect hebben gehad, of als sprake is van probleemgedrag met ernstige gevolgen (fysieke agressie bijvoorbeeld), zal behandeling met psychofarmaca als aanvulling op de psychosociale of psychologische interventies ingezet worden.

Als de arts niet bij de analyse betrokken is, stelt de psycholoog het behandelplan voor probleemgedrag samen met de afdelingsmedewerkers op en is verantwoordelijk voor de evaluatie daarvan (zie *formulier Behandeling*).

Een belangrijk onderdeel van het behandelplan is het definiëren van het behandeldoel (verantwoordelijkheid van de arts of psycholoog).

Om evaluatie van behandeling te ondersteunen wordt in het zorgprogramma – voor zover dat nog niet is gedaan in de diagnostische fase - bij start van de behandeling de uitgangssituatie met een meting in kaart gebracht (*vaststellen uitgangssituatie*) (eveneens verantwoordelijkheid van de arts of psycholoog). De meting kan bijvoorbeeld bestaan uit vastleggen van het aantal keer dat gedrag voorkomt binnen een bepaalde tijdsperiode of uit het invullen van een observatielijst, zoals de Cornell Depression in Dementia Schaal, de CMAI, of (subschalen van) de GIP of de NPI. Tevens wordt vastgesteld wat het meetbare behandeldoel is.

Bij de evaluatie van de behandeling wordt opnieuw bepaald hoe de situatie is: die uitkomst kan dan vergeleken worden met de uitgangssituatie die gedefinieerd was bij start van de behandeling.

Behandeling van het probleemgedrag hangt af van de oorzaken die uit de analyse naar voren gekomen zijn, de kenmerken/voorkeuren van de bewoner en de mogelijkheden die aanwezig zijn.

Hieronder volgt een beschrijving van verschillende psychosociale en psychologische behandelmethoden. De beschrijving is niet uitputtend, maar geeft een overzicht van de behandelopties die het meest voorhanden en toepasbaar zijn, en waarbij aanwijzingen zijn voor effectiviteit.

3.1 Aanpassen fysieke of sociale omgeving

Uit de analyse kan blijken dat het probleemgedrag uitgelokt wordt door omgevingsfactoren. Zo kan de tafelschikking zo zijn dat bewoners met botsende karakters tegenover elkaar aan tafel zitten. Maar er kunnen ook minder duidelijke aanwijzingen zijn om de omgeving aan te passen. Uitgaande van de lowered-threshold theorie kan een bewoner met agressief of angstig gedrag bijvoorbeeld beter geen uitzicht hebben op langs snellende afdelingsmedewerkers of bezoekers. Dit zou te veel stress kunnen opleveren. Het is dan beter de bewoner een rustig uitzicht op, bijvoorbeeld, de binnentuin te geven. Het veiliger maken van de omgeving kan een handige interventie zijn wanneer men bang is dat een rusteloze dwalende bewoner zal vallen. Een ander voorbeeld is dat een bewoner geholpen kan worden met bewegwijzering, datumklokken, foto's en naambordjes.

3.2 Aanpassen dagschema en activiteitenprogramma

Het kan nodig zijn het huidige dagprogramma van een bewoner aan te passen, zodat het meer overeenkomt met de behoeften van de bewoner. Voor sommige bewoners kan dit betekenen dat er een meer activerend programma met voor de bewoner plezierige activiteiten moet worden geboden om bijvoorbeeld apathisch of depressief gedrag te verminderen. Voor andere bewoners is het juist noodzakelijk minder prikkels en meer rust en ontspanning te krijgen. Bij veranderingen in het dagprogramma kan o.a. gedacht worden aan: het veranderen van het tijdstip dat een bewoner in of uit bed gaat, de bewoner betrekken bij huishoudelijke activiteiten, de bewoner gestructureerd aan activiteiten laten deelnemen, bezoek structureren, etc. Het is hierbij van belang dat het dagschema en activiteiten aansluiten bij de voorkeuren en mogelijkheden van de bewoner. De mogelijkheden van de activiteitenprogramma's zullen bij ieder verpleeghuis verschillen: de activiteitenbegeleider kan hiervoor geconsulteerd worden.

3.3 Beweeginterventies

Beweging kan een positieve bijdrage leveren aan het welbevinden en cognitief en gedragsmatig functioneren van mensen met dementie. Beweeginterventies kunnen op allerlei manieren worden ingezet bij bewoners met probleemgedrag, variërend van buiten wandelen met een familielid of vrijwilliger tot individueel of groepsgewijs bewegen onder begeleiding van een fysiotherapeut, muziektherapeut of psychomotorisch therapeut.

3.4 Muziekinterventies

Muziektherapie is gericht op het verbeteren van het emotionele evenwicht, de betrokkenheid, het sociaal gedrag en het algemeen welbevinden van de bewoner. Muziektherapie kan bestaan uit luisteren naar muziek, zingen of instrumenten bespelen. Idealiter wordt de therapie door speciaal geschoolde muziektherapeuten gegeven. Echter, ook zonder de aanwezigheid van een muziektherapeut kunnen door activiteitenbegeleiding, zorgmedewerkers, vrijwilligers of naasten muziekinterventies plaatsvinden, zoals gezamenlijk zingen of het opzetten van een cd met rustgevende geluiden. Het is hierbij belangrijk de voorkeuren van bewoners goed te inventariseren en daarop aan te sluiten.

3.5 Zintuigelijke interventies

Er bestaan verschillende vormen van zintuigelijke interventies, die kunnen worden ingezet en positieve effecten kunnen hebben bij bewoners met probleemgedrag. Bij snoezelen wordt gebruik gemaakt van verschillende zintuigprikkelende materialen, zoals verschillende kleuren (lava)lampen, kussentjes en lapjes stof met verschillende structuren, massageapparaat, etc. Bij aromatherapie wordt gebruik gemaakt van etherische oliën die verschillende geuren hebben. Omdat geuren een deel van de hersenen aanspreken dat lang intact blijft, is het zelfs mogelijk aromatherapie bij bewoners in gevorderde stadia van dementie toe te passen. Er bestaan speciale aromatherapie apparaten die de geuren verspreiden.

3.6 Psycho-educatie

Soms ontstaat probleemgedrag doordat de omgeving niet goed om weet te gaan met de uitwerkingen die dementie op gedrag kan hebben. De acceptatie van gedrag door familie en afdelingsmedewerkers kan groter worden, als duidelijk is waar het gedrag vandaan komt: waarom een bewoner doet zoals hij doet. Uitleg over gedrag en de relatie met dementie kan daarbij behulpzaam zijn. Ook kan het geven van handvatten hoe om te gaan met het probleem gedrag helpen het probleemgedrag tot acceptabel gedrag te maken.

3.7 Individuele of groepsgebonden psychologische behandeling

Wanneer een bewoner nog voldoende in staat is tot communicatie kan de inzet van individuele psychologische behandeling, aangepast aan de beperkingen van de bewoner, een hulpmiddel zijn om probleemgedrag te verminderen. Zo kunnen bijvoorbeeld life review of reminiscentietherapie ('dierbare herinneringen'), cognitieve gedragstherapie, oplossingsgerichte therapie en EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) helpen met het acceptatieproces van opname in een verpleeghuis en met het verwerken van herinneringen uit het verleden.

3.8 Mediatieve cognitieve gedragstherapie

Mediatieve cognitieve gedragstherapie is een vorm van psychologische behandeling waarbij het probleemgedrag afneemt door interventies te laten uitvoeren door belangrijke personen in de omgeving van de bewoner. Vaak gaat het om gedragstherapeutische interventies die op instructie van de psycholoog worden uitgevoerd door afdelingsmedewerkers, soms ook door naasten. Met behulp van een hypothese van de uitlokkende en in stand houdende factoren van het probleemgedrag op basis van een analyse (zie SORC-schema) kan de psycholoog vaststellen welke aanpassingen van het gedrag van omstanders ertoe leiden dat het probleemgedrag vermindert. Zo kan de bejegening, de manier van (denken en) doen van zorgmedewerkers en naasten ten opzichte van de bewoner het probleemgedrag doen verminderen. Uitgangspunt is niet dat de afdelingsmedewerkers of naasten het tot dan toe fout deden, maar dat zij de enigen zijn die verandering tot stand kunnen brengen in het huidige probleemgedrag, omdat de bewoner door de dementie hier zelf de capaciteiten niet meer voor heeft.

3.9 Video interventie in de ouderenzorg (VIO)

Video interventie in de ouderenzorg (VIO) is een methode waarbij gedurende 5 tot 10 minuten video opnames gemaakt worden van de interactie tussen afdelingsmedewerkers/naasten en bewoners. Door deze video opnames gezamenlijk gestructureerd te analyseren kunnen mogelijkheden tot vermindering van probleemgedrag ontdekt worden. De nadruk bij deze methode ligt op de communicatie tussen de bewoner en de afdelingsmedewerker/naaste. Er wordt gefocust op de dingen die goed gaan in het contact en op de pogingen die een bewoner onderneemt om contact te maken.

Kernboodschappen

Analyseren

Gebruik formulier 'Behandeling', samen met afdelingsmedewerker(s) en eventueel arts:

- bepaal behandeldoel
- meet uitgangssituatie met meetschaal
- bepaal streefniveau van het behandeldoel
- kies behandeling(en)
- maak afspraken over evaluatie

De psycholoog is verantwoordelijk voor het door de psycholoog opgestelde behandelplan. Als psycholoog en arts beiden betrokken zijn bij het behandelplan, spreken zij onderling af wie verantwoordelijk is voor (welk deel van) het behandelplan.

4 Evaluatie

Het vaststellen van de behandeling eindigt met vaststellen van een evaluatiedatum, afspraken over afname en type meting en afspraken over wie aanwezig zijn bij de evaluatie.

De evaluatie is een zeer belangrijk sluitstuk van de aanpak van probleemgedrag.

Als de psycholoog met de afdelingsmedewerkers het behandelplan opstelt is deze verantwoordelijk voor het afspreken van de evaluatie. Als de arts daarbij ook betrokken is, maken arts en psycholoog afspraken over wie daarvoor verantwoordelijk is.

Kort voor de evaluatie vult de afdelingsmedewerker (EVV'er is hiervoor verantwoordelijk) de meetschaal in om te bepalen in hoeverre het afgesproken behandeldoel gehaald is.

Tevens checkt de afdelingsmedewerker of de geplande acties van de behandeling ook uitgevoerd zijn. Door omstandigheden worden sommige geplande acties soms niet of niet goed uitgevoerd. Het is natuurlijk van belang dit te weten bij evaluatie!

Al deze informatie vormt de basis van de evaluatie waarvoor het Formulier evaluatie van het zorgprogramma gebruikt wordt. Op dit formulier kan aan de hand van vragen een stromenschema gevolgd worden waarin beschreven staat wat de volgende stap is.

De evaluatie kent als mogelijke uitkomsten:

- Doel is behaald, behandeling wordt voortgezet, volgende evaluatie wordt gepland.
- Doel is behaald, behandeling wordt afgebouwd/gestopt, volgende evaluatie wordt gepland indien noodzakelijk.
- Doel is niet behaald, behandeling wordt aangepast, volgende evaluatie wordt gepland.
- Doel is niet behaald, analyse wordt opnieuw gedaan en behandeling wordt aangepast, volgende evaluatie wordt gepland.

De psycholoog of arts die eindverantwoordelijk is voor het behandelplan is ook eindverantwoordelijk voor de evaluatie.

Kernboodschappen

Evaluëren

- **Evalueer a.d.h.v. het ingevulde ‘formulier evaluatie’, samen met afdelingsmedewerker(s) en eventueel arts**
- **Mogelijk uitkomsten evaluatie:**
 - afsluiten behandeling
 - herzien behandeling (in dossier aan de hand van ‘formulier behandeling’)
 - nieuwe analyse (‘formulier Analyse Zorg’) en daarna herzien behandeling

Maak afspraken over volgende evaluatie

De psycholoog is verantwoordelijk voor de evaluatie. Als psycholoog en arts beiden betrokken zijn bij de behandeling, spreken zij onderling af wie verantwoordelijk is.

Literatuur

Allewijn, M. & Haaring, L. (2017). Teambegeleiding. Hoofdstuk 24 in: Vink, M, Kuin, Y, Westerhof, G, Lamers, S & Pot, A.M. (red) Handboek Ouderenpsychologie, tweede geheel herziene druk. De Tijdstroom, Utrecht.

