

## STAPSGEWIJS ONBEGREPEN GEDRAG EN PIJN BIJ DEMENTIE DE BAAS

**Binnen het Universitair Netwerk Ouderenzorg van het VUmc loopt momenteel een grootschalig innovatief project om onbegrepen gedrag en pijn bij ouderen met dementie beter te kunnen behandelen: STA OP! De eerste resultaten zijn veelbelovend.**

Dementie gaat dikwijls gepaard met vormen van gedrag die problemen kunnen geven voor de persoon met dementie zelf en/of zijn omgeving. Agitatie of apathie bijvoorbeeld kan de zorgafhankelijkheid van de persoon met dementie en de zorglast van de zorgverleners of de mantelzorgers vergroten. Het lastige is dat dergelijk gedrag veel verschillende oorzaken kan hebben en dat wij vaak niet goed begrijpen waar de bewoner precies last van heeft en waar dit vandaan komt. Zo hebben lichamelijke aandoeningen, pijn, depressie of bepaalde omgevingsfactoren allemaal zijn weerslag op het gedrag. Het gevolg is vaak dat alleen het gedrag dat op de voorgrond staat behandeld wordt, veelal met het voorschrijven van psychofarmaca (bijvoorbeeld Haldol of Oxazepam). Het gedrag wordt zo niet meer gezien als signaal en de vaak optredende bijwerkingen van de medicatie brengen de patiënt met dementie van de regen in de drup. Een goede analyse van de achtergronden van gedrag is daarom zeer wenselijk.

Pijn is een van de oorzaken die kan leiden tot gedragsverandering, bijvoorbeeld tot agitatie. Uit onderzoek weten we dat pijn bij ouderen veelvuldig voorkomt, maar de herkenning en de behandeling ervan is al jaren onderwerp van wetenschappelijke en klinische discussie. Meetinstrumenten om pijn op te sporen, in kaart te brengen en te monitoren worden nog te weinig gebruikt en de behandeling van pijn bij ouderen is over het algemeen onder de maat. Dat geldt nog sterker voor de groep ouderen die ook nog een (degeneratieve) hersenaandoening hebben als gevolg van een CVA of dementie. Een alarmerende bevinding uit studies is dat patiënten met dementie minder pijnstillers krijgen dan ouderen zonder deze aandoening, ook al hebben zij een heupfractuur, gewrichtsaandoeningen of kanker. Kennelijk bestaat er terughoudendheid in het geven van pijnmedicatie aan deze mensen, ook al is die niet op rationele gronden gebaseerd. Opvallend is dat deze terughoudendheid gerelateerd is aan de omgeving: in ziekenhuizen krijgt deze groep meer pijnstilling dan in het verpleeghuis en op psychogeriatrische afdelingen van het verpleeghuis weer minder dan op somatische afdelingen, ongeacht het niveau van cognitief functioneren of het aanwezig zijn van pijn.

*Het gedrag wordt zo niet meer gezien als signaal en de vaak optredende bijwerkingen van de medicatie brengen de patiënt met dementie van de regen in de drup*

### Een nieuwe methode

Zogenaemde 'comfort-interventies' (zoals snoezelen, reminiscentie of aanpassen van de dagstructuur) worden nog te weinig gebruikt bij problematisch gedrag. Dat is jammer, omdat deze psychosociale interventies vaak beter werken dan medicatie en zeker minder bijwerkingen hebben. Om zorgverleners te ondersteunen bij een stapsgewijze beoordeling van onbegrepen gedrag en bij begeleiding en behandeling is in de Verenigde Staten een protocol ontwikkeld: de zogeheten *Serial Trial Intervention* (STI). Dit is bedoeld om:

- Nauwkeuriger onbegrepen gedrag te beoordelen bij mensen die dit niet meer goed verbaal duidelijk kunnen maken (mensen met gevorderde dementie).
- Een betere en meer op het individu toegesneden behandeling te bieden van zowel pijnklachten als probleemgedrag. Vanwege het frequent voorkomen van pijn en de relatieve eenvoud van een effectieve behandeling hiervan, neemt dit symptoom een belangrijke plaats in in het protocol.

