



# Thuis bij Evean

## ➤ Pilot studie naar het effect van “Thuis bij Evean” op de mate van geagiteerd gedrag bij psycho- geriatrische patiënten in Guisveld

**Marije Sara Holstege**, Wetenschappelijk onderzoeker Evean/Espria

**Hilde Roele**, Project coördinator visie op psychogeriatrische zorg Evean

**Judith Flens**, Programmamanager “Thuis bij Evean”

Januari 2017

## ➤ Pilot studie naar het effect van “Thuis bij Eveen” op de mate van geagiteerd gedrag bij psychogeriatrische patiënten in Guisveld

### Samenvatting

#### Aanleiding

In 2014 is Eveen vanuit verschillende maatschappelijke kwesties (stelselwijziging, vernieuwd kwaliteitskader, veranderende klantvraag en hang naar eigen regie) en een sterke intrinsieke motivatie om het zorglandschap mede te veranderen ingestapt in een onconventioneel project “thuis bij Eveen” waarin men is gaan onderzoeken hoe te komen van een aanbodgestuurde dienstverlening (de projectgroep bepaalt), naar een vraaggestuurde dienstverlening (de cliënt bepaalt), waarbij levensgeluk en welzijn de hoofddoelstelling is, zonder dat goede professionele medische en verpleegkundige zorg uit het oog worden verloren. In dit project is levensgeluk en welzijn de hoofddoelstelling, zonder dat goede professionele medische en verpleegkundige zorg uit het oog wordt verloren. In de pilotlocatie is, als onderdeel van het programma, gestart met belevingsgericht werken op basis van “De nieuwe hersenkunde” in samenwerking met BreinCollectief. Om de interventie te monitoren is een pilot onderzoek gestart met als doel om het effect van de belevingsgerichte interventies op de mate van geagiteerd gedrag van de bewoners te evalueren.

#### Studie design

Tijdserie (ITS-) design met 3 series van 3 metingen gedurende de pilot van 1 jaar.

#### Studie populatie

Bewoners (n=39) op 2 pilot units van 2 verschillende psychogeriatrische afdelingen

#### Interventie

Invoering van belevingsgerichte omgevingszorg. De interventies zijn op te delen in 3 type (volgordelijke) stappen:

1. *Leefsferen* - verbouwen en aanpassen van de leefruimtes.
2. *Deskundigheid* - scholing alle betrokken personeelsleden (behandeldienst, facilitair en zorg) en familieleden betreffende het herinrichten werkprocessen ten gunste van het beschadigde brein.
3. *Familieparticipatie en zorg op maat* - Trainingen alle betrokken personeelsleden en familieleden betreffende passend en wenselijk gedrag ten behoeve van bewoners met beschadigd brein.

#### Methode

De mate van agitatie is gemeten met de CMAI daarnaast is psychofarmaca gebruik, inzet vrijheidsbeperkingen maatregelen en inzet psychosociale dienst gemeten. De zicht- en merkbare effecten op de afdelingen zijn op kwalitatieve wijze geanalyseerd.

## Resultaten

Het pilot-onderzoek naar de mate van agitatie (gemeten met de gevalideerde CMAI vragenlijst) laat een klinisch significante afname (19.5 punten, 34.5%) zien van het agitatie niveau na de verbouwing en eerste omgevingsinterventie (BOM) binnen de bewoners (n=27) op de betreffende pg-afdeling ((56.5 (37.8-71.2) vs 37 (32-49); p=0.05). De eerste meting na de verbouwing laat een mediane score zien van 37 welke indiceert dat er geen sprake is van klinische agitatie. Dit is in lijn met de kwalitatieve/ subjectieve observaties van de medewerkers over de afname van onrust op de afdeling. Daarbij waren bewoners, alerter, actiever, het eten ging vaker zelfstandig en er was een hogere familieparticipatie en lager ziekteverzuim. Als er wordt gecorrigeerd voor de trend door middel van de tijdserie, is er geen significant verschil voor en na de “interventie” periode. De geleerde lessen uit deze pilot worden gebruikt voor de opzet van een tweede pilot in Eveen de Rietvelden.