Miesen Bère .e.a. (2003) Leidraad Psychogeriatric: Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum

Disselhorst, C. & Borghouts, C. (2017). Mediatieve cognitieve gedragstherapie. Hoofdstuk 17 in: Vink, M, Kuin, Y, Westerhof, G, Lamers, S & Pot, A.M. (red) Handboek Ouderenpsychologie, tweede geheel herziene druk. De Tijdstroom, Utrecht.

Klaver, M. & Cladder, H. (2017). Oplossingsgerichte therapie. Hoofdstuk 20 in: Vink, M, Kuin, Y, Westerhof, G, Lamers, S & Pot, A.M. (red) Handboek Ouderenpsychologie, tweede geheel herziene druk. De Tijdstroom, Utrecht.

Lamers, S. Westerhof, G. & Bohlmeijer, E. (2017). Life review. Hoofdstuk 19 in: Vink, M, Kuin, Y, Westerhof, G, Lamers, S & Pot, A.M. (red) Handboek Ouderenpsychologie, tweede geheel herziene druk. De Tijdstroom, Utrecht.

Lange, J. de (2017). Mensen met dementie. Hoofdstuk 30 in: Vink, M, Kuin, Y, Westerhof, G, Lamers, S & Pot, A.M. (red) Handboek Ouderenpsychologie, tweede geheel herziene druk. De Tijdstroom, Utrecht.

Nederlands Instituut van Psychologen (2009). Handreiking Psychologische Hulpverlening bij Gedragsproblemen bij dementie. Amsterdam: NIP.

<https://www.innovatiekringdementie.nl/files/gfx/imagemanager/DynamicMedia/Marysia/Handreiking%20gedragsproblemen%20NIP.pdf>

Vink, M., Ekkerink, J. & Zwijsen, S (2017). Gedrag. Hoofdstuk 8 in: Vink, M, Kuin, Y, Westerhof, G, Lamers, S & Pot, A.M. (red) Handboek Ouderenpsychologie, tweede geheel herziene druk. De Tijdstroom, Utrecht.

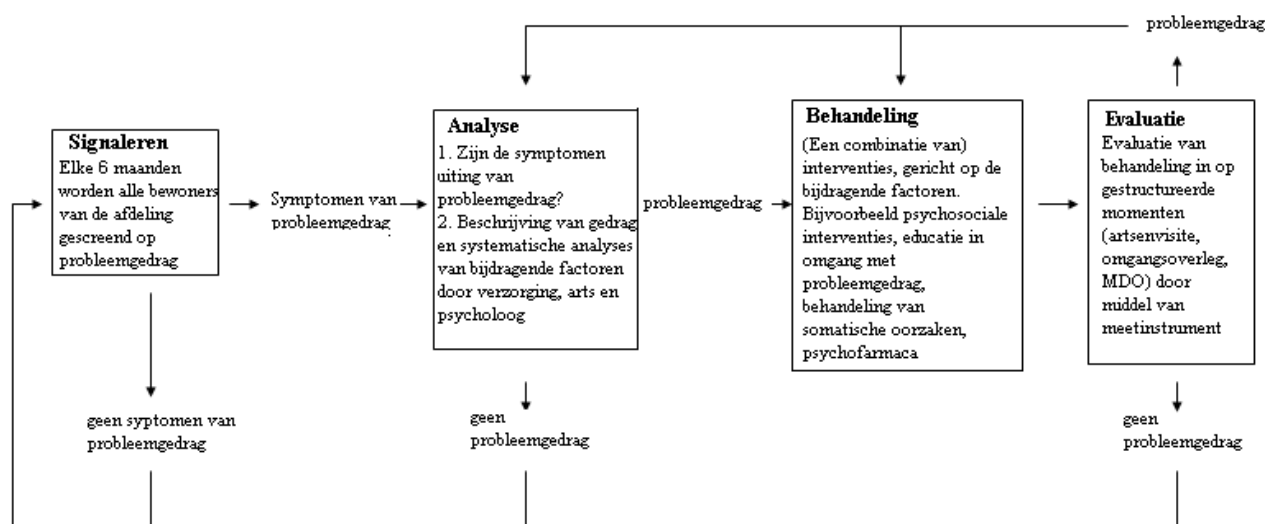
Vink, M. & Soeteman, W. (2017). EMDR. Hoofdstuk 21 in: Vink, M, Kuin, Y, Westerhof, G, Lamers, S & Pot, A.M. (red) Handboek Ouderenpsychologie, tweede geheel herziene druk. De Tijdstroom, Utrecht.

Vught, M. de (2017). Mantelzorgers. Hoofdstuk 23 in: Vink, M, Kuin, Y, Westerhof, G, Lamers, S & Pot, A.M. (red) Handboek Ouderenpsychologie, tweede geheel herziene druk. De Tijdstroom, Utrecht.

Bijlage 1e. Uitleg zorgprogramma voor de arts

Probleemgedrag bij dementie vormt een grote uitdaging voor de specialist ouderengeneeskunde. Dat geldt zowel voor de diagnostiek van mogelijke oorzaken van deze symptomen als voor de behandeling daarvan. Het zorgprogramma 'Grip op probleemgedrag' biedt daarbij ondersteuning. Het is opgebouwd uit een aantal stappen (zie schema hieronder), die achtereenvolgens toegelicht worden.

Figuur 1: Interventie: componenten van het zorgprogramma "Grip op probleemgedrag".



1 Signaleren

Bij het signaleren van probleemgedrag is de rol van de arts bescheiden. In de dagelijkse praktijk - en eveneens in het zorgprogramma 'Grip op probleemgedrag' dat nauw aansluit bij de dagelijkse praktijk - start de betrokkenheid van de arts bij probleemgedrag meestal als afdelingsmedewerkers de arts consulteren of informeren over het bestaan van probleemgedrag. De arts kan echter het signaleren van probleemgedrag faciliteren door tijdens contactmomenten met de afdelingsmedewerkers (visite) open te staan voor signalen van afdelingsmedewerkers over gedragssymptomen/probleemgedrag en/of door gericht te informeren naar de aanwezigheid ervan.

De afdelingsmedewerkers zijn degenen die over het algemeen probleemgedrag als eerste *signaleren*. Zij vullen dan in samenspraak met familie/wettelijk vertegenwoordiger de *Analyse Zorg* in. Afhankelijk van wat uit de analyse naar voren komt, schakelen zij de arts of psycholoog in.

Bij *acuut* ontstaan probleemgedrag consulteren de afdelingsmedewerkers als eerste de arts (vanwege grote kans op delier als oorzaak).

Bij probleemgedrag dat *al langer bestaat* overwegen de afdelingsmedewerkers of mogelijk een lichamelijke oorzaak/medicatie/een psychiatrisch probleem een belangrijke rol speelt bij het ontstaan of voortduren ervan. In dat geval consulteren zij de arts, in het andere geval de psycholoog. Het is dan vervolgens aan de arts of psycholoog om hun analyse te starten.

Uiteraard kijken de arts en psycholoog zelf ook of de juiste discipline is ingeschakeld, of dat ze denken dat betrokkenheid van beide disciplines wenselijk is. In dat geval betrekken ze ook de andere discipline bij de analyse.

Kernboodschappen

Signaleren

- **Afdelingsmedewerkers signaleren op twee manieren:**
 - 'spontaan' in de dagelijkse zorg
 - met de 'Monitor Gedragssymptomen' (t.b.v. MDO/zorgleefplanoverleg)

De arts faciliteert signaleren door bij afdelingsmedewerkers gericht te informeren naar aanwezigheid van probleemgedrag.

2 Analyseren

Als de arts betrokken wordt bij probleemgedrag, start deze een nadere analyse. Deze bouwt voort op de analyse die al door de afdelingsmedewerkers is gedaan, nadat zij probleemgedrag gesignaleerd hebben (zie *Analyse Zorg*, bijlage 4b). Het doel van deze nadere analyse is om te bepalen of sprake is van oorzaken die door de arts te behandelen zijn. De arts focust op oorzaken die op zijn deskundigheidssterrein liggen, maar kijkt uiteraard ook breder en betreft zo nodig de psycholoog bij de analyse.

In het zorgprogramma gebruikt de arts bij de analyse het formulier 'Analyse Arts'. Dit formulier bestaat uit een aantal onderdelen, waarbij systematisch mogelijke oorzaken nagelopen worden. Bij de analyse is een open houding belangrijk: de kunde en kunst is de problematiek onbevangen te benaderen. Het analyseformulier ondersteunt daarbij.

De analyse begint met een concrete en nauwkeurige beschrijving van het probleemgedrag. Dit doet de arts in overleg met de afdelingsmedewerkers, waarbij de *Analyse Zorg* al de nodige input levert.

Als uit bovenstaande beschrijving van het probleemgedrag erg waarschijnlijk is dat de oorzaak van het gedrag niet-medisch van aard is, maar eerder in omgevingsfactoren, in psychologische problematiek van de bewoner of in de interactie tussen bewoner en anderen (naasten, medebewoners, personeel) gezocht moet worden, dan is consultatie van de psycholoog en overname van analyse en behandeling door de psycholoog aangewezen.

Na de beschrijving van het probleemgedrag vraagt het formulier van de arts om achtereenvolgens te beoordelen of 1) lichamelijke aandoeningen/problemen; 2) medicatie bijwerkingen; of 3) psychiatrische aandoeningen anders dan dementie (mede)oorzaak zijn van het probleemgedrag:

2.1 Beoordeling of lichamelijke aandoeningen/problemen (mede)oorzaak zijn van het bestaande probleemgedrag.

Op het formulier wordt expliciet gevraagd om de volgende aspecten te beoordelen:

Visus

Gehoor

Mond/gebit/voedsel en vochtinname

Hart/longen

Buik (obstipatie, mictie)

Infectie (luchtweg, urineweg)
Gewrichtsproblemen
Pijn
Suikerziekte
Anemie

Voor zorgvuldige beoordeling kan *nieuw lichamelijk onderzoek* en *aanvullend onderzoek* (pijnobservatie m.b.v. een pijnschaal, laboratoriumonderzoek, etc.) nodig zijn. Daarnaast zal de arts gebruik maken van *al beschikbare informatie* uit het (recente) verleden die in het dossier staat. *De uitvoerigheid van het onderzoek is aan het klinisch oordeel van de arts, die gevraagd wordt om de bovenstaande items te beoordelen (aanvinken mogelijke oorzaken).*

Met name zintuigstoornissen (visus/gehoor) en pijn zijn problemen die regelmatig niet onderkend worden. Met gericht onderzoek en gerichte observatie is het goed mogelijk om deze problemen vast te stellen dan wel uit te sluiten.

Voor observatie van pijn wordt door de zorg de Pain Assessment IN Advanced Dementia (PAINAD) gebruikt of een andere pijnschaal die in de organisatie gebruikelijk is (bijvoorbeeld de PACSLAC-D).

2.2 Beoordeling of bijwerkingen van medicatie (mede)oorzaak zijn van het bestaande probleemgedrag.

Veel verpleeghuisbewoners met dementie gebruiken verschillende medicamenten. Dat kunnen medicamenten zijn voor lichamelijke comorbiditeit (cardiovasculair, COPD, diabetes, schildklierlijden, etc.) of voor bijkomende psychiatrische problematiek (depressie, delier, etc.).

Het formulier 'Analyse Arts' vraagt de arts te beoordelen of de voorgeschreven medicatie (mede) oorzaak kan zijn van het probleemgedrag. Evaluatie van psychofarmaca gebruik is bij dit onderdeel belangrijk, maar ook evaluatie van medicatie voor somatische aandoeningen (bijvoorbeeld: pijnmedicatie, hart-vaatmiddelen, antidiabetica, schildklierhormoon) is wenselijk.

Voor beoordeling is een *actueel medicatieoverzicht* in combinatie met *anamnestische informatie* (van bewoner/afdelingsmedewerker) vaak voldoende. In een aantal gevallen is aanvullend onderzoek (laboratoriumonderzoek) nodig.

2.3 Beoordeling of psychiatrische aandoeningen anders dan dementie (mede) oorzaak zijn van het bestaande probleemgedrag.

Op het formulier wordt expliciet gevraagd te beoordelen of sprake is van een van de volgende aandoeningen:

delier
psychotische stoornis
stemmingsstoornis
angststoornis (inclusief obsessief compulsieve stoornis en traumagerelateerde stoornissen als PTSS)
slaapstoornis
persoonlijkheidsstoornis

Bij deze beoordeling kan het zeer zinvol zijn ook de psycholoog te betrekken.

Een belangrijke reden om gericht naar deze psychiatrische aandoeningen als (mede)oorzaak te kijken, is dat specifieke behandeling nodig en mogelijk is, gericht op de aandoening.