Het interessante van deze methodiek is, dat de meest voorkomende oorzaken van gedragsproblemen systematisch geanalyseerd en aangepakt worden. De methode is gebaseerd op het zogeheten 'unmet-need-model'. Dit model gaat ervan uit dat het vermogen van een

demente bewoner om zijn behoeften en zijn ongemakken te communiceren achteruitgaat, naarmate de dementie vordert. Behoeften waaraan niet wordt voldaan maakt de persoon met dementie dan veelal kenbaar via zijn gedrag, bijvoorbeeld door onrust, zorg weigeren, huilen en afzondering zoeken. Dit gedrag wordt door de omgeving, waaronder verzorgenden, vaak niet begrepen als uiting of symptoom van ongemak, pijn of ander leed (vandaar dat we ook spreken over 'onbegrepen gedrag' in plaats van 'gedragsproblemen'). En gedrag dat niet wordt herkend als uiting van ongemak en/of pijn (en dus ook niet adequaat wordt behandeld), kan weer leiden tot ander, vaak negatiever gedrag.

### Stapsgewijs

De STI maakt gebruik van een breed arsenaal aan bewezen effectieve therapeutische opties, variërend van comfort-interventies, aanpassingen van de omgeving en de dagstructuur, tot pijnmedicatie. Gebruik van de STI in de Verenigde Staten was effectief in het verminderen van pijn en gedragsproble-



Foto: Nele Delvoye

# Sta Op!

men bij mensen met dementie. Dit protocol is inmiddels vertaald en bewerkt voor de Nederlandse situatie en heeft als naam gekregen: STA OP! (*STApsgewijs Onbegrepen gedrag en Pijn bij dementie de baas!*).

Recent zijn wij vanuit het VUmc gestart met een project om te kijken of deze systematische aanpak beter werkt dan de reguliere zorg en behandeling. Verzorgenden, activiteitenbegeleiders, psychologen en artsen op tien psychogeriatrische afdelingen in verschillende verpleeghuizen worden geschoold in het werken met de methode. Dit is een vrij uitgebreide training van vijf middagen.

Belangrijk startpunt van STA OP! is het herkennen en signaleren van gedragsveranderingen en onbegrepen gedrag. Bij bewoners met dementie bij wie door het (multidisciplinaire) team onbegrepen gedrag of gedragsveranderingen zijn vastgesteld, wordt op een stapsgewijze manier gekeken of er voor dit gedrag een verklaring kan worden gevonden, zodat men tijdig met een juiste behandeling kan beginnen. Stapsgewijs wordt nagegaan of er sprake is van lichamelijke en/of psychosociale problemen, er in alle basisbehoeften is voorzien en of er storende omgevingsfactoren aanwezig zijn die mogelijk ten grondslag liggen aan het gedrag (zie kader 'Stappenplan').

*Belangrijk startpunt van STA OP! is het herkennen en signaleren van gedragsveranderingen en onbegrepen gedrag*

## Stappenplan STA OP!

De volgende stappen worden doorlopen, tot het gedrag verklaard is en het eventuele probleem is opgelost:

1. Beoordeling van basisbehoeften (moet iemand nodig naar het toilet, zitten de kleren te strak?).
2. Beoordeling van pijn en lichamelijke behoeften (is er wellicht sprake van een urineweginfectie?).
3. Beoordeling van psychosociale behoeften (zou de bewoner misschien meer baat hebben bij andere activiteiten?).
4. Comfort-interventies (bijvoorbeeld snoezelen).
5. Proefbehandeling met pijnmedicatie (bijvoorbeeld paracetamol).
6. Consultatie van anderen en/of een proefbehandeling met psychofarmaca.

Meer informatie over STA OP: <http://www.vumc.nl/afdelingen/UNO/StemmingEnGedrag/StaOpOnderzoek> of [www.dementieinbeweging.nl](http://www.dementieinbeweging.nl).