## Conclusie

Deze pilot laat een trend zien in de daling van de mate van agitatie van bewoners na het herinrichten van de leefomgeving. De pilot zal worden voortgezet op Eveen de Rietvelden om te bepalen of de trend ook hier zichtbaar is en wat de langere termijn effecten zijn.

## ➤ Introductie

De kern van “Thuis bij Eveen” is het creëren van één cultuur en bijpassende inrichting van de organisatie waarin medewerkers gefaciliteerd worden om datgene te kunnen doen wat écht belangrijk is voor de cliënten van Eveen. De totstandkoming en opzet van deze visie is ontstaan samen met cliënten, familieleden, mantelzorgers, vrijwilligers en medewerkers.

In de pilotlocatie is, als onderdeel van het programma, gestart met belevingsgericht werken in samenwerking met dr. Anneke van der Plaats (BreinCollectief: “De nieuwe hersenkunde”).

Om de interventie te monitoren is een pilot onderzoek gestart. Het doel van de pilot is om het effect van de belevingsgerichte interventies op de mate van geagiteerd gedrag van de bewoners te evalueren.

Naar schatting 50.000 patiënten met een psychogeriatrische indicatie verblijven in verpleeghuizen. De verwachting op basis van demografische ontwikkelingen is dat de populatie mensen met dementie zal stijgen met 73% tussen 2011-2030.<sup>1</sup> Ongeveer 90% van de populatie met dementie ontwikkeld na verloop van tijd gedragsproblemen als agitatie.<sup>2,3</sup> In verpleeghuizen zou naar schatting 75 procent van

de bewoners gedragsproblemen hebben.<sup>2,3</sup> Agitatie is innerlijke rusteloosheid leidend tot ondoelmatig gedrag, met een sterk repeterend karakter. Voorbeelden zijn op te delen in drie types te weten:

1. *Motorische agitatie*: continu rondlopen, niet stil kunnen zitten of liggen, rammelen aan deuren, tikken op tafel, alles overhoop halen
2. *Verbale agitatie*: continu praten, mompelen
3. *Vocale agitatie*: jammeren, schreeuwen, roepen, zingen, (stereotype) geluiden maken.<sup>4</sup>

De oorzaken van geagiteerd gedrag kunnen samenhangen met het ziektebeeld, met somatische problemen of met omgevingsfactoren.<sup>5</sup> Agitatie kan leiden tot vermindering van de kwaliteit van leven van de dementerende. Agitatie heeft een grote impact op de familie, medebewoners en op verzorgend personeel.<sup>5</sup> Met als gevolg verhoogde werkdruk, ziekteverzuim en vermindering van werkplezier.

## Interventie

### Visieontwikkeling

In 2011 is er een werkgroep gestart om tot een vernieuwde visie op psychogeriatrische zorg binnen Eveen Guisveld te komen. Dit om het welzijn van dementerende bewoners positief te kunnen beïnvloeden. De werkgroep bestond uit een afvaardiging van medewerkers, familieleden en een trainer gespecialiseerd in ouderenspsychogeriatric, aangesloten bij het BreinCollectief. BreinCollectief is een initiatief van en opgericht door dr. Anneke van der Plaats. De visie was in 2012 gereed. De (visie)werkgroep splitste zich in 2012 op in drie onderdelen:

1. **Leefsferen - verbouwen en aanpassen van de leefruimtes.**

Op basis van het visiedocument en observaties van BreinCollectief zijn de verbouwingen geadviseerd en vormgegeven. De verbouwing is in april 2014 gestart met als doel huiselijkheid en sfeer van vroeger terug te brengen. Dit om voor de bewoners herkenbare ruimtes te creëren die een gevoel van vertrouwdheid bieden. Er zijn ook nieuwe ruimtes gecreëerd als een tuinkamer, meer loopruimte, en er zijn “belevingsnisjes” ontworpen in de voormalige zusterposten zoals een bioscoop en rookkamer.