Zo kan een delier oorzaak zijn van acuut ontstaan probleemgedrag, bijvoorbeeld in de vorm van agressie/agitatie. Hiervoor is in elk geval nadere lichamelijke analyse en analyse van medicatiegebruik nodig (zie onder 2.1 en 2.2). Een psychotische stoornis kan eveneens tot ernstig probleemgedrag leiden (bijvoorbeeld gedrag voortvloeiend uit een achterdochtige waan). Van depressie is uit onderzoek bekend dat het ten grondslag kan liggen aan roepgedrag en continu aandacht vragend (claimend) gedrag. De Cornell Scale of Depression in Dementia (CSDD: zie bijlage meetinstrumenten) is een geschikt screeningsinstrument voor depressie bij dementie, dat afdelingsmedewerkers i.o.m. de psycholoog kunnen invullen en laten beoordelen door de psycholoog. De relatie tussen probleemgedrag bij dementie en een angststoornis, een slaapstoornis of een persoonlijkheidsstoornis zijn minder systematisch onderzocht. Wel is bekend dat deze psychiatrische aandoeningen in het algemeen geassocieerd zijn met een verhoogd risico op gedragsproblematiek.

De analyse door de arts eindigt met een conclusie, die de arts bespreekt met de afdelingsmedewerkers en die uitmondt in een behandelplan, waar ook de psycholoog bij betrokken kan zijn.

Naast oorzaken die om behandeling door de arts vragen, kan tegelijkertijd ook sprake zijn van oorzaken die liggen in omgevingsfactoren, in psychologische problematiek van de bewoner of in de interactie tussen bewoner en anderen.

De arts of de psycholoog is eindverantwoordelijk voor de analyse van het probleemgedrag als beiden betrokken zijn: zij maken daarover onderling een afspraak.

Kernboodschappen

Analyseren

- Start de analyse na ontvangst van 'Analyse Zorg' (en 'Monitor Gedragssymptomen') en/of van 'Analyse Psycholoog'
 - Gebruik formulier 'Analyseformulier Arts'
 - Betrek de psycholoog bij analyse bij vermoeden op niet-medische oorzaken
- Bespreek, eventueel samen met psycholoog, de conclusies met afdelingsmedewerker(s)
De arts zal soms zijn/haar analyse direct moeten starten bij acuut ernstig probleemgedrag en zal dan niet altijd kunnen beschikken over een analyseformulier zorg.

3 Behandeling

De behandeling van probleemgedrag bij dementie door de arts is gericht op behandeling van de oorzaken zoals die uit de bovenstaande analyse naar voren komen.

De arts zal zich in eerste instantie richten op behandeling van lichamelijke aandoeningen/problemen; aanpassen van medicatie als medicatiebijwerkingen een oorzaak zijn en eventuele medicamenteuze behandeling van psychiatrische aandoeningen anders dan dementie als die oorzaak van het probleemgedrag zijn.

Als de oorzaak niet, of maar gedeeltelijk op deze gebieden ligt, zal in overleg met de afdelingsmedewerkers en de psycholoog een behandelplan opgesteld worden en spreken arts en psycholoog onderling af wie verantwoordelijk is voor de evaluatie.

Behandeling bestaat dan in eerste instantie uit psychosociale en psychologische interventies, gericht op de oorzaak/oorzaken van het probleemgedrag bij dementie zoals die uit de analyse van afdelingsmedewerkers/psycholoog/arts naar voren zijn gekomen.

Pas als deze psychosociale en psychologische interventies geen effect hebben gehad, of als sprake is van probleemgedrag met ernstige gevolgen (fysieke agressie bijvoorbeeld), zal behandeling met psychofarmaca als aanvulling op de psychosociale of psychologische interventies ingezet worden.

Als de psycholoog niet bij de analyse betrokken is, stelt de arts het behandelplan voor probleemgedrag samen met de afdelingsmedewerkers op en is verantwoordelijk voor de evaluatie daarvan (zie formulier behandeling).

Een belangrijk onderdeel van het behandelplan is het definiëren van het behandeldoel (verantwoordelijkheid van de arts of psycholoog).

Om evaluatie van behandeling te ondersteunen wordt in het zorgprogramma bij start van de behandeling de uitgangssituatie met een meting in kaart gebracht (*vaststellen uitgangssituatie*) (eveneens verantwoordelijkheid van de arts of psycholoog). De meting kan bijvoorbeeld bestaan uit het aantal keer dat gedrag voorkomt of uit het invullen van (subschalen van) een observatielijst als de GIP, de NPI of de CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory). Tevens wordt vastgesteld wat het meetbare behandeldoel is.

Bij de evaluatie van de behandeling wordt opnieuw bepaald hoe de situatie is: die uitkomst kan dan vergeleken worden met de uitgangssituatie die gedefinieerd was bij start van de behandeling.

3.1 Behandeling met psychofarmaca: soorten psychofarmaca

In de praktijk worden de volgende groepen psychofarmaca gebruikt voor het behandelen van probleemgedrag: antipsychotica, anxiolytica, antidepressiva, *anti-epileptica*, cholinesteraseremmers, *memantine*, melatonine (NB: de huidige richtlijn (2018) beveelt aan anti-epileptica en memantine niet te gebruiken voor de behandeling van probleemgedrag bij dementie: er zijn inmiddels voldoende studies die geen effect laten zien om die aanbeveling te doen). Hieronder worden de aanbevelingen zoals die in de multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie staan kort beschreven: voor uitgebreide informatie kan de richtlijn zelf geraadpleegd worden (<https://www.verenso.nl/kwaliteit-en-richtlijnen/richtlijnendatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie>).

Antipsychotica

Deze medicamenten, oorspronkelijk ontwikkeld voor de behandeling van psychose en schizofrenie, blijken matig effectief in de behandeling van *psychotisch gedrag (wanen, hallucinaties) bij dementie* en bij de behandeling van *agitatie bij dementie* (en risperidon ook specifiek bij *agressie bij dementie*). Tegelijkertijd hebben deze middelen veel bijwerkingen, zoals sufheid, extrapiramidale symptomen, en een verhoogd risico op het krijgen van een beroerte en op overlijden.

Bij mensen met Parkinson dementie kan clozapine gegeven worden (i.v.m. contra-indicatie voor klassieke antipsychotica en risperidon).

De effectiviteit is onderzocht voor een studieduur van ten hoogste 12-16 weken. Aanbevolen wordt antipsychotica na 3 maanden af te bouwen en te staken. Staken van antipsychotica is meestal goed mogelijk zonder dat deze symptomen weer terugkeren.

Anxiolytica

Anxiolytica zijn niet in goede trials onderzocht qua effect op *angstgedrag bij dementie*. Tegelijkertijd geven ze kans op ernstige bijwerkingen zoals verwardheid, cognitieve achteruitgang, valrisico en paradoxale reactie (toename van angst en/of agitatie). Aanbevolen wordt deze middelen alleen bij extreme angst kortdurend te gebruiken; maximaal 2-4 weken.

Antidepressiva

Antidepressiva zijn in RCTs niet effectief gebleken voor de behandeling van angstig en depressief gedrag bij mensen met dementie en ook niet bij andere vormen van probleemgedrag bij dementie.

Antidepressiva kunnen uiteraard wel gebruikt worden als er sprake is van echte angststoornis of echte depressieve stoornis, naast de dementie. Als leidraad voor voorschrijven kan dan de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen c.q. depressie gebruikt worden (1^e keuze middel SSRI, 2^e keuze middel andere SSRI of nortriptyline).

Tevens doet de richtlijn een aanbeveling om bij ernstig depressief gedrag met grote lijdensdruk bij mensen met dementie behandeling met een antidepressivum eventueel te overwegen.

Trazodon tot slot is effectief gebleken in 1 studie *bij agitatie in de vorm van nachtelijke onrust bij mensen met dementie*: het vergroot de slaapduur met ongeveer drie kwartier in die studie.

Anti-epileptica

Deze middelen zijn in RCTs niet effectief gebleken bij behandeling van probleemgedrag bij dementie (agitatie/agressie). Aanbevolen wordt deze middelen niet te gebruiken.

Acetylcholinesterase-remmers

Rivastigmine dat vaak wordt ingezet voor stabilisatie van cognitie, blijkt ook *effectief bij (ernstig) psychotisch gedrag (hallucinaties/wanen) bij mensen met Lewy Body Dementie*.

Memantine

Memantine, dat kan worden ingezet voor stabilisatie van cognitie en ADL bij matig tot ernstige stadia van Alzheimer en vasculaire dementie, is niet effectief bij behandeling van probleemgedrag bij dementie. Aanbevolen wordt geen memantine voor te schrijven voor behandeling van probleemgedrag bij dementie.

Melatonine

Melatonine is effectief gebleken *bij agitatie in de vorm van nachtelijke onrust bij mensen met dementie*: het vergroot de slaapduur met ongeveer 20 minuten.

3.2 Behandeling met psychofarmaca: doseringen en andere adviezen

Voor de vormen van probleemgedrag bij dementie waarvoor behandeling met psychofarmaca onder voorwaarden wordt aanbevolen in de multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag bij mensen bij dementie, worden hieronder doseringen aangegeven (overgenomen uit richtlijn probleemgedrag 2018¹) per vorm van probleemgedrag.

Middel	Start Dosering	Maximale dosering	Indicatie	Duur en voorzorgen
haloperidol	1. 0,5 mg 2. 2,5-5 mg s.c./i.m.	3 mg n.v.t.	1. Ernstig geagiteerd, agressief of psychotisch gedrag 2. Acute crisis	1. Probeer uiterlijk na 3 maanden af te bouwen 2. Kortdurend (1-2 dagen) tot sedatie is bereikt
risperidon	0,5 mg	2 mg	1. Ernstig psychotisch of ernstig geagiteerd of agressief gedrag bij een contra-indicatie voor haloperidol 2. Als 2 ^e keus bij agressief gedrag	Probeer uiterlijk na 3 maanden af te bouwen
clozapine	6,25 mg	50mg	Ernstig psychotisch gedrag bij mensen met de ziekte van Parkinson en dementie	Probeer uiterlijk na 3 maanden af te bouwen
rivastigmine	4,6 mg 4,6 mg	13,3 mg 9,5 mg	1. Ernstig psychotisch gedrag bij mensen met de Lewy Body-dementie 2. Apathisch gedrag met ernstige lijdensdruk bij mensen met Lewy Body-dementie	Continueer op basis van effect en staak bij bijwerkingen
citalopram	10 mg	20 mg	Ernstig depressief gedrag met grote lijdensdruk ¹⁾	Natrium bepalen voor en na starten. Bij ontbreken van effect na 6 weken; citalopram vervangen door een 2 ^e SSRI/ SNRI of overgaan op nortriptyline. Duur: 12 maanden bij 1 ^e episode; overweeg levenslang bij recidief ¹⁾
nortriptyline	1dd 10-25 mg (a.n.)	In 2 weken ophogen tot 50-75 mg; na 4 weken op geleide van effect, bijwerkingen en/of spiegel (min. 100 mcg/ml) verder ophogen	Ernstig depressief gedrag met grote lijdensdruk als citalopram en/of 2 ^e SSRI/ SNRI onvoldoende effect heeft. ¹⁾	ECG maken voor starten. Duur: 12 maanden bij 1 ^e episode; overweeg levenslang bij recidief ¹⁾
oxazepam	5mg	30 mg	Ernstig angstgedrag	Maximaal 4 weken
lorazepam	1. 0,5 mg 2. 0,5-2mg i.m./ i.v.	1 mg n.v.t.	1. Ernstig angstgedrag 2. Acute crisis	1. Maximaal 4 weken 2. Kortdurend (1-2 dagen) totdat sedatie is bereikt
melatonine	2mg		Nachtelijke onrust	Probeer uiterlijk na 3 maanden af te bouwen
trazodon	25-50mg		Nachtelijke onrust	Probeer uiterlijk na 3 maanden af te bouwen

¹⁾ Conform Multidisciplinaire richtlijn Depressie Addendum ouderen

Kernboodschappen

Behandeling

Gebruik formulier 'Behandeling', samen met afdelingsmedewerker(s) en eventueel psycholoog:

- bepaal behandeldoel
- meet uitgangssituatie met meetschaal op achterzijde 'formulier behandeling'
- bepaal streefniveau van het behandeldoel
- kies behandeling(en)
- maak afspraken over evaluatie

De arts is verantwoordelijk voor het door de arts opgestelde behandelplan. Als arts en psycholoog beiden betrokken zijn bij het behandelplan, spreken zij onderling af wie verantwoordelijk is voor (welk deel van) het behandelplan.