Bij de start van het onderzoek, na drie maanden en na zes maanden wordt het gedrag van alle bewoners geobserveerd en beoordeeld. Binnen het onderzoek maken we gebruik van verschillende observatieschalen voor onder andere pijn, depressie, gedrag en kwaliteit van leven. Bovendien bestuderen we de dossiers van de bewoners om te kijken of er in deze periode interventies hebben plaatsgevonden of dat er hierin veranderingen zijn opgetreden (zowel medicamenteus als psychosociaal). De effecten op gedrag en pijn op de afdelingen waar de methodiek is geïmplementeerd, gaan we vergelijken met tien afdelingen waar STA OP! (nog) niet is ingevoerd. Zo hopen we een duidelijk beeld te krijgen van de effectiviteit van deze methodiek.

### Het protocol in de praktijk

In november 2009 is de locatie Hooge-Werf van Argos Zorggroep Poortugaal gestart met een proefproject (pilot)

om de inhoud van de training, het gebruiksgemak van de interventie en de gebruikte instrumenten te toetsen. Uit een evaluatie blijkt dat ruim 94% van de medewerkers vindt dat STA OP! hen sterker heeft gemaakt en

geholpen heeft met de dagelijkse praktijk. Enkele citaten:

*'Ik ben bewuster gaan kijken naar de bewoner, objectiever. Als iemand pijn aangeeft, ga je toch nadenken: waar komt dat vandaan?'*

*'Door het protocol toe te passen kan ik sneller en gerichter acties ondernemen, ben ik me meer bewust van mijn handelen, de behoeften van de bewoner, het gedrag en mijn reacties daarop. Ik ben veel bewuster gaan letten op signalen die kunnen duiden op pijn en/of gedragsproblemen.'*

*'Ik merk de positieve invloed van het protocol aan het gedrag van een bewoner. Ze is een stuk meer ontspannen en oogt blijer. Voorheen was er veel onrust en agitatie, maar door specifiek naar deze bewoner te kijken hebben we een mogelijke oorzaak van dit gedrag gevonden. Uit lichamelijk onderzoek kwam naar voren dat ze pijn leek te hebben en daarop is de pijnmedicatie van 'zo nodig' een paracetamol veranderd in een vaste dagdosis. Dit had al duidelijk effect op haar gedrag, ze was minder geagiteerd. Daarnaast*

# Casus STA OP!

Mevrouw Van Beveren is een 81-jarige dame met geagiteerd/prikkelbaar gedrag dat zich openbaart in verbale uitingen/verstoringen. Dit gedrag doet zich gedurende de hele dag voor en is zeer wisselend. Mevrouw kan ineens erg verdrietig of bijzonder boos zijn. Zij begrijpt zeer weinig van wat men tegen haar zegt, er is moeilijk contact te maken. Ze leeft sterk in haar eigen wereld. Bijzonderheden: zeer lange dame, ca. 1.85 m.

## Comorbiditeit:

- Oren: doof, draagt geen gehoorapparaten meer.
- Ogen: geen bril, oogzenuw beschadigd i.v.m. glaucoom. Niet merkbaar dat mevrouw niet goed meer zou zien.
- Mond-gebit: deels eigen tanden, heeft een plaatje (niet in) voor missende elementen.
- Gewrichten: prothese heupen & knieën li/re.
- Pols: gips gehad na #.

## Medicatie:

Ferrofumaraat 3dd 200mg, nexium 1dd 40 mg, simvastatine 10 mg, CAD 100/880, lactulosestroop, movicolon 1dd, paracetamol 'zo nodig' 4dd 1000mg, xalatan oogdruppels. oxazepam 2dd 10 mg (jan.2008) 'zo nodig'.

## Uitvoering Protocol:

### STAP 0:

Geen verklaring voor het gedrag gevonden, verschillende mogelijkheden bekeken.

### STAP 1:

Hoge score PACSLAC-D: 7, indicatie voor pijn. Lichamelijk onderzoek nurse practitioner: Afwijkend: mogelijk pijn aan been bij het lopen (re). Sloft en heeft kortere standpositie. Pols: crepiteert, gebruikt handen wel normaal. Gebruikt paracetamol nu 'zo nodig'.