De bevindingen van de observaties door een deskundige van het BreinCollectief worden in een BOM (Brein Omgeving Methodiek) op papier gezet. Een BOM bestaat uit observaties van feitelijk gedrag van bewoners, medewerkers en familie op de units, hersenkundige onderbouwing en aanbevelingen vanuit de theorie 'de nieuwe hersenkunde'. Deze theorie staat beschreven in het document "Nieuwe hersenkunde – de wondere wereld van dementie" (bijlage bij BC). De focus ligt in deze fase voornamelijk op het verbeteren van de omgeving (verbouwing en aanschaf van spullen) en nog niet zozeer op het positief beïnvloeden van het gedrag van medewerkers.

**2. Deskundigheid - scholing alle betrokken personeelsleden (behandeldienst, facilitair en zorg) en familieleden betreffende het herinrichten werkprocessen ten gunste van het beschadigde brein.**

Alle medewerkers en familieleden van de betrokken afdelingen worden geschoold met als doel om meer belevingsgericht te gaan werken. Zo krijgt iedereen een beter idee van wat er zich afspeelt in de gedachten- en belevingswereld van mensen met dementie en andere hersenaandoeningen. Wat prikkelt hen? Hoe beïnvloedt ons gedrag de bewoners op een gunstige manier?

Om goed met het belevingsgericht werken aan de slag te kunnen, zijn er coaches aangesteld. Zij observeren, begeleiden, nemen initiatieven en leggen de veranderingen vast. Deze groep van coaches bewerkstelligen de daadwerkelijke verbeteringen en borgen deze ook op langere termijn. Er is een trainingsprogramma opgesteld op basis van drie aan te passen werkprocessen: lunch huiskamer, diner huiskamer en tijdbesteding huiskamer.

*Werkprocessen*

Vanuit de observaties en aanbevelingen hebben aanpassingen in de omgeving plaatsgevonden en worden de trainingen gestart. Na de herinrichting van het eerste werkproces (de lunch in de huiskamer) weten medewerkers de net verworven kennis nog niet effectief in te zetten. Bij het eerste werkproces ligt de focus op het benoemen en herkennen van de juiste prikkels voor bewoners. Bij de herinrichting van het tweede werkproces (diner in de huiskamer) wordt de kennis effectief ingezet. De omgeving is herkenbaar gemaakt voor het beschadigde brein, sfeer en kleuren voelen prettig aan en medewerkers weten vaker de juiste prikkels op het juiste moment af te geven.

Bij de herinrichting van het derde werkproces (tijdsbesteding in de huiskamer) zijn de coaches goed ingewerkt in hun rol. De focus ligt op wat goed gaat maar vooral op wat beter kan. Als de aangereikte methodiek consequent wordt toegepast door de medewerkers zijn er tastbare verbeteringen zicht- en merkbaar bij de bewoners. Om alle medewerkers consequent de methodiek toe te laten passen worden de bevindingen, aanbevelingen en behaalde resultaten vertaald naar een plan van aanpak. De coaches schrijven het plan en presenteren het aan de teams. De teams oefenen met het plan en mogen tijdens de oefenperiode opbouwende feedback geven waarna het plan wordt aangepast en vastgesteld.



Om de belevingsgerichte omgevingszorg succesvol te implementeren is een procescoördinator aangewezen. Ze begeleidt de teams, coacht de verbetercoaches en is contactpersoon voor de trainer. Op deze wijze is er voor de organisatie 1 aanspreekpunt, krijgt het de juiste aandacht en vindt borging op langere termijn plaats. In de werkoverleggen met medewerkers heeft de implementatie een vaste plek op de agenda gekregen om structureel alle medewerkers te informeren, draagvlak te creëren en te betrekken bij de verbeteringen.

### 3. **Familieparticipatie en zorg op maat - Trainingen alle betrokken personeelsleden en familieleden betreffende passend en wenselijk gedrag ten behoeve van bewoners met beschadigd brein.**

Voor de start van de implementatie van de interventies zijn voor beide afdelingen familiebijeenkomsten georganiseerd om familieleden inhoudelijk en procesmatig mee te nemen in de implementatie. Nadrukkelijk is stilgestaan bij de rol en verwachtingen van familieleden tijdens de scholingen en herinrichting van werkprocessen.