4 evaluatie

Het vaststellen van de behandeling eindigt met bepalen van een evaluatiedatum, afspraken over meting behandeldoel en afspraken over wie aanwezig zijn bij de evaluatie (zie het 'formulier Behandeling').

De evaluatie is een zeer belangrijk sluitstuk van de aanpak van probleemgedrag!

Als de arts met de afdelingsmedewerkers het behandelplan opstelt is deze verantwoordelijk voor het afspreken van de evaluatie. Als de psycholoog ook daarbij betrokken is, maken arts en psycholoog afspraken over wie verantwoordelijk is daarvoor.

Kort voor de evaluatie vult de afdelingsmedewerker (EVV'er is hiervoor verantwoordelijk) de meetschaal in om te bepalen in hoeverre het afgesproken behandeldoel gehaald is. Tevens checkt de afdelingsmedewerker of de geplande acties van de behandeling ook uitgevoerd zijn. Door omstandigheden worden sommige geplande acties soms niet of niet goed uitgevoerd. Het is natuurlijk van belang dit te weten bij evaluatie!

Al deze informatie vormt de basis van de evaluatie waarvoor het formulier Evaluatie van het zorgprogramma gebruikt wordt. Op dit formulier kan aan de hand van vragen een stromenschema gevolgd worden waarin beschreven staat wat de volgende stap is.

De evaluatie kent als mogelijke uitkomsten:

- Doel is behaald, behandeling wordt voortgezet, volgende evaluatie wordt gepland.
- Doel is behaald, behandeling wordt afgebouwd/gestopt, volgende evaluatie wordt gepland indien noodzakelijk.
- Doel is niet behaald, behandeling wordt aangepast, volgende evaluatie wordt gepland.
- Doel is niet behaald, analyse wordt opnieuw gedaan en behandeling wordt aangepast, volgende evaluatie wordt gepland.

De arts of psycholoog die eindverantwoordelijk is voor het behandelplan is ook eindverantwoordelijk voor de evaluatie.

Kernboodschappen

Evaluatie

- **Evalueer aan de hand van het ingevulde formulier 'Evaluatie', samen met afdelingsmedewerker(s) en eventueel psycholoog**
- **Mogelijk uitkomsten evaluatie:**
 - **afsluiten behandeling**
 - **herzien behandeling**
 - **nieuwe analyse en daarna herzien behandeling**
- **Maak afspraken over volgende evaluatie**

De arts is verantwoordelijk voor de evaluatie. Als arts en psycholoog beiden betrokken zijn bij de behandeling, spreken zij onderling af wie verantwoordelijk is.

Literatuur

¹ Multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie, Verenso/NIP, 2018.

(<https://www.verenso.nl/kwaliteit-en-richtlijnen/richtlijnendatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie>).

Grip op Probleemgedrag *Informatie voor bewoners, familie en mantelzorgers*

Inleiding

Van veel mensen met dementie verandert het gedrag gedurende het beloop van de ziekte. Soms ontstaat gedrag dat voor de persoon zelf of de omgeving problematisch is. Dit probleemgedrag komt veel voor in woonvoorzieningen voor mensen met dementie: diverse onderzoeken laten zien dat ongeveer 80% van de bewoners op enig moment zulk gedrag vertoont. Het gaat dan om een scala van gedrag, variërend van agressie, agitatie, angst, depressiviteit, geïrriteerdheid, roepen, voortdurend aandacht vragen tot ook minder opvallend gedrag als apathie. Probleemgedrag leidt tot verlies van kwaliteit van leven voor bewoners en het kan belastend zijn voor medebewoners en familie. Bij afdelingsmedewerkers leidt het tot vergroting van de werkbelasting en ziekteverzuim en tot afname van het werkplezier. Alle reden dus om tot een goede aanpak van probleemgedrag bij verpleeghuisbewoners met dementie te komen!

Grip op Probleemgedrag

Binnen onze instelling maken we gebruik van het zorgprogramma 'Grip op Probleemgedrag'. Dit programma is een 'vertaling' van richtlijnadviezen van verschillende beroepsgroepen (namelijk verpleging/verzorging, specialisten ouderengeneeskunde en ouderenpsychologen) naar de dagelijkse zorgpraktijk. Het programma kent vier stappen waarin elke betrokken discipline een specifieke taak heeft. *Grip op Probleemgedrag* is niet zozeer een specifieke behandeling voor probleemgedrag, maar een methodiek die de betrokkenen door de verschillende stappen van het proces leidt en ervoor zorgt dat er geen stappen worden overgeslagen.



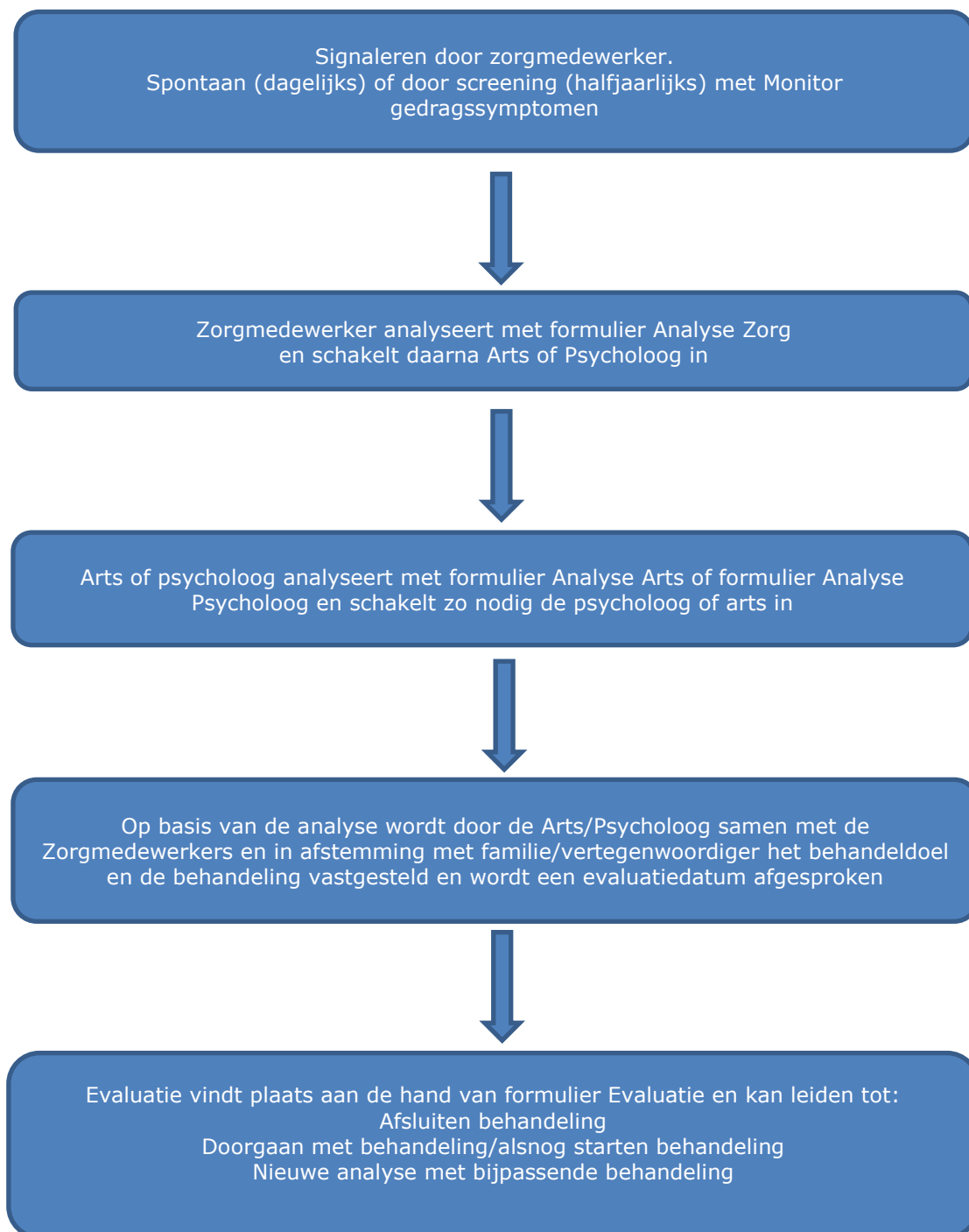
Tussen 2010 en 2014 is het programma in verschillende verpleeghuizen ingevoerd en onderzocht op effectiviteit. Uit de resultaten blijkt dat het gebruik van dit programma leidt tot minder inzet van psychofarmaca, minder probleemgedrag en meer werktevredenheid van de zorg. Genoeg redenen om het programma ook binnen onze instelling te gebruiken.

Als er probleemgedrag bij een bewoner wordt gesignaleerd, vult de verzorging/verpleging een Analyseformulier Zorg in. De zorgmedewerker stuurt de analyse vervolgens door naar psycholoog of arts, die op hun beurt verder gaan met de analyse van het probleem en vervolgens – in samenspraak met de zorgmedewerkers – een behandelplan opstellen. De behandeling zelf wordt in het dossier van de bewoner beschreven. Tenslotte wordt er een evaluatiedatum afgesproken. Bij elke stap in het proces wordt waar mogelijk en gewenst de familie betrokken.

Meer informatie?

De eerst verantwoordelijke verzorgende op de afdeling weet wie de lokale GRIP-coördinator is binnen de instelling. Deze coördinator kan u meer vertellen over het zorgprogramma en hoe het binnen de instelling wordt gebruikt. Daarnaast kunt u meer informatie over de achtergrond en effectiviteit van het zorgprogramma lezen in het proefschrift *Grip on challenging behaviour* van Sandra Zwijsen en op de website van Vilans (zie <https://www.vilans.nl/artikelen/grip-op-probleemgedrag-effectief-bij-ouderen-met-dementie>).

Bijlage 1g. Stroomschema zorgprogramma en overzicht van taken



Stap 1. **Signaleren** in Zorgprogramma Grip op probleemgedrag

Doel	(Symptomen van) probleemgedrag signaleren
Wie?	Afdelingsmedewerkers / EVV'er
Hoe?	- 'Spontane' signalering in dagelijkse zorg - Halfjaarlijkse signalering met <i>Monitor Gedragssymptomen</i>
Uitkomst	Er is probleemgedrag gesignaleerd
Vervolgacties	- Afdelingsmedewerkers starten Analyse Zorg
Eindverantwoordelijk	De EVV'er voor: - het (laten) invullen van de Monitor Gedragssymptomen voor elk MDO / zorgleefplanbespreking - het (laten) invullen van de Analyse Zorg - het verzenden van de ingevulde Analyse Zorg aan arts of psycholoog - het betrekken van familie bij het proces
Communicatie	De EVV'er bespreekt met afdelingsmedewerkers wie de Monitor Gedragssymptomen invult en wie de Analyse Zorg invult. Zij laat bij voorkeur beide formulieren invullen door twee afdelingsmedewerkers. Zij zorgt dat familie wordt betrokken bij het proces. De EVV'er verzendt de Analyse Zorg naar arts of psycholoog.

Stap 2. **Analyseren** in Zorgprogramma Grip op probleemgedrag

Aanleiding	Signalen van probleemgedrag: - 'Spontane' signalering in dagelijkse zorg - Halfjaarlijkse signalering met <i>Monitor Gedragssymptomen</i>
Doel	Analyseren probleemgedrag
Wie?	Afdelingsmedewerkers / EVV'er, psycholoog, arts
Hoe?	Afdelingsmedewerkers: starten analyse m.b.v. <i>Analyse Zorg en schakelen psycholoog (a) of arts (b) in</i> (a) Psycholoog: vervolgt de analyse, met als basis de <i>Analyse Zorg</i> (en indien van toepassing de <i>Monitor Gedragssymptomen</i>), m.b.v. <i>Analyse Psycholoog</i> (b) Arts: vervolgt de analyse, met als basis de <i>Analyse Zorg</i> , m.b.v. <i>Analyse Arts</i>
Uitkomst	- Er is geen probleemgedrag → signaleren start weer ('spontaan' of halfjaarlijks). Huidige episode wordt afgesloten. - Er is probleemgedrag en analyse eindigt met conclusie over mogelijke oorzaken
Vervolgacties	- Als er geen probleemgedrag is: terug naar signaleren ('spontaan' of halfjaarlijks). Huidige episode wordt afgesloten - Als sprake is van probleemgedrag: door naar behandeling
Eindverantwoordelijk	De EVV'er voor: - het (laten) invullen van het analyseformulier zorg - het verzenden van ingevuld analyseformulier zorg (en indien van toepassing de monitor gedragssymptomen) aan arts of psycholoog (a) De psycholoog voor: - het invullen van de <i>Analyse Psycholoog</i> - het bespreken van de conclusie van de analyse (b) De arts voor: - het invullen van de <i>Analyse Arts</i> - het bespreken van de conclusie van de analyse Indien psycholoog en arts beide betrokken zijn, spreken zij af wie hiervoor eindverantwoordelijk is
Communicatie	EVV'er bespreekt met afdelingsmedewerkers wie de <i>Analyse Zorg</i> invult. De <i>Analyse Zorg</i> wordt bij voorkeur door twee medewerkers ingevuld. EVV'er verzendt de <i>Analyse Zorg</i> en, indien van toepassing, de <i>Monitor Gedragssymptomen</i> , naar arts of psycholoog. Arts en/of psycholoog bespreken de conclusie van de analyse met afdelingsmedewerkers. Deze communicatie kan gepland ad hoc of tijdens vaste contactmomenten plaatsvinden (artsensite; gedragsvisite; omgangsoverleg).