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

### STAP 2:

Er leek na bestudering van de dagbalans sprake van omgevingsstress (televisie aan, veel bewoners in kleine kamer), te weinig rust en te weinig betekenisvolle contacten. Door voor mevrouw een andere plek in de huiskamer te creëren, kreeg zij meer rust. Daarnaast zijn er ook meer rustmomenten gedurende de dag geschapen, waardoor er een betere balans ontstond. Ook viel op dat mevrouw veel pijn had bij het gaan zitten en staan. Gezien de lengte van mevrouw en de lichamelijke aandoening (prothesen heupen/knieën), is er een verhoogde stoel aangevraagd en is eveneens de toilethoogte veranderd.

## Samenvatting en voorlopige resultaten:

Door de stapsgewijze benadering van het protocol heeft men in een eerder stadium storende omgevingsprikkelers kunnen vaststellen en actie kunnen ondernemen. Mevrouw Van Beveren heeft nu onder andere een rustigere plek in de huiskamer gekregen. In verband met pijn bij het gaan staan en zitten zijn toilet en stoel in hoogte aangepast en is de pijnmedicatie opgevoerd. Dit alles heeft geresulteerd in een duidelijk positieve verandering. Mevrouw Van Beveren oogt meer ontspannen, rustiger en tevredener. Haar pijnscore daalde van zeven (sterke aanwijzing voor pijn) naar nul en ook haar stemming verbeterde sterk: van een depressiescore van vier (aanwijzingen voor een depressie) eveneens tot nul. Ook de prikkelbaarheid daalde en de kwaliteit van leven nam op enkele gebieden duidelijk toe. Deze resultaten zijn door zorgmedewerkers als 'opvallende veranderingen' gerapporteerd en worden ondersteund door de gemeten resultaten.

Het protocol is nog niet volledig afgesloten. Momenteel wordt verder gekeken of er andere comfort-interventies mogelijk zijn die het welzijn van mevrouw Van Beveren kunnen vergroten.

*Het protocol geeft verzorgenden meer aangrijpingspunten, zodat zij zich sterker voelen in het omgaan met een moeilijke materie als onbegrepen gedrag*

*zijn er meer rustmomenten gecreëerd gedurende de dag en heeft ze een andere plaats in de huiskamer gekregen.'*

Ook de resultaten bij bewoners lijken positief: uit metingen blijkt dat het percentage klinische gedragsverschijnselen (de zogenaamde neuropsychiatrische symptomen van dementie) na drie maanden flink is afgenomen. De gerapporteerde veranderingen bij de bewoners zijn in overeenstemming met de gemeten resultaten.

## Betere kwaliteit van leven

Concluderend lijkt STA OP! een goede en werkbare methode om onbegrepen gedrag, pijn en gedragsveranderingen effectief te lijf te gaan. Het protocol geeft de verzorgenden meer aangrijpingspunten, zodat zij zich sterker voelen in het omgaan met deze moeilijke materie. Daarmee vervult het duidelijk een behoefte van verpleeghuizen om zorg en behandeling rond onbegrepen gedrag, pijn en gedragsproblemen bij mensen met dementie te verbeteren. De ver-

wachting is dat bewoners die met deze methodiek worden behandeld, minder gedragsproblemen en pijn zullen hebben en daarmee een betere kwaliteit van leven.

Met medewerking van Anneke Francke, Miel Ribbe, Jenny van de Steen en Erik Scherder. De implementatie van Sta Op! wordt mogelijk gemaakt door financiële ondersteuning van het Innovatiefonds Zorgverzekeraars. De auteurs danken de directie en medewerkers van Argos Zorggroep, locatie Hooge-Werf te Poortugaal voor hun enthousiaste inzet bij dit project.

*Marjoleine Pieper is psycholoog/onderzoeker aan het VU medisch centrum/EMGO instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg te Amsterdam.*

*Wilco Achterberg is hoogleraar institutionele zorg en ouderengeneeskunde aan het LUMC te Leiden; hij is tevens senior-begeleider van het STA OP!-project.*