Een nauw contact met familie wordt als heel belangrijk ervaren. De informatie, mening en ideeën over de bewoner vanuit de familieleden wordt gebruikt om de zorg en de begeleiding op de afdeling te optimaliseren. Alle bewoners hebben een eigen EVV-er die contact met familie of contactpersonen onderhoudt. De familie wordt actief betrokken bij de zorg en activiteiten. Twee keer per jaar wordt het multidisciplinair overleg (MDO) in bijzijn van de eerste contactpersoon gehouden waarin de zorg wordt afgestemd en vastgelegd in het leefplan. Tevens wordt de onderlinge samenwerking en participatie van de familieleden en/of contactpersonen, besproken op de afdeling. Familieleden worden ook betrokken bij de scholingen met als doel om inzicht te geven in belevingsgerichte zorg.

## ➤ Methode

### Design pilot

In de periode van 2014-half 2015 is data verzameld op 2 PG-afdelingen in de pilotlocatie Eveen Guisveld. Het betrof op beide afdelingen 1 huiskamer. De primaire uitkomstmaat; de mate van agitatie is gemeten door middel van het ITS design. De zogeheten “interrupted time series” is een serie van metingen voor en na de genoemde interventies om te detecteren of de interventie een significant groter effect heeft op de mate van agitatie dan andere onderliggende trends.<sup>6-8</sup> De eerste serie van 3 metingen met 2 weken tussenposen voor de start van de verbouwing en de tweede serie van 3 metingen na de verbouwing en een derde serie follow-up meting 9 maanden na start van de pilot. De secundaire uitkomstmaten, psychofarmaca gebruik, inzet vrijheidsbeperkende maatregelen en inzet psychosociale dienst (PSD) zijn allen een keer per serie gemeten (laatste meting van de serie). Om de subjectieve beleving, sfeer en zicht en merkbare veranderingen te monitoren zijn de rapporten (BOM-rapportage) van de resultaten van de werkprocessen samengevat door de procescoördinator op de locatie.

Tijdpad interventies en metingen	2014									2015					
	april	mei	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec	jan	feb	mrt	apr	mei	jun
Brein Omgeving Methodiek	T0 1-4			T1 1-7		Training coaches			Training coaches						
Scholing / Deskundigheid						Wp 1 6-9			Wp 2 1-12						
Leefsferen / Verbouwing	1-4			1-7											
CMAI	Serie 1 1-4 / 15-4 / 1-5					Serie 2 25-8/ 8-9/ 25-9						Serie 3 24-3/ 6-4 /30-4			

## Meetinstrumenten

### Primaire uitkomst maat

De primaire uitkomst maat is de mate van agitatie van de bewoners dit is gemeten met de **CMAI** (Cohen-Mansfield Agitation Inventory).<sup>9</sup> De CMAI is het meest gebruikte gevalideerde instrument voor het vaststellen van de ernst van agitatie. De schaal is speciaal ontwikkeld voor gebruik in het verpleeghuis en bestaat uit negenentwintig 7-punts-items waarin een beoordeling wordt gevraagd van verbaal en handelend agressief gedrag en rusteloosheid.<sup>9</sup> Een vaste EVV'er per afdeling, 2 in totaal zijn getraind in afname van de CMAI door een psycholoog. Afname van de CMAI vond plaats op vast moment en vaste dag in de week.

Het bereik CMAI is (29-203), een hogere score indiceert een hogere mate van agitatie. Bij een score van  $\geq 39$  is er sprake van klinisch significant geagiteerd gedrag. In een cluster gerandomiseerde gecontroleerde trial van husebo et al.<sup>10</sup> wordt in een vergelijkbare populatie een mediane score van 51 en 53 aangegeven. De grootste verbetering waargenomen op de CMAI bij inzet van een psychosociale interventie was 7.1 punten verschil. Op basis van deze gegevens kan een reductie van 25% op CMAI score na inzet interventie worden geïnterpreteerd als een klinisch significant verschil.

### Secundaire uitkomstmaten

Patiënt/ bewoners gegevens (leeftijd/geslacht/type dementie/ opnamedatum) zijn verzameld op basis van statusgegevens. De type psychofarmaca is gemonitord door middel van medicatielijsten. De type medicatie zijn ingedeeld in 5 groepen op basis van ATC-codering (WHO-ATC, groep N05/N06) zijnde: Antipsychotica (N05-A), Antidepressiva (N06-A), Anxiolytica (N05-B), Hypnotica/sedativa (N05-C), antidepressie-middelen (N06-D).