Stap 3. **Behandeling** in Zorgprogramma Grip op probleemgedrag

Aanleiding	Conclusies uit stap 2 (analyseren): van wat voor probleemgedrag is sprake en welke mogelijke behandelbare oorzaken zijn uit de analyse naar voren gekomen
Doel	Vermindering van probleemgedrag en/of acceptatie van probleemgedrag
Wie?	Afdelingsmedewerkers / EVV'er, psycholoog, arts
Hoe?	Afdelingsmedewerkers / EVV'er en psycholoog en/of arts stellen samen een behandelplan op m.b.v. formulier behandeling: - definiëren behandeldoel en bepalen wat gemeten moet worden met het formulier vaststellen behandeldoel - vaststellen streefniveau na behandeling - vaststellen uitgangssituatie - vaststellen behandeling(en) - vaststellen evaluatiedatum/aanwezigheid disciplines bij evaluatie/invullen meetschaal voor de evaluatiedatum
Uitkomst	Behandelplan, inclusief afspraken over evaluatie
Vervolgacties	- Uitvoer behandeling(en) - Evaluatie behandelplan
Eindverantwoordelijk	De arts en/of psycholoog voor: - definiëren behandeldoel en bepalen wat gemeten moet worden met het meetinstrument - vaststellen streefniveau na behandeling - vaststellen uitgangssituatie - vaststellen behandeling(en) De EVV'er, arts en/of psycholoog voor (doen) uitvoeren van de afgesproken behandelingen
Communicatie	Arts en/of psycholoog en afdelingsmedewerkers / EVV'er bespreken de conclusies van de analyse en stellen behandelplan op, in samenspraak met familie/vertegenwoordiger. Deze communicatie kan gepland ad hoc of tijdens vaste, bestaande contactmomenten plaatsvinden (artsenvisite; gedragsvisite; omgangsoverleg; zorgleefplanbespreking / MDO)

Stap 4. **Evaluatie** in Zorgprogramma Grip op probleemgedrag

Aanleiding	Evaluatieafspraken uit het behandelplan
Doel	Evaluatie behandeling probleemgedrag: is het gestelde behandeldoel behaald?
Wie?	Afdelingsmedewerkers/EVV'er, psycholoog, arts
Hoe?	Afdelingsmedewerkers: - meten met behulp van de meetschaal in welke mate het behandeldoel gehaald is - evalueren of en in welke mate de afgesproken behandelingen uit het behandelplan zijn uitgevoerd en noteren van de redenen waarom eventueel afgeweken is van de afspraken uit het behandelplan De psycholoog en/of arts en de afdelingsmedewerkers/EVV'er bespreken de resultaten van de meting met de meetschaal en de evaluatie over de uitvoer van het behandelplan aan de hand van het formulier evaluatie
Uitkomst	Behandelplan is geëvalueerd, met als mogelijkheden: - behandeldoel is behaald - behandeldoel is niet behaald
Vervolgacties	Afhankelijk van uitkomst evaluatie: - behandeldoel is behaald, behandeling wordt voortgezet/uitgevoerd, volgende evaluatie wordt gepland - behandeldoel is behaald, behandeling wordt afgebouwd/gestopt, volgende evaluatie wordt gepland indien noodzakelijk - behandeldoel is niet behaald, behandeling wordt aangepast/uitgevoerd, volgende evaluatie wordt gepland - behandeldoel is niet behaald, analyse wordt opnieuw gedaan en behandeling wordt aangepast/uitgevoerd, volgende evaluatie wordt gepland
Eindverantwoordelijk	De EVV'er voor: - (doen) meten met behulp van de meetschaal in welke mate het behandeldoel gehaald is - (doen) evalueren of en in welke mate de afgesproken behandelingen uit het behandelplan zijn uitgevoerd en (doen) noteren van de redenen waarom eventueel afgeweken is van de afspraken uit het behandelplan De psycholoog en/of arts voor: - het invullen van de evaluatie - het bespreken van de resultaten van meting met de meetschaal en de evaluatie van de uitvoer van het behandelplan aan de hand van het formulier evaluatie - een eventuele nieuwe analyse - een eventuele aanpassing van de behandeling - de planning van de volgende evaluatie

	De EVV'er, arts en/of psycholoog voor: (doen) uitvoeren van de afgesproken behandelingen
Communicatie	Arts en/of psycholoog en afdelingsmedewerkers / EVV'er bespreken de meting met de meetschaal en de evaluatie over de uitvoer van het behandelplan. Deze communicatie kan gepland ad hoc of tijdens vaste, bestaande contactmomenten plaatsvinden (artsenvisite; gedragsvisite; omgangsoverleg; zorgleefplanbespreking / MDO)

Bijlage 1h. Overzicht stappen zorgprogramma per discipline

Grip op Probleemgedrag – Afdelingsmedewerker

Stap 1 Signaleren
• Signaleren kan op twee manieren: - 'spontaan' in de dagelijkse zorg - met de 'monitor gedragssymptomen' (voor MDO/zorgplanoverleg)
Stap 2 Analyseren
• De afdelingsmedewerker analyseert direct na signaleren (stap 1) met de EVV-er • Gebruik formulier 'Analyse Zorg'. • De EVV-er stuurt de 'Analyse Zorg' (en indien van toepassing 'Monitor Gedragssymptomen') naar de arts bij vermoeden van medische oorzaken of naar de psycholoog bij vermoeden van niet-medische oorzaken • Arts en/of psycholoog bespreken na hun analyse de conclusies met afdelingsmedewerkers
Stap 3 Behandelen
• Arts en/of psycholoog en afdelingsmedewerker(s) gebruiken formulier 'Behandeling': - bepaal behandeldoel - meet uitgangssituatie - bepaal streefniveau van het behandeldoel - kies behandeling(en) - maak afspraken over evaluatie
Stap 4 Evalueren
• Arts en/of psycholoog en afdelingsmedewerker(s) evalueren aan de hand van het formulier 'Evaluatie' • Mogelijke uitkomsten evaluatie: - afsluiten behandeling - herzien behandeling - nieuwe analyse en daarna herzien behandeling • Arts, psycholoog en afdelingsmedewerker maken afspraken over volgende evaluatie

Grip op Probleemgedrag – Psycholoog

Stap 1 Signaleren
• Afdelingsmedewerkers signaleren op twee manieren: - ‘spontaan’ in de dagelijkse zorg - met de ‘monitor gedragssymptomen’ (bij MDO/zorgplanoverleg) • De psycholoog faciliteert signaleren door bij afdelingsmedewerkers gericht te informeren naar aanwezigheid van probleemgedrag
Stap 2 Analyseren
• De psycholoog start de analyse na ontvangst van ‘Analyse Zorg’ (en eventueel ‘Monitor Gedragssymptomen’) en/of van ‘Analyse Arts’ • Gebruik ‘Analyseformulier psycholoog’ • De psycholoog betreft de arts bij analyse bij vermoeden van medische oorzaken • De psycholoog bespreekt, eventueel samen met arts, de conclusies met afdelingsmedewerker(s)
Stap 3 Behandelen
• Gebruik formulier ‘Behandeling’, samen met afdelingsmedewerker(s) en eventueel arts: - bepaal behandeldoel - meet uitgangssituatie - bepaal streefniveau van het behandeldoel - kies behandeling(en) - maak afspraken over evaluatie De psycholoog is verantwoordelijk voor het door de psycholoog opgestelde behandelplan. Als psycholoog en arts beiden betrokken zijn bij het behandelplan, spreken zij onderling af wie verantwoordelijk is voor (welk deel van) het behandelplan.
Stap 4 Evalueren
• De psycholoog evalueert aan de hand van het ingevulde formulier ‘Evaluatie’, samen met afdelingsmedewerker(s) en eventueel arts • Mogelijk uitkomsten evaluatie: - afsluiten behandeling - herzien behandeling - nieuwe analyse en daarna herzien behandeling • De psycholoog maakt afspraken over volgende evaluatie De psycholoog is verantwoordelijk voor de evaluatie. Als psycholoog en arts beiden betrokken zijn bij de behandeling, spreken zij onderling af wie verantwoordelijk is.

Grip op Probleemgedrag – Arts

Stap 1 Signaleren
• Afdelingsmedewerkers signaleren op twee manieren: - ‘spontaan’ in de dagelijkse zorg - met de ‘monitor gedragssymptomen’ (bij MDO/zorgplanoverleg) • De arts faciliteert signaleren door bij afdelingsmedewerkers gericht te informeren naar aanwezigheid van probleemgedrag.
Stap 2 Analyseren
• De arts start de analyse na ontvangst van het formulier ‘Analyse Zorg’ (en eventueel ‘Monitor Gedragssymptomen’) en/of van ‘Analyse Psycholoog’ • Gebruik formulier ‘Analyse Arts’ • De arts betreft de psycholoog bij analyse bij vermoeden van niet-medische oorzaken • De arts bespreekt, eventueel samen met psycholoog, de conclusies met afdelingsmedewerker(s). De arts zal soms analyse starten bij acuut ernstig probleemgedrag en zal dan niet altijd kunnen beschikken over een analyseformulier zorg.
Stap 3 Behandelen
• De arts gebruikt ‘formulier behandeling’, samen met afdelingsmedewerker(s) en eventueel psycholoog: - bepaal behandeldoel - meet uitgangssituatie - bepaal streefniveau van het behandeldoel - kies behandeling(en) - maak afspraken over evaluatie De arts is verantwoordelijk voor het door de arts opgestelde behandelplan. Als arts en psycholoog beiden betrokken zijn bij het behandelplan, spreken zij onderling af wie verantwoordelijk is voor (welk deel van) het behandelplan.
Stap 4 Evalueren
• De arts evalueert aan de hand van het formulier ‘Evaluatie’, samen met afdelingsmedewerker(s) en eventueel psycholoog • Mogelijk uitkomsten evaluatie: - afsluiten behandeling - herzien behandeling - nieuwe analyse en daarna herzien behandeling • De arts maakt afspraken over volgende evaluatie De arts is verantwoordelijk voor de evaluatie. Als arts en psycholoog beiden betrokken zijn bij de behandeling, spreken zij onderling af wie verantwoordelijk is.

Bijlage 2. Checklist startbijeenkomsten (2x 2 à 2,5uur)

Enkele weken voor de startbijeenkomsten

- ☐ Check eerst of aan de randvoorwaarden implementatie GRIP is voldaan (zie werkboek p.8)
- ☐ Maak een keuze op welke locaties/afdeling(en) gestart wordt i.o.m. betrokken managers
- ☐ Doornemen en evt. aanpassen verstrekte presentaties startbijeenkomsten
- ☐ Datum prikken voor startbijeenkomsten (2x 2 à 2,5u) i.o.m. teamleider van de afdeling en de manager van de behandelaars
- ☐ Reserveren van een ruimte voor de startbijeenkomsten
- ☐ Reserveren van een laptop en beamer t.b.v. presentatie
- ☐ Uitnodigen van het afdelingsmedewerkers – liefst via teamleider afdeling
 - Het is noodzakelijk dat in elk geval alle EVV-ers aanwezig zijn!
 - Vraag de teamleider om een presentielijst
- ☐ Uitnodigen van behandelaars en eventueel andere betrokkenen (teamleider, teammanager, manager PG)

Vóór de start van startbijeenkomsten

- ☐ Check ruimte. Zijn er voldoende zitplekken?
- ☐ Check presentatie / laptop / beamer. Werkt alles naar behoren?
- ☐ Check lesmateriaal. Zijn er voldoende werkbladen voor alle deelnemers?