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn geregistreerd. Deze bestonden uit; bedekken omhoog, blad voor stoel, bewegingsmelder. De bewegingsmelder is apart vermeld omdat dit geen directe vrijheidsbeperkende maatregel betreft.

#### Analyse kwalitatieve resultaten thuis bij Eveen

Er is een posthoc analyse gemaakt op basis van de verslagen van de werkprocessen waarin de resultaten zijn beschreven op basis van de (subjectieve) beleving van verandering van werkwijze en zicht- en merkbare effecten op bewoners en medewerkers. De zicht- en merkbare resultaten werden als vast agenda-punt in werkoverleggen besproken en gedeeld met de teams. Om de subjectieve beleving, sfeer en zicht en merkbare veranderingen te monitoren zijn de rapporten (BOM-rapportage) van de resultaten van de werkprocessen samengevat door de procescoördinator op de locatie.

## Resultaten

### Populatie

In totaal 39 bewoners waren geïnccludeerd voor deze pilot (waarvan 69.2% vrouw). Bij 10 cliënten waren er geen gegevens van de CMAI op baseline. Van de resterende 29 bewoners waren er 27 (69%) met volledige data op de eerste en tweede serie metingen. Deze bewoners zijn geselecteerd voor de analyses. Bij de derde serie metingen waren er van 8 (van de 27) cliënten (30%) volledige data beschikbaar.

### Mate van geagiteerd gedrag

Er was een klinisch significante afname (19.5 punten, 34.5%) van de mate van agitatie gemeten met de CMAI tussen de eerste meting van reeks 1, voor start verbouwing en omgevingsobservaties (BOM-metingen) en de eerste meting van reeks 2 na de verbouwing (56.5 (37.8-71.2) vs 37 (32-49);  $p=0.05$ ). Een score van 37 indiceert dat er geen sprake is van klinisch geagiteerd gedrag (afkappunt  $\leq 39$ ) (tabel 1, figuur 1). Als er wordt gecorrigeerd voor de trend door middel van de tijdserie, is er geen significant verschil voor en na de “interventie” periode.

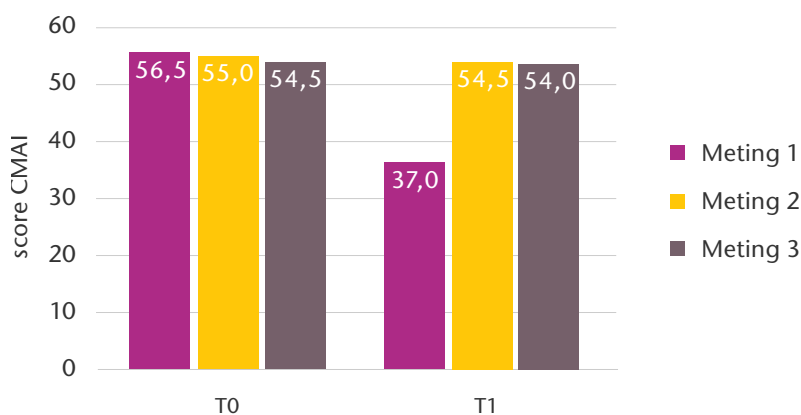
	T0 n=27	T1 n=27	T2 N=8
Meting 1 mediaan (IQR)	56.5 (37.8-71.2)	37 (32-49)*	36.5 (31.3-54.5)
Meting 2 mediaan (IQR)	55 (41-89)	54.5 (39.8-66.8)	38 (31-56)
Meting 3 mediaan (IQR)	54.5 (38.5-78)	54 (36-65)	41.5 (30.5-59.6)

\* meting 1 T1 versus meting 1 T0:  $p=0.05$ . Reductie is 34.5% dit is een klinisch significante afname van de mate van agitatie.

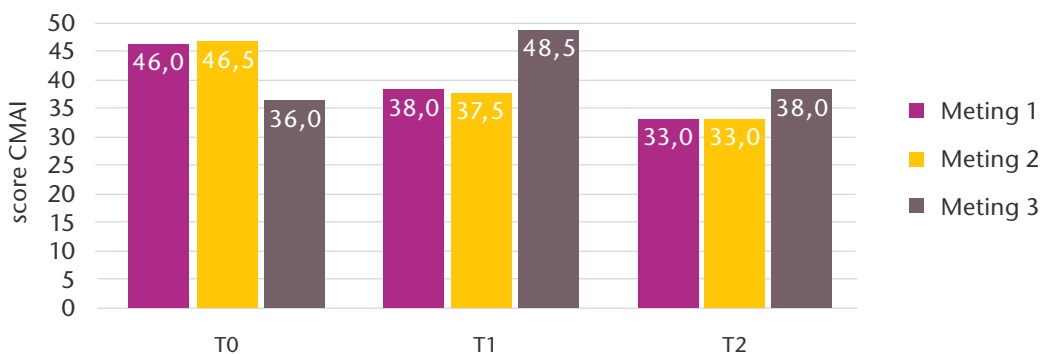


Van de 8 cliënten bij het 3<sup>de</sup> meetmoment waren 6 cliënten met volledige data op alle metingen van de CMAI. Er was geen significant verschil tussen de metingen bij deze 6 cliënten waarbij de 3<sup>de</sup> serie follow-up metingen is uitgevoerd. Deze cliënten hadden bij start al een lagere score op de CMAI, maar de trend lijkt een positief effect te laten zien in daling van agitatie (figuur 2).

**Figuur 1 en 2.** Mate van agitatie op de CMAI (mediane score)



*Figuur 1. Weergave van mediane score van agitatie voor de 3 metingen op de baseline(T0) en eerste follow-up meting (T1) bij 27 cliënten.*



*Figuur 2. Weergave van mediane score van agitatie voor de 3 metingen op ieder meetmoment (T0-T1-T2) bij 6 cliënten met volledige gegevens op alle metingen.*

### Secundaire uitkomstmaten

De secundaire uitkomstmaten zijn bekeken binnen de groep waarbij de CMAI meting op baseline compleet was (27 bewoners). Dit om de secundaire uitkomsten te kunnen vergelijken met de uitkomsten op de CMAI binnen dezelfde groep cliënten. Bij 1 bewoner waren de secundaire uitkomstmaten niet geregistreerd, de secundaire uitkomstmaten van 26 bewoners zijn geanalyseerd.

### Psychofarmaca gebruik

Binnen de groep bewoners met een complete CMAI meting op baseline (26 bewoners) was geen ver-

andering in psychofarmaca gebruik tussen de eerste en tweede meting. Ook het aantal medicijnen per persoon bleef onveranderd. Van de derde meting is geen data beschikbaar.

#### *Vrijheidsbeperkende maatregelen*

Er was geen significante verandering van vrijheidsbeperkende maatregelen en gebruik bewegingsmelder voor- en na de interventie.

#### *Inzet Psychosociale dienst*

Er is een afname van de inzet van de psychosociale dienst binnen de groep met een complete CMAI op baseline van 30.8% (T0: 15 (57.7%) versus T1 7 (26.9%)). Bij 10 bewoners is de inzet PSD gestopt na de baseline meting, bij 5 bewoners is de behandeling voortgezet en er waren 3 nieuwe cliënten voor PMT op T1.

**Tabel 2.** Mate van inzet psychofarmaca, vrijheidsbeperkende middelen en inzet Psychosociale dienst

	<b>T0 N=26</b>	<b>T1 N=26</b>	<b>T2 N=8</b>
<b>Psychofarmaca gebruik</b>	10 (25.6%)	13(33.3%)	
NO5A Antipsychotica	4 (15.4)	4 (15.4)	
NO6A Antidepressiva	2 (7.7)	2 (7.7)	
NO5B Anxiolytica	3 (11.5)	3 (11.5)	
NO5C Hypnotica / Sedativa	2 (7.7)	2 (7.7)	
<b>Aantal medicatie per persoon</b>			
1	7 (26.9)	7 (26.9)	
2	1 (3.8)	1 (3.8)	
4	1 (3.8)	1 (3.8)	
<b>Vrijheidsbeperkende maatregelen</b>	7 (19.9%)	12 (30.8%)	4 (10.3%)
<b>Inzet bewegingsmelder</b>	15 (38.5%)	8 (20.5%)	
<b>Inzet Psychosociale dienst</b>	15(57.7%)	7(26.9%)	