Tijdens de startbijeenkomsten

- ☐ Gebruik de PowerPoint Presentatie
- ☐ Begin met een korte uitleg van wat er de komende bijeenkomst gaat gebeuren
- ☐ Plan halverwege de bijeenkomst een pauze in (ca. 15 minuten)
- ☐ Benoemen aanspreekpersoon voor de afdeling

Na startbijeenkomst II

- ☐ Plannen van een evaluatie bijeenkomst met aanspreekpersoon van de afdeling

Tips:

- Plan de eerste startbijeenkomst binnen niet al te lange tijd na de train-de-trainer bijeenkomst, zodat alle informatie nog goed in uw geheugen zit.
- School alle medewerkers en behandelaars van dezelfde afdeling zoveel mogelijk gelijktijdig, zodat daarna iedereen op de hoogte is en direct aan de slag kan met het zorgprogramma. Het is praktisch om per afdeling een gehele dag te reserveren, zodat in de ochtend de ene helft van het afdelingspersoneel geschoold kan worden en in de middag de andere helft.
- Indien meerdere afdelingen binnen uw instelling met het zorgprogramma gaan werken, is het aan te bevelen om tijdens de startbijeenkomst per afdeling een verantwoordelijke medewerker aan te stellen. Deze medewerker fungeert als aanspreekpersoon voor afdelingsmedewerkers. Daarnaast kunt u met deze verantwoordelijke medewerkers het zorgprogramma evalueren en de voortgang in de gaten houden. Houd er bij de keuze van een medewerker rekening mee dat kennis van de bewoner een grote meerwaarde heeft. Vanuit dit oogpunt is een eerst verantwoordelijk verzorgende (EVV-er) het meest geschikt voor deze rol. Als alternatief kunt u ook denken aan een (meewerkend) teamleider.

Bijlage 3. Hand-outs presentaties startbijeenkomsten I en II

Tijdens de train-de-trainer bijeenkomsten wordt een USB –stick verstrekt met daarop twee presentaties ten behoeve van de startbijeenkomsten I en II voor de medewerkers die bij het zorgprogramma GRIP betrokken zijn. De presentaties zijn voorzien van begeleidende teksten.

Tijdens de eerste bijeenkomst ligt de focus in eerste instantie op de theorie. Wat is probleemgedrag en hoe vaak komt het voor? Wat zijn mogelijke oorzaken van het probleemgedrag? Daarnaast wordt het zorgprogramma GRIP toegelicht. Wat houdt het programma precies in, wie doet wat en wat levert het op?

In de tweede bijeenkomst is meer praktisch. Eerst worden de taken van alle betrokkenen nogmaals toegelicht. Vervolgens wordt aan de hand van casuïstiek geoefend met het zorgprogramma. Hiervoor is lesmateriaal beschikbaar. Indien meerdere PG-afdelingen geschoold worden in GRIP wordt aan het einde van de bijeenkomst per afdeling afgesproken wie de contactpersoon voor GRIP is voor de lokale coördinatoren (trainers).

Het wordt aanbevolen om de hand-outs af te drukken/kopiëren en deze bij aanvang van de bijeenkomst uit te delen aan de deelnemers.

Hand-outs startbijeenkomst I

[illegible]

Wat gaan we vandaag doen?

- Introductie
- Achtergrond probleemgedrag (verschillende theorieën)
- Paszsa
- Uitleg zorgprogramma's
- Samenwerking en afsluiting

Welk percentage van alle mensen met dementie woont thuis?

70%



Wat is de belangrijkste reden voor opname op een PG-afdeling?

Probleemgedrag

- Probleemgedrag = al het gedrag dat voor de bewoner, medebewoner, verzorging en/of familie een probleem is

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst

Introdutie

Hoeveel % van de bewoners op een pg-afdeling vertoont in een tijdsbestek van twee weken probleemgedrag?

80%

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst

Introdutie

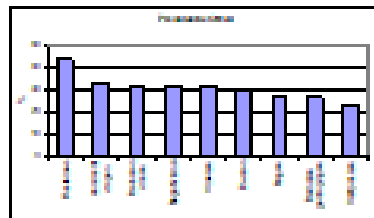
Probleemgedrag bij dementie

Welke vorm van probleemgedrag wordt het meest gezien op PG-afdelingen?

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst

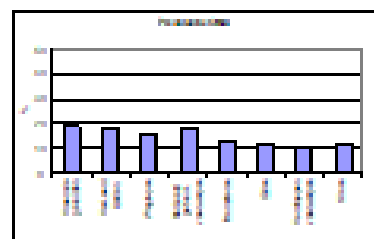
Introdutie

Probleemgedrag gemeten met CMAI



Wet op de Wetenschappelijke Medische Onderzoeksmethoden (Wet WMO) 2017

Probleemgedrag gemeten met CMAI



Wet op de Wetenschappelijke Medische Onderzoeksmethoden (Wet WMO) 2017

Welk percentage van de mensen met dementie in het verpleeghuis gebruikt een psychofarmacon?



40%

Wet op de Wetenschappelijke Medische Onderzoeksmethoden (Wet WMO) 2017

Welk soort psychofarmakon wordt het meest voorgeschreven aan bewoners van PG-afdelingen?



Haloperidol (Haldol)

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst

Introdutie

Waarom Grip op Probleemgedrag?

Probleemgedrag ...

- komt veel voor op pg-afdelingen
- is erg belastend voor bewoners, medebewoners, familie en verzorgenden
- zorgt voor verhoogde werkdruk en minder werktevredenheid onder werknemers
- Bestaande richtlijnen zijn moeilijk toe te passen in de praktijk

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst

Introdutie

Zorgprogramma

- Grip op Probleemgedrag is een zorgprogramma dat gebaseerd is op de richtlijnen

verenSo

v&vn

NIP

- Het zorgprogramma is ontwikkeld in samenspraak met mensen uit de praktijk
- Het zorgprogramma structureert de aanpak van probleem gedrag: wie doet wat & wanneer als er probleemgedrag is?

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst

Introdutie

Grip op Probleemgedrag

- Het zorgprogramma is géén nieuwe behandelmethode, maar een methodiek om de bestaande behandelmethoden zo efficiënt mogelijk te gebruiken
- Overleg tussen verschillende disciplines (verzorging, arts en psycholoog) is heel belangrijk!



Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst

Introductie

Achtergrond Probleemgedrag

De richtlijnen zijn gebaseerd op een aantal theorieën over probleemgedrag. Om te begrijpen waarom analyse belangrijk is en op welke dingen je goed moet letten, is het handig om wat meer te weten over deze theorieën.

- Onvervulde behoefte theorie
- Verlaagde stressdrempel theorie
- Adaptatie-coping model

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst

Achtergrond probleemgedrag

Onvervulde behoefte theorie

- Veel bewoners kunnen hun gevoelens en gedachten niet meer goed duidelijk maken
- Via andere wegen duidelijk maken waar behoefte aan is, bijv. door roepen, af te weren, constant aandacht te vragen...

Eigenlijk is het gedrag dus niet het probleem, maar het feit dat er een onvervulde behoefte bestaat!

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst

Achtergrond probleemgedrag

Onvervulde behoefte theorie

Voorbeeld

Mevrouw Janssen schreeuwt en slaat 's ochtend bij de ADL zorg. Hoe rustig en vriendelijk de verzorgenden haar ook benaderen, mw. blijft dit probleemgedrag vertonen...

Mw. Janssen is thuis altijd gewend geweest de dag lekker rustig te laten starten. Ze nam een uitgebreid bad in de ochtend en ging pas daarna ontbijten...

Verzorging weet niets van deze onvervulde behoefte en mw. Janssen probeert door haar gedrag te laten merken dat deze manier van de dag starten niet aan haar behoeftes voldoet...

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst

Achtergrond probleemgedrag

Onvervulde behoefte theorie

- Bij probleemgedrag moet dus volgens deze theorie gezocht worden naar wat de behoefte van een bewoner is
- Door de situatie goed te analyseren kan de juiste behandeling gekozen worden
- Uit deze theorie volgt ook dat vooral gekeken moet worden naar psychosociale interventies waarbij aan de onvervulde behoefte voldaan kan worden

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst

Achtergrond probleemgedrag

Verlaagde stressdrempel theorie

- Iedereen heeft in het leven te maken met stress
- De meeste mensen kunnen aardig wat hebben, maar op een gegeven moment is de grens bereikt



Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst

Achtergrond probleemgedrag

Verlaagde stressdrempel theorie

- Wanneer hersenen door dementie zijn aangedaan, is de drempel van de hoeveelheid stress die iemand kan hebben verlaagd
- Mensen met dementie kunnen dus minder stress hebben dan gezonde mensen. Wanneer de drempel wordt overtreden raakt iemand bijvoorbeeld geagiteerd (probleemgedrag).

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst

Achtergrond probleemgedrag

Verlaagde stressdrempel theorie

Voorbeeld

's Morgens wordt mw. de Jager altijd naar haar vaste plek aan tafel gebracht. Ze zit op een plek waarvandaan ze uitzicht heeft op de teampost en de gang. In de middag wordt mw. vaak erg onrustig en dan roept ze veel en hard.

Doordat ze de hele dag veel prikkels krijgt van alle langlopende mensen stapelt de stress zich op. In de middag wordt haar stressdrempel overschreden wat zich uit in roepen en onrust. Na de lunch zou ze dus beter naar een wat rustigere plek gebracht kunnen worden.

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst

Achtergrond probleemgedrag

Adaptatie-coping model

- Het leven met dementie en de opname in een verpleeghuis is een 'opgave', waarop ieder mens weer anders reageert
- Hoe iemand op opgaven reageert wordt bepaald door o.a. persoonlijke levenservaringen en karaktereigenschappen



Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst

Achtergrond probleemgedrag

Adaptatie-coping model

Voorbeeld

Als iemand bijvoorbeeld altijd erg afhankelijk is geweest kun je je voorstellen dat zo iets ingrijpends als een opname in een verpleeghuis waar je niet bekend bent maakt dat diegene steeds om bevestiging en hulp vraagt (wat soms ook claimend gedrag wordt genoemd).

Wanneer je kennis hebt van de achtergrond van de bewoner is het makkelijker het gedrag te verklaren en de oorzaak van probleemgedrag aan te pakken.

Grp op Probleemgedrag. Kick-off bijeenkomst

Achtergrond probleemgedrag

Verklaringsmodellen

De eerder genoemde verklaringsmodellen zullen binnen het zorgprogramma gebruikt worden.

Grp op Probleemgedrag. Kick-off bijeenkomst

Achtergrond probleemgedrag

Pauze





Grip op Probleemgedrag Stap 1: Signaleren

Wie? Afdelingsmedewerkers
Wat? - 'Spontaan'
 - Invullen *Monitor* t.b.v. zorgleefplan bespreking

Doel Monitor
 Opsporen van gedrag dat:
 - nu nog niet als probleem wordt ervaren
 - problematisch is, maar door het team geaccepteerd wordt
 - niet erg opvalt, maar voor de bewoner wel een probleem is

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst Uitlog Zorgprogramma

Monitor Gedragsproblemen

Monitor Gedragssymptomen

Doel Monitor

- Met de Monitor wordt aan de hand van de Monitor de volgende informatie verzameld:
 - Hoe vaak het gedrag voorkomt
 - Hoe vaak het gedrag voorkomt op een bepaalde plek
 - Hoe vaak het gedrag voorkomt op een bepaalde tijd
 - Hoe vaak het gedrag voorkomt op een bepaalde manier

Waarschuwing
 Het is belangrijk dat de Monitor niet alleen wordt gebruikt om de frequentie van het gedrag te meten, maar ook om de ernst van het gedrag te meten. Het is belangrijk dat de Monitor wordt gebruikt om de ernst van het gedrag te meten, maar ook om de frequentie van het gedrag te meten.

Waarschuwing
 Het is belangrijk dat de Monitor niet alleen wordt gebruikt om de frequentie van het gedrag te meten, maar ook om de ernst van het gedrag te meten. Het is belangrijk dat de Monitor wordt gebruikt om de ernst van het gedrag te meten, maar ook om de frequentie van het gedrag te meten.

Bij een score van 2 of hoger bij 'Ernst' of 3 of hoger bij 'Emotionele belasting' is het de bedoeling dat je het **Analyse Zorg-formulier** gaat gebruiken.

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst Uitlog Zorgprogramma

Grip op Probleemgedrag
Stap 2: Analyseren

Wie? Afdelingsmedewerkers
Wat? - Invullen *Analyse Zorg*
 - Doorsturen *Analyse Zorg* naar arts/psycholoog

Wie? Arts e/o psycholoog
Wat? - Invullen *Analyse Arts of Analyse Psycholoog*

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst Uitbeg Zorgprogramma

Analyse Zorg

- Analyse van het probleemgedrag start bij de zorg. Op de afdeling is de meeste kennis over de bewoner en zijn/haar gedrag.
- *Analyse Zorg* bevat een aantal vragen over de bewoner, het gedrag en de situatie. Hierdoor:
 - duidelijkheid over gedrag + oorzaken
 - duidelijkheid over reeds ondernomen stappen
- Zorgmedewerkers bepalen vervolgens zelf aan wie de analyse doorgegeven wordt (arts of psycholoog).