## Kwalitatieve analyse

Onderdeel	Kwalitatieve analyse	Zicht- en merkbare effecten
Leefsferen	Doordat de omgeving herkenbaar en huiselijker is gemaakt komt deze minder bedreigend over voor ouderen met een beschadigd brein. De muren zijn geschilderd in kleuren die voor dementerende prettig aanvoelen. Het behang is in kleur erop afgestemd met een niet te drukke print. Er staan spullen die herkenbaar zijn vanuit vroegere tijden. Er zijn oorfauteuils met fleecedekens aangeschaft waarin ze zich omsloten en gekoesterd voelen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Het effect bij bewoners is minder vertoon van onrust. Er wordt minder agitatie, verbale en fysieke agressie waargenomen door medewerkers.</li> </ul>
	In het loopcircuit zijn diverse 'belevissen' ingericht door medewerkers en familieleden in afstemming met de adviseurs van BreinCollectief.	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Het effect bij bewoners is dat ze meer tot rust komen en ze afleiding vinden in o.a. de aanwezige poppennis, tuinnis en de inloopbioscoop.</li> </ul>
Deskundigheid	Signalen van onrust en agressie worden vroegtijdig herkend door de medewerker en daardoor eerder ondervangen en omgebogen volgens de aangeleerde principes van de nieuwe hersenkunde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Bewoners zijn spraakzamer en kijken blijer omdat ze zich beter begrepen, gezien en gehoord voelen.</li> </ul>
	Medewerkers geven aan dat ze de invulling van hun werk leuker vinden omdat er gebruik gemaakt wordt van hun kwaliteiten. Daarnaast geven ze aan de moeilijke situaties beter aan te kunnen doordat er samengewerkt wordt met familie en elkaar. Ze benoemen dat ze invloed kunnen uitoefenen op de werkprocessen. Hierdoor ontstaat er draagvlak voor de aanpassingen en wordt er beter begrepen wat er van hun verwacht wordt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Medewerkers voelen zich ondersteund, melden zich minder vaak ziek (BC, bijlage A "Lessons learned "Thuis in Guisveld" pagina 13) en stralen plezier uit in hun werk.</li> </ul>

Zorg op maat	Er is meer vermaak. Er worden kleinschalige activiteiten aangeboden op de afdeling die afgestemd worden naar de behoefte van de bewoner. Er worden binnen en buiten de huiskamers activiteiten georganiseerd zoals o.a. de brei en wandelclub en er wordt dagelijks bewogen tijdens een bewegingsactiviteit op de huiskamer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Het effect bij bewoners is actief meedoen, bewoners zijn alerter en ze vervelen zich ogenschijnlijk minder. Bewoners vertonen minder apathisch gedrag doordat zij uitgedaagd en geprikkeld worden.</li> </ul>
	Het eten is overzichtelijker en gezelliger. Familie en vrijwilligers helpen, meer dan voorheen, volgens een wekelijks schema mee met koken op de huiskamer. Ouderwetse gerechten worden op de huiskamer met elkaar klaargemaakt en genuttigd. De sfeer is gezellig en de aankleding herkenbaar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Het effect is dat bewoners beter eten en soms zelfs weer zelfstandig eten.</li> <li>➤ Er is een hogere participatie van familie en vrijwilligers.</li> </ul>

## ➤ Discussie

Deze pilot laat een afname zien in de mate van agitatie na inzet omgevingsinterventie (BOM-methodiek) en verbouwing. We hebben een serie van metingen voor en na de interventie uitgevoerd waarbij de eerste meting na de interventie een duidelijke significante afname laat zien. De 2 daaropvolgende metingen in de tweede serie gaan weer naar het niveau van voor de verbouwing. Dit is mogelijk te verklaren doordat er in die periode veel onrust was door de opname van een psychiatrisch patiënt met een hoge mate van agressief gedrag welke van invloed was op zowel personeel als bewoners.

In deze pilot hebben we onvoldoende gegevens om de patiëntkarakteristieken te beschrijven, de mate van agitatie is wel vergelijkbaar met gegevens gepubliceerd door Husebo et al.<sup>10</sup> De afname van onrust op de afdelingen wordt ook waargenomen door medewerkers op de afdelingen. Doordat de start van de pilotstudie en de metingen gelijk opgingen met de start van de interventie kan er vertroebeling zijn ontstaan tijdens de tweede en derde meting in de eerste en tweede serie. De eerste meting van de eerste en tweede reeks zijn daarmee de meest zuivere meting, en geven een significante en klinisch relevante afname van agitatie. De afname van onrust komen overeen met de zicht- en merkbare effecten ten aanzien van de interventie door medewerkers. Meer onderzoek is nodig om deze trend te onderzoeken in een grotere populatie en met een langere follow-up. Deze pilot zal worden vervolgd startend bij Eveen de Rietvelden. De opgedane kennis uit deze pilot zal hierin worden meegenomen, en de metingen zullen worden aangevuld met meting van ziekteverzuim en mate van zelfstandigheid met eten.

## ➤ Conclusie

Het pilot-onderzoek naar de mate van agitatie (gemeten met de gevalideerde CMAI vragenlijst) laat een klinisch significante afname zien (34.5%) van het agitatie niveau na de verbouwing en eerste omgevings-interventie (BOM) binnen de 27 bewoners op de betreffende pg-afdeling ((56.5 (37.8-71.2) vs 37 (32-49);  $p=0.05$ ). De eerste meting na de verbouwing laat een mediane score zien van 37 welke indiceert dat er geen sprake is van klinische agitatie. Dit is in lijn met de kwalitatieve/ subjectieve observaties van de medewerkers over de afname van onrust op de afdeling. Daarbij waren bewoners, alerter, actiever, het eten ging vaker zelfstandig en er was een hogere familieparticipatie en lager ziekteverzuim. Als er wordt gecorrigeerd voor de trend door middel van de tijdserie, is er geen significant verschil voor en na de “interventie” periode. In een vervolg pilot in Evean de Rietvelden zal de opgedane kennis uit deze pilot worden meegenomen in de pilot-opzet.

## ➤ References

1. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/dementie/cijfers-context/huidige-situatie#no-de-aantal-mensen-met-dementie>
2. Desai, A.K., & Grossberg, G.T. (2001). Recognition and Management of Behavioral Disturbances in Dementia. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 3 (3),p. 93-109.
3. <https://www.nursing.nl/PageFiles/9962/2007%203-38%20Geagiteerd%20gedrag%20van%20dementerende%20ouderen.pdf>
4. NVAA richtlijn probleemgedrag <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Richtlijnen/VER-00316Probleemgedragherzien02.pdf>
5. [http://www.moderne-dementiezorg.nl/upl/beleving\\_en\\_gedrag/Verminderen%20van%20Agitatie%20bij%20dementerende%20ouderen.pdf](http://www.moderne-dementiezorg.nl/upl/beleving_en_gedrag/Verminderen%20van%20Agitatie%20bij%20dementerende%20ouderen.pdf)
6. Ramsay CR, Matowe L, Grilli R, Grimshaw JM, Thomas RE. Interrupted time series designs in health technology assessment: lessons from two systematic reviews of behaviour change strategies. *International Journal of Health technology Assessment in Health Care* 2003; 19: 613-23.
7. Shojania KG, Grimshaw JM. Evidence-based quality improvement: the state of the Science. *Health Affairs* 2005; 24: 138-50.
8. Eccles M, Grimshaw J, Campbell M, C Ramsay. Research designs for studies evaluating the effectiveness of change and improvement strategies. *Quality Safety Health Care* 2003; 12: 47-52.
9. De Jonghe, J. F. & Kat, M. G. (1996). Factor structure and validity of the Dutch version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D). *Journal of the American Geriatrics Society*, 44[7], 888-889.
10. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ*. 2011 Jul 15;343:d4065. doi: 10.1136/bmj.d4065.