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst Uitbeg Zorgprogramma

Analyse Zorg

Analyse Zorg

Wat is het probleemgedrag? (beschrijf het probleemgedrag zo nauwkeurig mogelijk)

Wat is de situatie? (beschrijf de situatie waarin het probleemgedrag zich voordoet)

Wat is de oorzaak? (beschrijf de oorzaak van het probleemgedrag)

Wat is de impact? (beschrijf de impact van het probleemgedrag)

Wat is de aanpak? (beschrijf de aanpak van het probleemgedrag)

Wat is de follow-up? (beschrijf de follow-up van het probleemgedrag)

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst Uitbeg Zorgprogramma / GripOnline

Analyse Arts

- De **Analyse Arts** bevat een aantal lichamelijke en psychiatrische aandoeningen die probleemgedrag kunnen veroorzaken
- Optie om psycholoog in te schakelen
- Optie "geen gedrag dat nadere analyse behoeft"
- Als de oorzaak alleen op het lichamelijke gebied ligt kan de analyse worden afgesloten met een conclusie en kan een behandeling ingesteld worden: stap 3 behandeling

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst Uiteg Zorgprogramma

Analyse Psycholoog

- De **Analyse Psycholoog** bevat vragenlijst verkenning gedragsproblematiek, diagnostiek en observatie
- Optie om arts in te schakelen
- Optie "geen gedrag dat nadere analyse behoeft"
- Analyse wordt afgerond met een conclusie (evt. SORC analyse)
- Als er geen medisch oorzaken zijn, kan na de conclusie een behandeling ingesteld worden: stap 3 behandeling

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst Uiteg Zorgprogramma

Grip op probleemgedrag Stap 3: Behandelen

Wie? Arts e/o psycholoog i.o.m. zorg/EVV
Wat? - Invullen **Behandelingsplan**
d.m.v. bepalen behandelingsdoel, evaluatiedatum, meetschaal en deelnemers

NB Over de behandeling zelf wordt gerapporteerd in het Zorgleefplan van de bewoner. Dit hoeft niet in Grip Online te worden vastgelegd.

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst Uiteg Zorgprogramma

Grip op Probleemgedrag Behandelen

Behandelingsplan

Realiseer behandelbaarheid en maximaliseer de mogelijkheden voor succesvolle

formulering en concreet mogelijk het plan van de behandeling. bepaal de afgepaste behandelbaarheid met de meest effectieve interventies en het draadframe dat naar behandeling behoeft moet worden (ook is niet van een plan te spreken dat niet naar behandelbaar gedrag)

- **Doel**

Doelstelling

- **Wat kan behandeld worden?**
- **Wat kan niet behandeld worden?**
- **Wat kan wel behandeld worden?**
- **Wat kan wel niet behandeld worden?**

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst Uitgevoerd Zorgprogramma

Behandelen

- In de map met achtergrondinformatie staan voorbeelden van psychosociale en medische behandelmogelijkheden (gebaseerd op de richtlijnen van NIP en Verenso)
- De arts en psycholoog zijn binnen het zorgprogramma vrij in de keuze van de behandeling, met één uitzondering: Gebruik psychofarmaca en M&M's alleen als laatste redmiddel!

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst Uitgevoerd Zorgprogramma

Grip op Probleemgedrag Stap 4: Evalueren

Wie? Arts e/o psycholoog samen met zorg

Wat? Invullen *Evaluate*

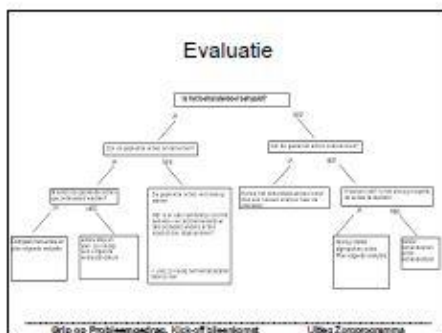
 - Afronden episode / nieuwe episode opstarten

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst Uitgevoerd Zorgprogramma

Evaluatie

- De evaluatie is een belangrijk sluitstuk van het zorgprogramma
- Evaluatie vindt altijd plaats!
- Voor de evaluatie moet gecheckt worden in hoeverre de voorgestelde interventies zijn ondernomen

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst Uiteg Zorgprogramma



Samenvatting

- Er zijn verschillende theorieën over de oorzaken van probleemgedrag, o.a. de onervulde behoefte theorie, de verlaagde stressdrempel theorie en het adaptatie-coping model.
- Om de oorzaak van probleemgedrag te achterhalen is grondige analyse noodzakelijk

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst Samenvatting

Samenvatting

Het zorgprogramma bestaat uit 4 stappen

1. Signaleren: Spontaan & Monitor

2. Analyseren: Eerst door afdelingsmedewerker, daarna door arts en/of psycholoog

3. Behandelen: Nadruk op psychosociale interventies. Duidelijk doel opstellen en meten

4. Evaluatie: Meetschaal gebruiken. Evaluatie vindt altijd plaats

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst

Samenvatting

Afsluiting

Opdracht voor volgende bijeenkomst

Vul de **Monitor Gedragssymptomen** voor 2 bewoners in (2 aan 2). Indien er sprake is van probleemgedrag, ga dan verder met de **Analyse Zorg** en stuur deze door naar arts of psycholoog. Arts en/of psycholoog kunnen met deze meldingen aan de slag d.m.v. het doorlopen van de vervolgstappen.

Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst

Afsluiting

Afsluiting

Over ± 2-4 weken een tweede bijeenkomst voor afdelingsmedewerkers waarop we ervaringen met het zorgprogramma doornemen.

Arts en psycholoog krijgen via de lokale coördinator(en) discipline-specifieke informatie en uitleg van het zorgprogramma op schrift.

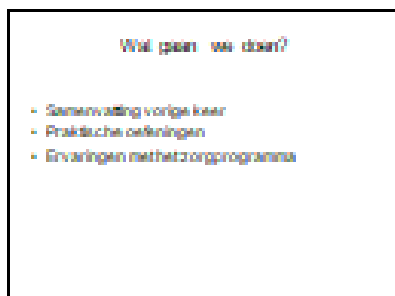
Grip op Probleemgedrag, Kick-off bijeenkomst

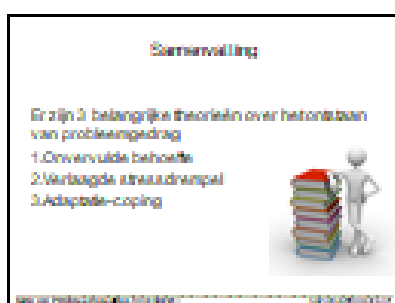
Afsluiting

Hand-outs startbijeenkomst II

25-7-2022







Samenvatting

- Het zorgprogramma Grip op Probleemgedrag is gebaseerd op de 3 theorieën en de richtlijnen van verschillende beroepsgroepen.
- Zorgprogramma geeft structuur aan de aanpak voor probleemgedrag

Grip op Probleemgedrag, Bijeenkomst 1

Samenvatting kick-off

4

Samenvatting

Stap 1: Signaleren

- Spontaan
- Monitor Gedragsproblemer



Grip op Probleemgedrag, Bijeenkomst 1

Samenvatting kick-off

5

Samenvatting

Stap 2: Analyseren

- Analyse Zorg
- Doorsturen naar arts of psycholoog
- Arts of psycholoog vult eigen Analyse in



Grip op Probleemgedrag, Bijeenkomst 1

Samenvatting kick-off

6

Samenvatting

Stap 3: Behandelen

- Verantwoordelijkheid arts/psycholoog
- Opstellen behandelplan i.o.m. zorg
- Afspreken evaluatiedatum, deelnemers en meetschaal



Grip op Probleemgedrag, Bijeenkomst II Samenvatting Kid-off

7

Samenvatting

Stap 4: Evalueren

- Check of alle afgesproken acties zijn ondernomen
- Vul de meetschaal opnieuw in



Grip op Probleemgedrag, Bijeenkomst II Samenvatting Kid-off

8

Oefenen met de monitor

- Maak groepjes van 2 - 4 personen
 - Liefst gevarieerd (niet alle EVV-ers bij elkaar)
- Bekijk samen de ingevulde Monitor (opdracht na 1^{ste} bijeenkomst) en bespreek de scores
- Zijn er discussiepunten? Bespreek deze plenair om te achterhalen hoe collega's dit zouden invullen.

Grip op Probleemgedrag, Bijeenkomst II Praktische oefeningen

9

Oefenen met de Analyse Zorg

- Bekijk ook de *Analyse Zorg* (indien van toepassing)
- Bespreek de antwoorden met elkaar
- Naar wie is de *Analyse Zorg* verstuurd?
- Zijn er aandachtspunten? Bespreek deze plenair

Wat vind je goed? Zijn er dingen die beter kunnen?

Grip op Probleemgedrag, Bijeenkomst 5

Praktische oefeningen

10

Ervaringen met het zorgprogramma

- Nabespreken casussen
- Heeft iedereen een monitor ingevuld? (waarom niet?)
- Hoe is het om samen te screenen / analyseren?
- Problemen / moeilijkheden?
- Positieve punten?

Grip op Probleemgedrag, Bijeenkomst 5

Ervaringen

11

Afsluiting

- Vragen?
- Aanstellen aanspreekpersoon afdeling (indien van toepassing / bij meerdere afdelingen)
- Afdelingsmedewerkers:
Bij problemen eerst naar aanspreekpersoon

Aan de slag met Grip op Probleemgedrag!
Heel veel succes!

12

Bijlage 4. Oefenmateriaal voor oefenen met gebruik van zorgprogramma

Oefenmateriaal

Het is van belang dat u tijdens de startbijeenkomsten de deelnemers wegwijs maakt in het gebruik van het zorgprogramma Grip op probleemgedrag. Om de deelnemers te laten oefenen met het zorgprogramma, vindt u hier de werkbladen die u voor dit doel in Startbijeenkomst II kunt gebruiken.

4a Monitor Gedragssymptomen

4b Analyse Zorg

4c Analyse Psycholoog

4d Analyse Specialist Ouderengeneeskunde

4e Formulier Behandeling

4f Formulier Evaluatie

Bijlage 4a. Monitor Gedragssymptomen

Naam verzorgenden:

- **Vul de Monitor altijd samen in**
- **Ernst (belasting voor de bewoner): 1= licht; 2= matig; 3= ernstig**
- **Emotionele belasting (belasting voor jou als verzorgende): 0= niet belastend; 1= minimaal; 2= licht; 3= matig; 4= ernstig; 5= zeer ernstig**
- **Geef bij twijfel de hoogste score**

Wanen

Is de bewoner overtuigd van bepaalde gedachten, waarvan u weet dat ze niet waar zijn; denkt de bewoner bijvoorbeeld dat andere mensen hem/haar kwaad willen doen of van hem/haar stelen?

☐ Ja Ernst: 1 2 3 Emotionele belasting: 1 2 3 4 5

Hallucinaties

Hallucineert de bewoner; ziet de bewoner iets dat er niet is of hoort hij/zij geluiden of stemmen die een ander niet kan horen?

☐ Ja Ernst: 1 2 3 Emotionele belasting: 1 2 3 4 5

Agitatie/Agressie

Laat de bewoner agitatie/agressie zien, bijvoorbeeld dat hij/zij weigert mee te werken, of zich niet laat helpen door een ander?

☐ Ja Ernst: 1 2 3 Emotionele belasting: 1 2 3 4 5

Depressie/Dysforie

Lijkt het alsof de bewoner verdrietig of depressief is, of zegt de bewoner dat hij/zij zich somber voelt?

☐ Ja Ernst: 1 2 3 Emotionele belasting: 1 2 3 4 5

Angst

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

☐ Ja Ernst: 1 2 3 Emotionele belasting: 1 2 3 4 5

Euforie/opgetogenheid

Lijkt de bewoner zich te goed of te opgewekt te voelen?

☐ Ja Ernst: 1 2 3 Emotionele belasting: 1 2 3 4 5

Apathie/onverschillig

Lijkt de bewoner minder geïnteresseerd te zijn in de eigen gewone activiteiten of in de activiteiten en plannen van een ander?

☐ Ja Ernst: 1 2 3 Emotionele belasting: 1 2 3 4 5

Ontremd gedrag

Handelt de bewoner impulsief zonder over de gevolgen na te denken? Praat de bewoner bijvoorbeeld tegen onbekenden alsof hij/zij ze goed kent, of maakt de bewoner kwetsende of tactloze opmerkingen tegen ander?

☐ Ja Ernst: 1 2 3 Emotionele belasting: 1 2 3 4 5

Prikkelbaarheid

Is de bewoner ongeduldig of snel geïrriteerd? Kan hij er niet goed tegen als iets vertraagd is of als hij moet wachten op een geplande activiteit?

☐ Ja Ernst: 1 2 3 Emotionele belasting: 1 2 3 4 5

Doelloos repetitief gedrag

Doet de bewoner telkens dezelfde handelingen, zoals doelloos rondlopen in huis, peuteren aan knopen, ergens aan plukken, draadjes opwinden en dergelijke?

☐ Ja Ernst: 1 2 3 Emotionele belasting: 1 2 3 4 5

Gedrag 's nachts

Maakt de bewoner anderen 's nachts wakker, staat de bewoner te vroeg op of doet hij/zij te vaak een dutje overdag?

☐ Ja Ernst: 1 2 3 Emotionele belasting: 1 2 3 4 5

Eetlust/eetgedrag

Is de bewoner afgefallen of in gewicht aangekomen, of is de voorkeur voor bepaald eten veranderd?

☐ Ja Ernst: 1 2 3 Emotionele belasting: 1 2 3 4 5

Na invullen monitor:

Zijn één of meer van de vragen met 'ja' beantwoord en is de ernst 2 of hoger
of

Zijn één of meer van de vragen met 'ja' beantwoord en is de emotionele belasting 3 of hoger: vul analyseformulier zorg in.

Bijlage 4b. Analyse Zorg

NB: - Bij crisissituaties/acute ernstige gedragsproblemen: direct arts consulteren!

- Vul dit formulier bij voorkeur in met een collega en betrek de mantelzorger bij de analyse.

Naam verzorgenden :

Wat zie je?

1. Kun je het gedrag beschrijven (wat zie je, wat doet de bewoner precies, wat maakt het gedrag problematisch)?

2. Hoe vaak komt het gedrag voor?

3. Voor wie is het gedrag belastend (bewoner/mantelzorger/zorgverlener/medebewoners)?

4. Kent de familie/mantelzorger dit gedrag uit het verleden?

In welke situaties komt het gedrag voor?

1. Is er iemand in de buurt als het gedrag plaatsvindt? (bv familie, personeel, bewoners)

2. Gebeurt er iets in de directe omgeving voordat het gedrag plaatsvindt? (bv muziek, geluid, iemand die binnenkomt, bejegening bewoner)

3. Waar, in welke ruimte, komt het gedrag voor?

4. Op welke momenten van de dag komt het gedrag voor?

5. Gebeurde er iets met de bewoner voordat het gedrag plaatsvond? (bv net aan activiteit deelgenomen)

6. Zijn er situaties waarin het gedrag niet of minder voorkomt?

Hoe komt het?

Waardoor denk je dat het gedrag veroorzaakt wordt? Denk bijvoorbeeld aan:

Lichamelijke oorzaken (bijvoorbeeld pijn, infectie, enz.)

Pijnschaal (PAINAD):

Ademhaling	☐ Normaal	☐ Incidenteel moeizaam, kort	☐ Luidruchtig moeizaam, lang
Onrustgeluiden	☐ Geen	☐ Incidenteel kreunen, zacht	☐ Herhaaldelijk, luid kreunen
Gezichtsuitdrukking	☐ Neutraal	☐ Droevig, bang, fronsen	☐ Grimas
Lichaamstaal	☐ Ontspannen	☐ Gespannen, IJsberen,	☐ Verstard, gebalde vuisten, ..
Troostbaarheid	☐ Niet nodig	☐ Afgeleid/gerustgesteld	☐ Onmogelijk te troosten

- Omgevingsfactoren (bijvoorbeeld lawaai, medebewoner, verveling)
- Persoonlijke achtergrond (bijvoorbeeld belangrijke levensgebeurtenis, beroep, enz.)

Waardoor denkt familie / mantelzorger dat het gedrag wordt veroorzaakt?

Wat heb je al geprobeerd?

1. Wat heb je al geprobeerd te doen aan het probleemgedrag?

2. Wat was daarbij het achterliggende idee en/of je doel?

3. Wat was het effect?

Naar wie moet de analyse gestuurd worden

☐ Arts

☐ Psycholoog

Bijlage 4c. Analyse Psycholoog

Verkenning gedragsproblematiek

Bespreek analyseformulier zorg met de verzorging en bepaal of er sprake is van gedrag dat nadere analyse behoeft of dat het gedrag geen verdere acties behoeft.

☐ Geen verdere acties

Nadere analyse gedragsprobleem

Omschrijf het gedrag in neutrale, concrete bewoordingen:

Gaat het om: ☐ bekend gedrag ☐ nieuw gedrag

Bij bekend gedrag:

Wat maakt dat er nu hulp wordt ingeroepen?

Zijn er omstandigheden waardoor het gedrag als extra belastend wordt ervaren?

Veranderingen

Zijn er veranderingen in (kruis aan):

- ☐ Lichamelijke functioneren
- ☐ Psychisch functioneren
- ☐ ADL
- ☐ Relaties en familieomstandigheden
- ☐ Huidige relationele omgeving (bijv. familie, medebewoners, verzorgenden)
- ☐ Huidige materiele omgeving
- ☐ Zorg- en behandelplan (bijv. benaderingswijze, medicatie)
- ☐ Dagindeling (bijv. tijden van eten of rusten)
- ☐ Deelname aan activiteiten of tijdbesteding

Zo ja, welke veranderingen zijn er opgetreden:

Frequentie

Sinds wanneer komt het gedrag voor:

Hoe vaak wordt het gedrag waargenomen:

Hoe lang duurt de periode waarin het gedrag kan worden waargenomen:

Verloop

Wat gaat aan het gedrag vooraf:

Waar doet het gedrag zich voor:

Wie zijn erbij:

Hoe ontwikkelt het gedrag zich van het begin tot aan het eind:

Uitzonderingen

Wanneer en onder welke omstandigheden doet het gedrag zich niet voor:

Welk wenselijk gedrag wordt waargenomen:

Identificatie

Voor wie is dit gedrag een probleem (bewoner, mensen in diens omgeving)?

Welke gevoelens en gedachten maakt dit gedrag los bij de zorgverleners:

Uit welke behoeften zou het gedrag kunnen voortkomen:

Welke positieve kanten zijn er aan het gedrag van de cliënt:

Interventies

Welke interventies zijn tot nu toe toegepast en met welk effect:

Verwachtingen

Welke wensen zijn er met betrekking tot doel en interventies (kruis aan):

- ☐ Gedragsproblemen inzichtelijk maken
- ☐ Monitoren van gedragsproblemen
- ☐ Verminderen van gedragsproblemen
- ☐ Hanteerbaar maken van gedragsproblemen
- ☐ Voorkomen van recidief
- ☐ Anders/aanvulling:

Aanvullende diagnostiek

Doe eventueel aanvullende diagnostiek met focus op bewoner of systeem (zorgpersoneel, mantelzorg) en beschrijf hieronder de diagnostische methoden die je gebruikt:

- ☐ Psychologisch onderzoek
- ☐ Gedragsobservatie
- ☐ Overleg met team
- ☐ Gesprek met familie
- ☐ Anders....

Conclusie

Beschrijf je conclusies over het gedrag, bij voorkeur m.b.v. een functieanalyse (SORC-schema vanuit perspectief bewoner en/of zorgverlener).

- ☐ Geen verdere acties
- ☐ Start behandeling
- ☐ Arts wordt ingeschakeld

Bijlage 4d. Analyse Arts

Omschrijving Probleemgedrag

Bespreek analyseformulier zorg met de verzorging en bepaal of er sprake is van gedrag dat nadere analyse behoeft of dat het gedrag geen verdere acties behoeft

- ☐ Geen verdere acties (stop analyse)
- ☐ Nadere analyse van gedrag is nodig
- ☐ Psycholoog wordt ingeschakeld

Lichamelijke problemen/aandoeningen

Zijn de volgende lichamelijke problemen een mogelijke oorzaak (kruis oorzaken aan):

- ☐ Visus
- ☐ Gehoor
- ☐ Mond/gebit/voedsel en vochtinname
- ☐ Hart/longen
- ☐ Buik (obstipatie, mictie, uwi)
- ☐ Gewrichtsproblemen
- ☐ Pijn (gebruik eventueel pijnschaal): zie zorg
- ☐ Suikerziekte
- ☐ Anemie
- ☐ Infectie (luchtweg, urineweg)
- ☐ Andere, namelijk:

Bijwerkingen medicatie

Kunnen bijwerkingen van medicatie (bijv. psychofarmaca) een oorzaak zijn?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Psychiatrische aandoeningen anders dan dementie

Kunnen psychiatrische aandoeningen anders dan dementie een oorzaak zijn?

- ☐ Nee
- ☐ delier
- ☐ psychotische stoornis
- ☐ depressie
- ☐ angststoornis
- ☐ slaapstoornis
- ☐ persoonlijkheidspathologie

Pijn Score PAINAD

De PAINAD is reeds ingevuld door de zorg: zie formulier zorg.

Conclusies

Beschrijf de conclusie uit deze analyse. Geef aan of de psycholoog moet worden ingeschakeld als deze nog niet betrokken is

- ☐ Geen verdere acties
- ☐ Start behandeling
- ☐ Psycholoog wordt ingeschakeld

Bijlage 4e. Behandelplan

Vaststellen behandeldoel en vaststellen uitgangssituatie met meetschaal

Formuleer zo concreet mogelijk het doel van de behandeling. Bepaal de uitgangssituatie t.a.v. behandeldoel met de meetschaal (formulier meetschaal) en het streefniveau dat door behandeling behaald moet worden. (Als er meer dan een doel is: ook meer dan een meetschaal gebruiken)

- Doel:

Evaluatie

- Stel een evaluatiedatum vast:
- Stel vast wie deelnemen aan de evaluatie:
- Stel vast welke meting of schaal gebruikt wordt (bijv. een gedragsvragenlijst uit de analyse of een globale schaal) om te bepalen of het doel behaald is.

Formulier meetschaal

Naam bewoner: **Afdeling:** **Ingevuld door:** **Datum:**

Doel: bepalen in welke mate het behandeldoel bereikt is

Omschrijf kort wat gemeten moet worden gelet op het behandeldoel (bijvoorbeeld 'roepen tijdens wassen' of 'acceptatie door team dat bewoner roept bij wassen'):

Omcirkel het cijfer dat de actuele situatie het beste weergeeft:

(bijvoorbeeld: 1 'roept continu tijdens wassen' of 'team accepteert nooit dat bewoner roept bij wassen') en 10 'roept helemaal niet tijdens wassen' of 'team accepteert altijd dat bewoner roept bij wassen'

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bijlage 4f. Evaluatie

Doel: bepalen in welke mate het behandeldoel bereikt is door psycholoog en/of arts en verzorging

Voorzijde evaluatie

Is het behandeldoel voldoende behaald?

- ☐ Ja
- ☐ Nee → gebruik achterzijde Evaluatie

Indien Ja:

Zijn de geplande acties ondernomen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Moeten de geplande acties gecontinueerd worden?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Bij Ja: Doorgaan met acties en plan volgende evaluatie

Datum:

Voeg evaluatie toe

Bij Nee: Acties stop en plan (zo nodig) een volgende evaluatie datum

- ☐ Sluiten Episode
- ☐ Nieuwe Evaluatie (vul datum in)

Achterzijde Evaluatie

Is het behandeldoel voldoende behaald?

- ☐ Ja → Gebruik voorzijde Evaluatie
- ☐ Nee

Indien Nee:

Zijn de geplande acties ondernomen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Bij Ja: Herzie het behandelplan/doel en/of doe een nieuwe analyse naar de oorzaken

- ☐ Nieuwe Behandelingsplan
- ☐ Nieuwe Analyse Arts
- ☐ Nieuwe Analyse Psycholoog

Bij Nee: Waarom niet? Is het alsnog mogelijk de acties te starten?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Bij Ja: Alsnog starten afgesproken acties. Plan volgende evaluatie (vul datum in)

Bij Nee: Herzie behandelplan en/of behandeldoel

- ☐ Nieuw Behandelingsplan (Er wordt een nieuw formulier Behandeling aangemaakt)
(vul datum in)

In schema:

