

Grip op Probleemgedrag (GRIP)

Samenvatting

Doelgroep

De doelgroep van deze interventie zijn mensen met dementie die 24-uurs psychogeriatrische (pg) zorg ontvangen in een instelling (pg-afdeling of kleinschalige woonvorm). De intermediaire doelgroep zijn de zorgprofessionals (zorgmedewerkers, psycholoog, specialist ouderengeneeskunde) werkzaam op een pg-afdeling of kleinschalige woonvorm (hierna beide steeds aangeduid met: de pg-woning).

Doel

Twintig maanden na de implementatie van *GRIP* zijn op een pg-woning klinisch relevant probleemgedrag en psychofarmacagebruik (antipsychotica, anxiolytica en antidepressiva) afgenomen.

Aanpak

Grip op Probleemgedrag (GRIP) bestaat uit twee onderdelen: scholing en methodisch werken ondersteund door de digitale GRIP werkformulieren. In de scholing voor het hele zorgteam (zorgmedewerkers, psycholoog, specialist ouderengeneeskunde) wordt aandacht besteed aan oorzaken voor probleemgedrag en het belang van methodisch werken. Het methodisch werken bestaat uit vier stappen; signaleren, analyseren, behandelen en evalueren. De zorgmedewerkers, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde hebben ieder hun eigen rol en verantwoordelijkheden in dit proces, dat door de digitale GRIP werkformulieren wordt gestructureerd.

Materiaal

Voor de implementatie van *GRIP* is een train-de-trainercursus beschikbaar, waarin drie medewerkers uit een instelling geschoold worden tot lokale coördinator. De cursus bestaat uit twee dagdelen waarin de aanstaande lokale coördinatoren les krijgen over de inhoud van *GRIP*, over implementatie en borging van *GRIP* en het over enthousiasmeren van teams. De cursisten krijgen tijdens de cursus een werkmap en een USB-stick met alle werkmaterialen uitgereikt en er wordt geoefend met de digitale GRIP werkformulieren. Het werkboek bevat praktische en inhoudelijke instructies voor het organiseren van training/scholing door de lokale coördinatoren en voor het borgen van de implementatie. De USB-stick bevat onder andere PowerPoints voor het geven van de training/scholing door de lokale coördinatoren.

Nadat de trainingen door het team gevolgd zijn kan men aan de slag met de digitale GRIP werkformulieren, die via <http://unovumc.nl/producten/grip/> beschikbaar is voor deelnemende organisaties.

Onderbouwing

Probleemgedrag, zoals roepen, onrustig zijn of geagiteerd reageren, komt veel voor bij mensen met dementie: prevalentie ligt rond de 80%. Vaak is probleemgedrag ook de reden waarom mensen worden opgenomen op een pg-woning. Probleemgedrag is geassocieerd met een verminderde kwaliteit van leven van bewoners en verhoogde belasting van verzorgend personeel. Regelmatig worden psychofarmaca gebruikt om probleemgedrag te behandelen: middelen waarvan het effect beperkt is en de bijwerkingen hoog. Toch gebruikt rond de 65% van de verpleeghuisbewoners met dementie psychofarmaca.

Richtlijnen over dementie bevelen aan bij gedragsproblemen eerst een goede probleemanalyse te doen en bij behandeling als eerste stap psychosociale interventies te kiezen en psychofarmaca zoveel mogelijk te vermijden. Het blijkt in de praktijk echter erg lastig te zijn om de richtlijnen te

volgen en probleemgedrag gestructureerd en methodisch te benaderen. Daarvoor is kennis nodig over hoe bijvoorbeeld signalen van probleemgedrag tijdig gesignaleerd kunnen worden en over hoe een multidisciplinair analyseproces van het gedrag vormgegeven kan worden.

GRIP zet daarom in op het vergroten van de kennis over probleemgedrag bij dementie en op een gestructureerde multidisciplinaire methodische aanpak van probleemgedrag waardoor het achterhalen en behandelen van de oorzaak/oorzaken van het probleemgedrag verbetert met als resultaat minder probleemgedrag en ook minder gebruik van psychofarmaca voor het probleemgedrag.

Onderzoek

Er is wetenschappelijk onderzoek verricht en gepubliceerd naar de effecten van *GRIP* op zowel probleemgedrag en psychofarmacagebruik bij bewoners met dementie als op de werkdruk en werktevredenheid bij zorgmedewerkers. *GRIP* bleek effectief in het verminderen van probleemgedrag en psychofarmacagebruik bij bewoners met dementie. Bij *GRIP* veranderde de werkdruk niet, maar nam de werktevredenheid onder zorgmedewerkers wel toe. Daarnaast is er een procesevaluatie verricht en is naar aanleiding van die procesevaluatie het implementatiepakket ontwikkeld (train-de-trainercursus; werkmap; USB-stick materiaal; de digitale *GRIP* werkformulieren). De bruikbaarheid van het implementatiepakket is in een pilot geëvalueerd en positief gewaardeerd.

Erkenning

Erkend door:

Deelcommissie Ouderenzorg d.d. 29 september 2017.

Oordeel: Goed onderbouwd
 Effectief: eerste aanwijzingen voor effectiviteit

Referentie

De referentie naar dit document is:

VUmc - Sandra Zwijsen (2017), Databank interventies langdurende zorg: beschrijving *Grip op Probleemgedrag (GRIP)*. Utrecht: Vilans.

Uitgebreide beschrijving

1. Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Mensen met dementie die 24-uurs psychogeriatrische zorg ontvangen in een instelling (pg-afdeling van een verpleeghuis of kleinschalige pg-woning voor mensen met dementie (hierna beide steeds aangeduid met: de pg-woning).

Intermediaire doelgroep

Zorgprofessionals (zorgmedewerkers, psycholoog, specialist ouderengeneeskunde) werkzaam in een instelling met pg-woningen voor mensen met dementie. Aan een pg-woning is een specialist ouderengeneeskunde en een psycholoog verbonden. Het team zorgmedewerkers dat directe zorg verleent bestaat uit een mix van verzorgenden (niveau 2 en 3) en verpleegkundigen (niveau 4 en 5). Sommige zorgmedewerkers hebben een aanvullende opleiding gedaan tot gespecialiseerd verzorgende psychogeriatricie (GVP) (Hingstman, Langelaan, & Wagner, 2012).

Selectie van doelgroepen

Grip op Probleemgedrag (GRIP) wordt ingevoerd per pg-woning, niet per cliënt. *GRIP* kan worden toegepast op iedere pg-woning. Screening op symptomen van probleemgedrag is onderdeel van *GRIP*. Elke bewoner wordt met *GRIP* halfjaarlijks gescreend op symptomen van probleemgedrag door zorgmedewerkers die een screeningsinstrument gebruiken in de digitale *GRIP* werkformulieren. Hier is voor gekozen om te voorkomen dat gedrag escaleert of over het hoofd wordt gezien, zoals met apathie en depressie dikwijls gebeurt (Leaone et al, 2013). Als bij de screening boven het afkappunt van het screeningsinstrument gescoord wordt, begint verdere analyse van het gedrag door zorgmedewerkers, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast wordt analyse ook gestart als zorgmedewerkers, psycholoog of specialist ouderengeneeskunde buiten de halfjaarlijkse screening probleemgedrag signaleren.

De intermediaire doelgroep (zorgmedewerkers, psycholoog, specialist ouderengeneeskunde) zijn de professionals/het zorgteam van de pg-woning waar de mensen met dementie wonen. De psycholoog moet ervaring hebben in de intramurale zorg voor ouderen met dementie. De implementatie van *GRIP* ligt in de handen van (minimaal) drie lokale coördinatoren. Minimaal één van deze coördinatoren is psycholoog. De organisatie die *GRIP* invoert is vrij om de andere twee coördinatoren te selecteren op eigen selectiecriteria (bijvoorbeeld: teamleider, specialist ouderengeneeskunde, EVV'er, geriatrisch verpleegkundige, kwaliteitsfunctionaris) waarbij werkzaam zijn op een pg-woning/ervaring in de psychogeriatricie wel een basisvoorwaarde is.

Betrokkenheid doelgroep

De doelgroep van deze interventie zijn mensen met matig tot ernstige dementie. Vanwege de cognitieve beperkingen van deze doelgroep was het niet mogelijk de doelgroep zelf te betrekken. Er is wel veel aandacht besteed aan het betrekken van de mensen die direct betrokken zijn bij de zorg voor de doelgroep. De projectgroep die *GRIP* ontwikkelde bestond uit twee specialisten ouderengeneeskunde (waarvan één tevens hoogleraar ouderengeneeskunde) en drie ouderenpsychologen (waarvan één tevens hoogleraar ouderenpsychologie). *GRIP* werd in 2010 ontwikkeld door de adviezen uit de richtlijnen van Verzorgenden en Verpleegkundigen Nederland (V&VN, 2005), het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP, 2009) en de beroepsvereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso, 2008) naast elkaar te leggen en te structureren. De eerste opzet van *GRIP* werd aan een klankbordgroep voorgelegd, bestaand uit een verzorgende, een psychiatrisch verpleegkundige, een verpleegkundige (namens V&VN), een ouderenpsycholoog (namens NIP) en een specialist ouderengeneeskunde (namens Verenso). Na een feedbacksessie werden aanpassingen doorgevoerd, waarna nog twee feedbackrondes plaatsvonden met dezelfde klankbordgroep (Zwijssen, S.A. et al, 2014a). Vervolgens is *GRIP* tussen februari 2011 en oktober 2013 ingevoerd op zeventien pg-woningen van verschillende ouderenzorgorganisaties verspreid door

Nederland. Er is een procesevaluatie over de implementatie en de inhoud van *GRIP* uitgevoerd, die bestond uit verschillende vragenlijsten en interviews met zorgprofessionals uit de deelnemende instellingen. Naar aanleiding van de resultaten van de effectstudie en de procesevaluatie is in 2014 een pilot (*GRIP-II*) gedaan met een implementatiepakket voor *GRIP*. Tijdens deze pilot is met behulp van de schriftelijke en mondelinge feedback van verzorgenden, verpleegkundigen, psychologen en specialisten ouderengeneeskunde uit de 27 deelnemende instellingen het implementatiepakket van *GRIP* verder aangepast.

1.2 Doel

Hoofddoel

Twintig maanden na de implementatie van *GRIP* zijn op een pg-woning klinisch relevant probleemgedrag (gemeten met de NPI-NH) en het gebruik van psychofarmaca (antipsychotica, anxiolytica en antidepressiva) afgenomen.

Subdoelen

Subdoelen zorgprofessionals (zorgmedewerkers, psycholoog, specialist ouderengeneeskunde):

1. Vanaf het volgen van de scholing hebben zorgmedewerkers meer kennis van verklaringsmodellen voor probleemgedrag bij mensen met dementie en kunnen zij probleemgedrag signaleren op basis daarvan;
2. Zorgmedewerkers en behandelaren werken na twaalf maanden methodisch bij probleemgedrag volgens de stappen van *GRIP* (bij 75% van de cliënten met probleemgedrag worden alle stappen gevolgd: tot en met evaluatie van behandeling);
3. Zorgmedewerkers, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde ervaren na de implementatie een verhoging van de werktevredenheid gemeten met de UBOS.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Een woord vooraf:

GRIP introduceert geen nieuwe behandeling voor probleemgedrag. *GRIP* is een interventie die wordt ingezet om het proces rondom de aanpak van probleemgedrag te verbeteren. Het uitgangspunt is methodisch werken volgens de richtlijnen (van verpleegkundigen (V&VN, 2005); ouderenpsychologen (NIP, 2009); specialisten ouderengeneeskunde (Verenso, 2008)). Door methodisch te werken aan probleemgedrag wordt de expertise van zorgmedewerkers, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde optimaal benut. *GRIP* bestaat uit trainingen en ondersteunend materiaal voor de implementatie van methodisch werken. Het methodisch werken binnen *GRIP* wordt ondersteund met de digitale *GRIP* werkformulieren. De werkbladen die bij de verschillende stappen die hieronder worden beschreven horen, kunnen worden ingevuld en naar elkaar worden doorgestuurd.

Stap 1

GRIP start met het volgen van een train-de-trainercursus door drie medewerkers van de organisatie die de lokale coördinatoren ('trekker') worden van *GRIP* binnen de organisatie. De train-de-trainercursus bestaat uit twee dagdelen van drie uur. Een van deze drie medewerkers is psycholoog in de organisatie. De training wordt verzorgd door inhoudsdeskundigen van VUmc/Gerion.

Stap 2

Training/scholing van de zorgmedewerkers/psycholoog/specialist ouderengeneeskunde van de pg-woningen van de organisatie die *GRIP* gaan gebruiken. De lokale coördinatoren geven deze scholing. Deze scholing bestaat uit twee dagdelen van 2,5 uur en wordt jaarlijks herhaald.

Stap 3

Na stap 2 kunnen zorgmedewerkers, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde aan de slag met methodisch werken volgens *GRIP*, ondersteund door de digitale *GRIP* werkformulieren. Het methodisch werken kent vier fasen, die cyclisch geordend zijn: a. signaleren (halfjaarlijks met het screeningsinstrument of 'tussendoor' als er dan probleemgedrag optreedt en opgemerkt wordt); b. analyse; c. behandelen; d. evaluatie.

Figuur 1. Opzet van de interventie

Het samenwerkingsverband effectieve interventies bestaat uit NJi, CGL, NISB, NCJ, Movisie, Trimbos en Vilans. *Grip op Probleemgedrag (GRIP)* is erkend als Goed onderbouwd door deelcommissie Ouderenzorg d.d. 29/09/2017 onder begeleiding van Vilans.

Stap 1 (1^e maand)

Training van lokale coördinatoren door middel van train-de-trainer-cursus

Stap 2 (2^e/3^e maand)

Lokale coördinatoren trainen/scholen de zorgmedewerkers/psycholoog/specialist ouderengeneeskunde van de pg-woning die *GRIP* gaan gebruiken

Stap 3 (vanaf 3^e maand)

Zorgmedewerkers/psycholoog/specialist ouderengeneeskunde van de pg-woningen starten met methodisch werken, ondersteund door de digitale *GRIP* werkformulieren

Inhoud van de interventie

Stap 1 (train-de-trainercursus)

De train-de-trainercursus bestaat uit twee dagdelen van drie uur waarin de aanstaande lokale coördinatoren les krijgen over de inhoud van *GRIP*, over implementatie en borging van *GRIP* en over het enthousiasmeren van teams. In de periode tussen beide dagdelen moeten de cursisten een aantal huiswerkopdrachten doen. De cursisten krijgen tijdens de cursus een werkmap en een USB-stick met alle werkmaterialen uitgereikt en er wordt geoefend met de digitale *GRIP* werkformulieren. Het werkboek bevat praktische en inhoudelijke instructies voor het organiseren van scholing/training over *GRIP* in de organisatie door de lokale coördinatoren zelf en voor het borgen van de implementatie. De USB-stick bevat onder andere PowerPoints voor het geven van de scholing/training over *GRIP* in de eigen organisatie.

Stap 2 (training/scholing van de zorgmedewerkers/psycholoog/specialist ouderengeneeskunde van de pg-woningen in de organisatie die *GRIP* gaan gebruiken)

Dagdeel 1 (voor zorgmedewerkers, psycholoog, specialist ouderengeneeskunde)

De lokale coördinatoren informeren met behulp van PowerPointpresentaties deelnemers over de huidige wetenschappelijke kennis over het ontstaan van probleemgedrag en het belang van methodisch werken.

De meest gebruikte theorieën die ontstaan van probleemgedrag bij dementie verklaren worden besproken: de theorie van onvervulde behoefte (Cohen-Mansfield, 2001), het lowered stress-threshold model (Hall & Buckwalter, 1987) en de adaptatie-coping theorie (Dröes, 1991). Dit gebeurt aan de hand van concrete casuïstiek. Ook wordt aandacht besteed aan de beperkte effectiviteit en de bijwerkingen van psychofarmaca. Daarnaast wordt veel aandacht geschonken aan het belang van methodisch werken bij probleemgedrag bij mensen met dementie, waarbij tegelijkertijd de digitale *GRIP* werkformulieren geïntroduceerd wordt waarmee zorgmedewerkers, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde multidisciplinair aan de slag kunnen met methodisch werken aan probleemgedrag.

Dagdeel 1 moet door alle betrokken zorgmedewerkers en psycholoog en specialist ouderengeneeskunde van de pg-woning die *GRIP* invoert gevolgd worden: om dit te bereiken wordt dit dagdeel meestal twee keer gegeven voor één zorgteam.

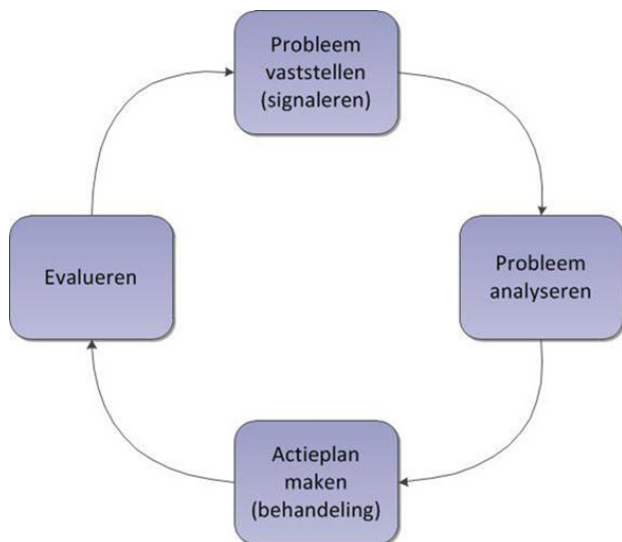
Dagdeel 2

Enkele weken later wordt er voor de zorgmedewerkers een tweede training georganiseerd waarin geoefend wordt met de digitale *GRIP* werkformulieren). In de periode tussen het 1^e en 2^e dagdeel is er daarbij ruimte om huiswerkopdrachten te doen ter voorbereiding op de scholing in het 2^e dagdeel. Dit betekent dat medewerkers alvast oefenen met het invullen van het screeningsinstrument en de analyse. Psycholoog en specialist ouderengeneeskunde zijn ook welkom op het 2^e dagdeel scholing, maar voor hen is de 2^e scholingsbijeenkomst niet verplicht. Ook dit dagdeel 2 van de scholing wordt meestal twee keer gegeven om alle zorgmedewerkers van het team de gelegenheid te bieden deel te nemen.

Stap 3 (start methodisch werken)

Methodisch werken met *GRIP* kent vier fasen, die cyclisch geordend zijn: a. signaleren (halfjaarlijks met het screeningsinstrument of tussentijds ‘spontaan’: als er probleemgedrag optreedt en opgemerkt wordt); b. analyse; c. behandelen; d. evaluatie. Zie figuur 2.

Figuur 2. Cyclisch werken bij probleemgedrag in *GRIP*



Het doorlopen van de fasen en het proces van multidisciplinair samenwerken wordt door de digitale *GRIP* werkformulieren ondersteund. Het tijdschema van het doorlopen van elke fase is per individuele cliënt verschillend. *GRIP* schrijft voor dat betrokkenen afspraken maken over het methodisch werken (welke diagnostiek wordt ingezet, wanneer wordt geëvalueerd), maar niet exact wanneer dit moet gebeuren. De duur van de diagnostische fase (analyse) kan sterk per casus verschillen. Ook de termijn van de te verwachten effecten van het behandelplan is afhankelijk van (de aard van) het gedrag en de gekozen behandeling. Wel moet in de digitale *GRIP* werkformulieren steeds aangegeven worden wanneer de volgende van de vier stappen plaatsvindt en moet daarover via in de eigen instelling gebruikelijke werkwijze digitaal worden gecommuniceerd met elkaar.

De eerste fase binnen methodisch werken via *GRIP* is het vaststellen van probleemgedrag bij de persoon met dementie. Dit kan:

- ‘spontaan’: een zorgmedewerker stelt tijdens de dagelijkse werkzaamheden vast dat een bewoner probleemgedrag vertoont. Dit kan door iedere zorgmedewerker die de scholing heeft gevolgd gedaan worden. In de scholing krijgen zorgmedewerkers uitleg over observeren en het belang van vroegtijdig signaleren. Wanneer de zorgmedewerker in de dagelijkse zorg gedragsveranderingen signaleert start ze de analyse met behulp van het digitale *GRIP* werkformulier (zie fase 2);
- óf via het screeningsinstrument onderdeel van de digitale *GRIP* werkformulieren. Het screeningsinstrument wordt voorafgaand aan de halfjaarlijkse zorgleefplanbesprekingen ingevuld door de eerst verantwoordelijke verzorgende en een collega. Met het screeningsinstrument worden twaalf vormen van probleemgedrag (NPI-Q, Kaufer 2000) geïnventariseerd. Indien probleemgedrag aanwezig is wordt de ernst en de belasting voor de zorg uitgevraagd (NPI-Q). Het screeningsinstrument kent een bepaalde cut-off (ernst 2 of hoger) waarbij aangegeven wordt dat er sprake is van mogelijk probleemgedrag. Wanneer de zorgmedewerker bij het invullen van het screeningsinstrument boven de cut-off scoort en dus gedragsveranderingen signaleert start ze de analyse met behulp van het digitale *GRIP* werkformulier (zie fase 2).

De tweede fase binnen methodisch werken via *GRIP* is de analyse. Wanneer probleemgedrag is vastgesteld door de zorg (‘spontaan’ of via het screeningsinstrument), wordt met behulp van de digitale *GRIP* werkformulieren geholpen met het maken van een analyse van het gedrag. De

zorgmedewerkers krijgen een aantal vragen over het gedrag voorgeschoteld (onder andere ‘waar vindt het plaats?’, ‘wanneer vindt het plaats?’, ‘wat heb je al geprobeerd?’) en kiezen na het maken van de analyse voor het inschakelen van de specialist ouderengeneeskunde of psycholoog. In de scholing krijgen zorgmedewerkers uitleg over het kiezen tussen de twee disciplines; bij vermoeden van een lichamelijke oorzaak wordt eerst de specialist ouderengeneeskunde ingeschakeld, anders de psycholoog. Na inschakeling vullen deze disciplines hun eigen digitale GRIP werkformulier in. Dit formulier is gebaseerd op de beroepsrichtlijn (Verenso 2008 en NIP 2009) over probleemgedrag, in te vullen. Specialist ouderengeneeskunde en psycholoog kunnen onderling naar elkaar doorverwijzen wanneer ze vermoeden dat de oorzaak van het gedrag (deels) valt onder de expertise van de andere discipline. De analyse eindigt wanneer specialist ouderengeneeskunde en/of psycholoog op basis van hun analyse en aanvullende diagnostiek een conclusie over de mogelijke oorzaken van het probleemgedrag hebben genoteerd op het digitale GRIP analyse werkformulier.

De derde fase binnen methodisch werken met *GRIP* is het opstellen van een behandelplan, een behandelplan en het bepalen van een meetinstrument om de behandeling te evalueren. De betrokken behandelaar (specialist ouderengeneeskunde of psycholoog) is verantwoordelijk voor het opstellen van het behandelplan, het behandelplan en het vaststellen van de meetschaal en het bepalen van de evaluatiedatum. Dit gebeurt tijdens een overleg met de betrokken zorgmedewerkers en waar mogelijk mantelzorgers. *GRIP* schrijft voor dát er gemeten wordt, maar niet welke meetschaal gebruikt wordt. Dit is immers sterk afhankelijk van het gedrag en het behandelplan. Het behandelplan en het meetinstrument kunnen worden vastgelegd op de digitale GRIP werkformulieren. Het behandelplan en de evaluatiedatum worden in het zorgdossier genoteerd.

De vierde fase binnen methodisch werken met *GRIP* is de evaluatie. Deze vindt plaats tijdens een multidisciplinair overlegmoment (MDO, zorgleefplanbespreking, gedragsvisite, en dergelijke) zoals die binnen de organisatie bestaan.

Betrokken behandelaren en zorgmedewerkers ontvangen tevoren het digitale GRIP evaluatieformulier met vragen om gericht te evalueren. De evaluatie wordt door de zorgmedewerker met de mantelzorger en/of cliënt voorbereid. De afgesproken meetschaal wordt opnieuw ingevuld. De vragen zijn: Is het behandelplan behaald? Zijn alle afgesproken acties ondernomen? Afhankelijk van de antwoorden op de vragen kunnen de vervolgvragen die in het digitale GRIP evaluatieformulieren staan gesteld worden: Kunnen de acties alsnog gestart worden? Moeten de acties gecontinueerd worden? (Wanneer) moet er een volgende evaluatiedatum gepland worden? Moet er opnieuw analyse plaatsvinden?

De uitkomst van de evaluatie wordt door de zorgmedewerker in het zorgdossier genoteerd.

2. Uitvoering

2.1 Materialen

- Ondersteunend materiaal voor implementatie en gebruik van *GRIP* (papier en USB) (wordt uitgereikt tijdens de train-de-trainerbijeenkomst):
 - Werkmap voor de lokale coördinatoren
 - PowerPointpresentaties voor de trainingen
 - Digitale *GRIP* werkformulieren
 - Oefenmateriaal.
- Een folder voor het aanmelden voor de train-de-trainercursus, vrij beschikbaar op www.gerion.nl.
- De digitale *GRIP* werkformulieren die de werkbladen voor signaleren, analyseren, behandelen en evalueren bevatten. De werkformulieren zijn beschikbaar via <http://unovumc.nl/producten/grip/>

De eerste stap van de implementatie is het volgen van de train-de-trainercursus voor lokale *GRIP*-coördinatoren bij Gerion, het opleidingsinstituut voor professionals in de ouderenzorg van VUmc. *GRIP* is ontwikkeld en onderzocht op effectiviteit door de afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde VUmc. De cursus wordt twee keer per jaar vanuit Gerion gegeven, informatie over nieuwe scholingdata en de inhoud van de cursus is online op de website www.gerion.nl in te zien. Men kan zich op deze website ook inschrijven voor de cursus.

De cursus bestaat uit twee dagdelen waarin de lokale coördinatoren les krijgen over de inhoud van *GRIP*, maar ook over implementatie, borging en het enthousiasmeren van teams. De lokale coördinatoren krijgen tijdens de cursus een werkmap en een USB-stick uitgereikt met alle benodigde materialen (zie tabel 1 voor een overzicht van de inhoud) en er wordt geoefend met de digitale *GRIP* werkformulieren.

Het werkboek is bevat praktische en inhoudelijke instructies voor het organiseren van de training/scholing in de instelling en het borgen van de implementatie. De USB-stick bevat onder andere PowerPointpresentaties voor het geven van de trainingen en verdiepende informatie voor de specialist ouderengeneeskunde en psycholoog.

Nadat de trainingen door het team gevolgd zijn kan men aan de slag met *GRIP*. De verschillende digitale *GRIP* werkformulieren zijn: een meetinstrument voor pijn bij cliënten met dementie, een monitor van gedragssymptomen, een evaluatieformulier, een formulier voor behandeling, een formulier agenda, een analyseformulier voor de zorgverleners, voor de psycholoog en voor de arts en een vragenlijst voor het verkennen van probleemgedrag.

Tabel 1. Materialenoverzicht. Overzicht van de materialen behorende bij de train-de-trainercursus van GRIP. Materiaal wordt in papier en op USB uitgereikt tijdens de cursus.

- Inhoudelijke toelichting bij *GRIP*
- Achtergrondinformatie *GRIP* en het gebruik van de digitale *GRIP* werkformulieren
- Instructie (voorbereiding) implementatie van *GRIP*
- Instructie voor training van het zorgteam
- Handouts PowerPointpresentaties van de train-de-trainerbijeenkomsten
- (Handouts) PowerPointpresentaties voor de training/scholing van de zorgteams door de lokale coördinatoren
- Checklist ter voorbereiding van de training/scholing bijeenkomsten van de zorgteams
- Oefenmateriaal voor oefenen met gebruik van *GRIP*

2.2 Locatie en type organisatie

Het methodisch werken volgens *GRIP* met behulp van digitale *GRIP* werkformulieren wordt uitgevoerd door de zorg (verzorgenden & verpleegkundigen, vanaf niveau 2) en de specialist ouderengeneeskunde en psycholoog die betrokken zijn bij de pg-woning van een zorgorganisatie.

2.3 Opleiding en competenties van de uitvoerders

Eén van de lokale coördinatoren moet een achtergrond als psycholoog hebben. De rol van de andere twee coördinatoren kan vervuld worden door andere personen in de organisatie, zoals: teamleider, specialist ouderengeneeskunde, EVV'er, geriatrisch verpleegkundige, kwaliteitsfunctionaris. Er zijn geen specifieke restricties wat betreft opleidingsniveau, ervaring met de doelgroep of ervaring met computergebruik. Het is wel belangrijk dat de drie lokale coördinatoren gezamenlijk beschikken over de vaardigheden voor een groep te staan en het zorgteam te sturen. Verantwoordelijkheid en enthousiasme voelen én tonen over het gebruik van *GRIP* zijn de belangrijkste elementen voor een succesvolle implementatie en borging van *GRIP*.

Deze lokale coördinatoren hebben de train-de-trainercursus bij Gerion/VUmc gevolgd en hebben daar expertise op het gebied van implementatie opgedaan. Deze lokale coördinatoren organiseren de training/scholing van het zorgteam en de evaluatiemomenten van het gebruik van *GRIP*. Ze houden overstijgend de voortgang van de implementatie en de borging van *GRIP* binnen de organisatie in de gaten door op verschillende momenten evaluaties in te plannen. Het schema voor deze evaluaties staat in de werkmap die de lokale coördinatoren tijdens de train-de-trainercursus krijgen uitgereikt.

De train-de-trainercursus wordt georganiseerd door Gerion, onderdeel van de afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde van het VUmc en gegeven door de ouderenspsycholoog die gepromoveerd is op het onderzoek naar *GRIP* (dr. S.A. Zwijsen) en door een psycholoog en implementatiedeskundige (dr. D.L. Gerritsen) die betrokken was bij het onderzoek naar *GRIP*.

2.4 Kwaliteitsbewaking

GRIP bestaat uit het methodisch werken met behulp van digitale *GRIP* werkformulieren, voorafgegaan en begeleid door training/scholing. In onderstaand schema is aangegeven hoe wordt gewaarborgd dat de kennis over probleemgedrag en het gebruik van *GRIP* en digitale *GRIP* werkformulieren up-to-date blijft bij alle betrokkenen.

Dat wordt gedaan door herhaling van training/scholing lokaal (voor oude en nieuwe medewerkers) en door evaluatie van gebruik/ervaring met *GRIP*. Daarnaast kunnen, bij vertrek van lokale coördinatoren, hun vervangers de train-de-trainermodule volgen.

Tabel 2. Tijdenpad

Wanneer	Start implementatie	Binnen 2 maanden	Na ca. 6-8 maanden	Na ca. 1 jaar (jaarlijks herhalen)	Na ca. 1 jaar (jaarlijks herhalen)
Wat	Train-de-trainer-module	Training/scholing zorgteams dagdeel I en II	Evaluatie-bijeenkomst	Herhaling training/scholing zorgteams (dagdeel I en II)	Voortgangsbijeenkomst
Doel	Scholen lokale coördinatoren	Scholen betrokken medewerkers	Evaluëren van het zorgprogramma	Borgen van het zorgprogramma d.m.v. (her)scholen van medewerkers	Borgen van het zorgprogramma
Verantwoordelijk	Projectmedewerker <i>GRIP</i> /Gerion	Lokale coördinatoren	Lokale coördinatoren	Lokale coördinatoren	Lokale coördinatoren
Deelnemers	Lokale coördinatoren	Alle betrokken medewerkers (zorgmedewerkers / psychologen / specialisten ouderengeneeskunde)	Aanspreekpersonen p-goningen [Tijdens kick-off gezamenlijk te bepalen]	Nieuwe zorgmedewerkers / psychologen / specialisten ouderengeneeskunde	Aanspreekpersonen p-goningen

De deelnemende organisaties kunnen daarnaast laagdrempelig vragen stellen aan Gerion: projectleider *GRIP*-scholing mw. Dr. F.J.M. Meiland.

2.5 Randvoorwaarden

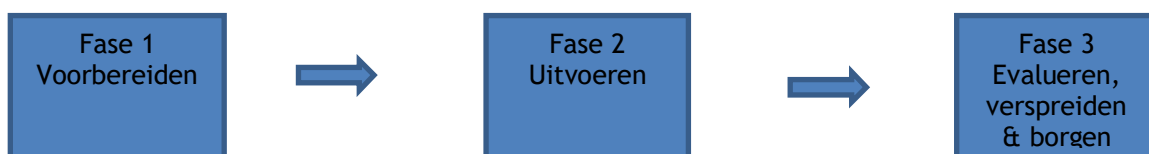
- De raad van bestuur/directie staan achter *GRIP* en dragen dit uit.
- De raad van bestuur/directie nemen de implementatie van *GRIP* op in het beleidsplan/jaarplan.
- De raad van bestuur/directie ondersteunen en faciliteren de implementatie van *GRIP*, bijvoorbeeld door voldoende tijd en middelen beschikbaar te stellen.
- Leidinggevenden van de betrokken medewerkers (verzorgenden, verpleegkundigen, activiteitenbegeleiders, psychologen, specialisten ouderengeneeskunde, et cetera) zijn geïnformeerd en ondersteunen de verandering.
- Er is een vaste overlegstructuur (bijvoorbeeld 1x per 2 weken) tussen verzorging/verpleging, specialist ouderengeneeskunde en psycholoog, waarin de digitale *GRIP* werkformulieren besproken kunnen worden.
- Over de opname van digitale *GRIP* werkformulieren in het elektronische cliëntendossier dat de instelling gebruikt dienen lokaal afspraken te worden gemaakt. Alle formulieren kunnen als pdf worden opgeslagen en zodoende in de zorgdossiers worden gehangen.
- Per locatie zijn drie medewerkers benoemd tot lokale coördinator (trainer) en zij gaan de implementatie van *GRIP* binnen de instelling begeleiden en ondersteunen.
- De lokale coördinatoren (trainers) volgen twee dagdelen het train-de-trainerprogramma *GRIP*.
- De lokale coördinatoren (trainers) krijgen uren ten behoeve van het implementatietraject.
- Er wordt tijd vrijgemaakt voor scholing van zorgmedewerkers, psychologen en specialisten ouderengeneeskunde.
- Omvang van gebruik van *GRIP* binnen de organisatie en tijdpad zijn in overleg met betrokkenen vastgelegd (welke locaties, welke pg-woningen, wanneer).

Bij aanmelding van de organisatie voor deelname aan *GRIP* bij Gerion worden deze randvoorwaarden besproken met de betreffende organisatie met de vraag of de raad van bestuur zich eraan committeert. Indien dit niet het geval is wordt geadviseerd van deelname/implementatie van *GRIP* af te zien.

2.6 Implementatie

De implementatie van *GRIP* vindt plaats via een train-de-trainersysteem. In de train-de-trainercursus wordt kennis gedeeld over implementatie via onderstaand model (Hulscher, Wensing, & Grol, 2000):

Figuur 3. Implementatie GRIP



Fase 1

Controleren van randvoorwaarden, in kaart brengen van belemmerende en bevorderende factoren en het in kaart brengen van zogenaamde ‘voorlopers, volgers en achterblijvers’ (Grol & Wensing, 2006) binnen de organisatie. Tijdens de train-de-trainercursus wordt uitleg gegeven over ‘voorlopers, volgers en achterblijvers’ en wordt bij elke pg-woning gekeken wie welk van deze rollen heeft.

Fase 2

De tweede fase ‘Uitvoeren’ is de verandering zelf. Na de voorbereiding en de afspraken die voortkomen uit Fase 1 start deze fase met het informeren van de betrokken medewerkers tijdens de

startbijeenkomsten. Na deze scholing kunnen de betrokken medewerkers direct aan de slag met *GRIP*.

Fase 3

In fase drie 'Evalueren, verspreiden en borgen' gaat het erom zowel de implementatie als *GRIP* zelf te evalueren, eventueel verder te verspreiden en ervoor te zorgen dat de veranderde werkwijze behouden blijft. Binnen *GRIP* gebeurt dat door het volgen van het eerder beschreven schema in Tabel 2.

2.7 Kosten

De kosten van het volgen van de train-de-trainercursus zijn € 975,- per drietal (3 medewerkers; 2 dagdelen van 3 uur), plus de verletkosten van deze medewerkers.

De training/scholing van het zorgteam kost de teamleden 2 x 2,5 uur. In het onderzoek van *GRIP* zijn deze kosten berekend per bewoner en bedroegen deze € 190,- per bewoner om het hele zorgteam de lokale trainingen te laten volgen (Zwijssen, S.A. et al, 2015b).

De kosten gedurende het gebruik van *GRIP* zijn lastiger in kaart te brengen. De zorg met gebruik van *GRIP* is vergelijkbaar met gewone zorg, alleen vindt deze plaats op een anders gestructureerde manier. Uit het onderzoek naar effectiviteit en kosten van *GRIP* bleek dat over de studieduur van twintig maanden er bij gebruik van *GRIP* vaker gebruik gemaakt werd van de inzet van een psycholoog en een specialist ouderengeneeskunde en dat er minder kosten aan medicatie waren (Zwijssen, S.A. et al, 2015a). Het is, gezien de wijze van financiering van de langdurige zorg, niet mogelijk aan te geven wat de kosten van werken conform *GRIP* exact zijn (behoudens de hierboven genoemde bedragen voor train-de-trainercursus en de training/scholing van de zorgteammedewerkers).

3. Onderbouwing

3.1 Probleem

Probleemgedrag, zoals roepen, onrustig zijn of geagiteerd reageren, komt veel voor bij mensen met dementie. Vaak is probleemgedrag de reden waarom mensen worden opgenomen op een pg-woning. Dit maakt dat de prevalentie van probleemgedrag op deze woningen met gemiddeld 80% hoog is (Selbaek et al., 2013). Probleemgedrag is geassocieerd met een verminderde kwaliteit van leven van bewoners (van de Ven-Vakhteeva, Bor, Wetzels, Koopmans, & Zuidema, 2012) en verhoogde belasting van verzorgend personeel (Schmidt, Dichter, Palm, & Hasselhorn, 2012; Zwijsen et al., 2014b). De hoge prevalentie en het feit dat het meeste probleemgedrag langdurig persisteert impliceert dat behandeling onvoldoende effectief is.

Eenzijdig is de kwaliteit van zorg voor mensen met dementie de laatste decennia sterk verbeterd. De Nederlandse verpleeghuiszorg voor mensen met dementie kent een aantal unieke aspecten waarmee kwalitatief hoogwaardige zorg kan worden geboden. Zo wordt zorg multidisciplinair afgestemd tussen in ieder geval een specialist ouderengeneeskunde (die een driejarige specialisatie opleiding ouderenzorg heeft gevolgd), een psycholoog en de verzorgenden. Veel verpleeghuizen beschikken daarnaast nog over andere disciplines zoals een ergotherapeut, een fysiotherapeut, een diëtist, een logopedist, et cetera (de Boer, van den Ende, Ribbe, & Leemrijse, 2005). Daarnaast wordt in veel verpleeghuizen 'belevingsgerichte' of 'persoonsgerichte' zorg nagestreefd, waarbij de behoeften, wensen en voorkeuren van de bewoners zoveel mogelijk worden gevolgd (Willemse, Wessel, & Pot, 2015). Anderzijds lijkt de aanpak van probleemgedrag niet optimaal te profiteren van deze ontwikkelingen. Er zijn verschillende richtlijnen voor de aanpak van probleemgedrag. Deze evidence-based richtlijnen overlappen elkaar grotendeels en benadrukken alle het belang van methodisch, multidisciplinair werken. Echter, de implementatie van deze richtlijnen is in de praktijk beperkt. Zo wordt bijvoorbeeld maar in een klein deel van de verpleeghuizen regelmatig gescreend op probleemgedrag en vaak ontbreekt de expertise over het effectief behandelen van probleemgedrag (Dorland, Pot, Verbeek, & Depla, 2007).

3.2 Oorzaken

- 1 De neurologische schade die het dementieproces veroorzaakt, tast de hersengebieden aan die nodig zijn voor het controleren van gedrag, waardoor het gedrag van iemand met dementie verandert.
- 2 De cognitieve beperkingen die tijdens de ziekte dementie ontstaan, zorgen ervoor dat communicatie over wensen en behoeftes steeds ingewikkelder wordt, volgens de onvervulde behoefte theorie uit deze behoeftes zich in gedrag (Cohen-Mansfield, 2001). Zorgteams weten dit gedrag niet altijd goed te 'lezen', doordat er onvoldoende kennis is over de oorzaken van probleemgedrag (Hamers, 2011).
- 3 Er zijn evidence-based richtlijnen voor verzorgenden, psychologen en specialisten ouderengeneeskunde, maar deze richtlijnen zijn niet geïmplementeerd en er is geen overstijgende strategie waarin alle disciplines, op basis van hun eigen richtlijn, kunnen samenwerken aan probleemgedrag (Dorland et al., 2007).
- 4 Er wordt in de praktijk niet gestructureerd methodisch en multidisciplinair gewerkt aan probleemgedrag bij dementie in het verpleeghuis (Dorland et al., 2007).

3.3 Aan te pakken factoren

De dementie en het dementieproces vallen voornamelijk nog niet te remmen. *GRIP* zet daarom in op:

- Factor 2: Door de trainingen en de ondersteunende werkbladen wordt beter ingezoomd op het gedrag van cliënten. Zorgmedewerkers, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde leren het gedrag van cliënten te lezen en begrijpen beter welke behoeftes cliënten hebben, dit sluit aan bij subdoel 1 in hoofdstuk 1, zorgmedewerkers hebben kennis van oorzaken en de signalen van probleemgedrag. Doordat het zorgteam beter begrijpt wat er met een cliënt aan de hand is sluit behandeling meer aan op de onderliggende oorzaak van probleemgedrag, waardoor de slagingskans groter is. Het hoofddoel, afname van probleemgedrag en psychofarmacagebruik hangt hiermee samen.
- Factor 3: Hoewel professionals op de hoogte zijn van de richtlijnen, lukt het vaak niet deze goed te volgen. *GRIP* is een uitwerking van de richtlijnen voor verzorgenden, psychologen en specialisten ouderengeneeskunde. Wanneer *GRIP* geïmplementeerd is werkt men dus volgens de

richtlijnen, hetgeen samenhangt met subdoel 2 uit hoofdstuk 1, zorgmedewerkers, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde werken methodisch bij probleemgedrag.

- Factor 4: gestructureerd methodisch en multidisciplinair werken vindt in de praktijk vaak niet plaats. Dit maakt dat cliënten suboptimale zorg krijgen, maar ook dat zorgmedewerkers weinig overzicht hebben en zich niet 'in control voelen'. Een bekend verklaringmodel voor werkgerelateerde stress is het Job-Demands-Control model. Versimpeld weergegeven stelt dit model dat stress ontstaat wanneer werknemers niet de regiemogelijkheden hebben om de hun opgelegde taken in goede banen te leiden (Johnson & Hall, 1988). *GRIP* geeft achtergrondinformatie en structuur aan de aanpak van probleemgedrag. Doordat verzorgenden meer tools in handen krijgen om probleemgedrag te begrijpen en te interveniëren, ervaren ze meer grip op de situatie. Zij raken hierdoor meer in control, waardoor het werkplezier toeneemt (subdoel 3).

3.4 Verantwoording

Het hoofddoel van de interventie is het verminderen van probleemgedrag en psychofarmacagebruik bij bewoners met dementie in het verpleeghuis. Dit is belangrijk omdat probleemgedrag geassocieerd is met een verminderde kwaliteit van leven van mensen met dementie (van de Ven-Vakhteeva, 2012). Het gebruik van psychofarmaca bij deze doelgroep leidt tot ernstige bijwerkingen en wordt al jaren door beroepsorganisaties ontmoedigd (Verenso, 2008). De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor de achterliggende oorzaken van het gedrag van mensen met dementie. De visie is hierbij dat mensen met dementie hun ongemak of onvrede communiceren door hun gedrag. Door bijvoorbeeld de omgevingsfactoren te onderzoeken, te kijken of er onvervulde behoeften zijn of na te gaan of er te veel of te weinig prikkels worden geboden, kan een oorzaak van het gedrag achterhaald en aangepakt worden (Cohen-Mansfield, 2001; Olazaran et al., 2010), in plaats van dat het gedrag zelf wordt behandeld met psychofarmaca. De richtlijnen over probleemgedrag stellen dan ook allemaal dat een grondige, multidisciplinaire analyse van het gedrag nodig is alvorens een behandelplan wordt gemaakt, en dat ingaan op de oorzaken van het gedrag door middel van psychosociale interventies de voorkeur heeft boven het gebruik van psychofarmaca als behandeling voor probleemgedrag (NICE, 2006; Verenso, 2008; NIP, 2013; V&VN, 2005).

Grip op Probleemgedrag ondersteunt het proces rondom vermindering van probleemgedrag en psychofarmacagebruik, vanuit de hierboven beschreven theorieën over het ontstaan van probleemgedrag. Allereerst wordt de kennis van zorgteams over oorzaken van probleemgedrag vergroot door het geven van de trainingen (factor 2, subdoel 1). Door de trainingen en het gebruik van de digitale *GRIP* werkformulieren wordt het methodisch werken geïntroduceerd (subdoel 2). Door het methodisch werken volgens de richtlijnen wordt de oorzaak van het probleemgedrag opgespoord en wordt behandeling gericht op de oorzaak in plaats van op het gedrag zelf (hoofddoel; verminderen psychofarmaca). Dit leidt tot vermindering van probleemgedrag doordat het bij de wortel wordt aangepakt (hoofddoel) (Cohen-Mansfield, 2001; Olazaran et al., 2010; Zwijsen et al, 2014d). Doordat er een grondige analyse plaatsvindt en de behandeling op de oorzaak van het gedrag wordt gericht, wordt psychofarmaca alleen nog ingezet als een psychiatrische diagnose de oorzaak is van probleemgedrag (hoofddoel) (Zwijsen et al, 2014d; IPA 2002; CBO 2005; NICE 2006). Probleemgedrag verhoogt de werkdruk en verlaagt de werktevredenheid van zorgprofessionals, en minder probleemgedrag en het gevoel grip te hebben op probleemgedrag vergroot dus werktevredenheid (subdoel 3) (Zwijsen et al, 2014b & Zwijsen et al, 2015b).

In de tabel hieronder worden de verbanden tussen verklarende factoren, de subdoelen, de werkwijze en de achterliggende theorie schematisch weergegeven.

Tabel 3. Verbanden tussen verklarende factoren, subdoelen, werkwijze en achterliggende theorie

Factor	Subdoel	Werkwijze	Theorie
Factor 2: De cognitieve beperkingen die tijdens de ziekte dementie ontstaan, zorgen ervoor dat communicatie over wensen en behoeftes steeds ingewikkelder wordt, volgens de onvervulde behoefte theorie uiten deze behoeftes zich in gedrag. Zorgteams weten gedrag niet altijd goed te 'lezen', doordat er onvoldoende kennis is over de oorzaken van probleemgedrag.	Vanaf het volgen van de scholing hebben zorgmedewerkers kennis van oorzaken en de signalen van probleemgedrag bij mensen met matige tot ernstige dementie en kunnen probleemgedrag signaleren op basis daarvan.	Training van <i>GRIP</i>	De training geeft uitleg over onvervulde behoefte theorie (Cohen-Mansfield, 2001), de theorie van verlaagde stressdrempel (Hall & Buckwalter, 1987) en adaptatie-copingmodel (Droës, 1991).
Factor 3: Er zijn evidence-based richtlijnen voor verzorgenden, psychologen en specialisten ouderengeneeskunde, maar deze richtlijnen zijn niet geïmplementeerd en er is geen overstijgende strategie waarin alle disciplines, op basis van hun eigen richtlijn, kunnen samenwerken aan probleemgedrag.	Zorgmedewerkers, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde werken na twaalf maanden methodisch bij probleemgedrag volgens de stappen van <i>GRIP</i> .	Gebruik digitale <i>GRIP</i> werkformulieren	De digitale <i>GRIP</i> werkformulieren zijn een uitwerking van de richtlijnen van V&VN (2005), NIP (2009) en Verenso (2008).
Factor 4 : Er wordt in de praktijk niet gestructureerd methodisch en multidisciplinair gewerkt aan probleemgedrag bij dementie in het verpleeghuis.	Zorgmedewerkers, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde werken na twaalf maanden methodisch bij probleemgedrag volgens de stappen van <i>GRIP</i> . Hierdoor ervaren zorgmedewerkers, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde na de implementatie een verhoging van de werktevredenheid.	Training en Gebruik <i>GRIP</i> en de digitale <i>GRIP</i> werkformulieren	Probleemgedrag verhoogt de werkdruk en verlaagt de werktevredenheid van zorgprofessionals, en minder probleemgedrag en het gevoel grip op probleemgedrag te hebben vergroot de werktevredenheid (Zwijzen et al, 2014b & Zwijzen et al, 2015b).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Onderzoek naar de uitvoering van de interventie heeft twee keer plaatsgevonden: de eerste keer (onderzoek 1) parallel aan het effectonderzoek naar *GRIP* op probleemgedrag met een papieren versie van de *GRIP* werkformulieren en de tweede keer (onderzoek 2) parallel aan de implementatie van de digitale *GRIP* werkformulieren. Bij deze laatste evaluatie is ook de train-de-trainercursus geëvalueerd.

Er is geen specifiek onderzoek gedaan naar mogelijke negatieve effecten van de interventie, maar tijdens de implementatie zijn geen aanwijzingen voor negatieve effecten gevonden. Werken volgens *GRIP* betekent werken volgens de evidence-based en practice-based richtlijnen. Derhalve worden negatieve effecten van werken volgens *GRIP* onwaarschijnlijk geacht.

Onderzoek 1:

a) Zwijsen, S.A., Smalbrugge, M., Eefsting, J.A., Gerritsen, D.L., Hertogh C.M., & Pot, A.M. (2014). Grip on challenging behavior: process evaluation of the implementation of a care program. *Trials*. 2014 Jul 25;15:302.

b) Het evaluatieonderzoek naar de uitvoering betrof een procesevaluatie van de implementatie van het (papieren) zorgprogramma *Grip op Probleemgedrag (GRIP)*. Ten behoeve van de procesevaluatie is vlak na de eerste training (dagdeel 1) bij 56 verzorgenden een korte vragenlijst afgenomen over de bruikbaarheid en de opzet van *GRIP*. Een tweede, meer uitgebreide vragenlijst is onder 43 teamleiders van zorgteams, psychologen en specialisten ouderengeneeskunde verspreid. Deze vragenlijst werd na afloop van de implementatieperiode verspreid en ging in meer detail in op de mate van implementatie en de belemmerende en bevorderende factoren. Daarnaast zijn er ter aanvulling en verdieping op de vragenlijst 51 interviews afgenomen met 29 verzorgenden, een activiteitenbegeleider, 12 specialisten ouderengeneeskunde, 15 psychologen en 7 teamleiders (sommige interviews werden in groepsverband uitgevoerd) over de implementatie en borging van *GRIP*.

c) *Grip op Probleemgedrag* is geïmplementeerd op 17 psychogeriatrische afdelingen van verschillende zorginstellingen. De training/scholingsbijeenkomsten werden door 81% van de zorgmedewerkers, psychologen en specialisten ouderengeneeskunde bijgewoond en 89% van de bewoners deed mee aan de interventie. Daadwerkelijke uitvoer van de verschillende fases van *GRIP* (signaleren, analyseren, behandelen, evalueren) was redelijk tot goed bij de bewoners bij wie probleemgedrag gesignaleerd was. Bij gemiddeld 75% van die bewoners werd de analyse goed uitgevoerd, bij gemiddeld 50% het behandelplan en bij 25-50% ook de evaluatie.

De waardering voor en het vertrouwen in *GRIP* was voldoende tot goed bij zorgmedewerkers, psychologen en specialisten ouderengeneeskunde.

Uit de vragenlijst en interviews kwam een aantal succes/faalfactoren naar voren die een rol spelen volgens betrokkenen bij de implementatie/uitvoering van *GRIP*.

Belangrijke factoren die voor succes als mede bepalend werden gezien waren:

- Organisatorische factoren: mate van personeelsverloop, intensiteit/kwaliteit van multidisciplinaire samenwerking; gelijktijdig plaatsvinden van andere (organisatie)veranderingen (ander dossier; aandacht voor mondzorg, et cetera).
- De afdelingscultuur (open communiceren, aandacht voor elkaar, mogen falen: werken positief en de aanwezigheid van een dragende 'sleutelfiguur' van de interventie (vooral een team-/unitleider)
- Als belemmerende factor werd specifiek op een aantal pg-woningen het niet digitaal beschikbaar zijn van *GRIP* genoemd omdat de pg-woning met digitale zorgdossiers werkte.

Op basis van de uitkomsten van deze procesevaluatie zijn er digitale *GRIP* werkformulieren beschikbaar gemaakt en is een train-de-trainercursus ontwikkeld waarin naast het daadwerkelijk werken met *GRIP*, ook de nodige aandacht besteed wordt aan de succesfactoren/faalfactoren bij de implementatie van *GRIP*. Zie ook hierboven: afdelingscultuur (open communiceren, aandacht voor elkaar, mogen falen), belang van een dragende 'sleutelfiguur' (team/unitleider), personeelsverloop, plan geen andere grote veranderingen tegelijkertijd.

Bij aanmelding voor de train-de-trainercursus wordt daarbij ook een aantal van de

succes/faalfactoren gecheckt: steun van management, geen andere organisatieveranderingen, motivatie voor *GRIP*.

In onderzoek 2 is, met ondersteuning van Fonds Nuts Ohra, de uitvoering van *GRIP* met de digitale *GRIP* werkformulieren en met de train-de-trainercursus (en dus scholing van de zorgmedewerkers, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde van de instelling door de lokale coördinatoren die de train-de-trainercursus gedaan hebben) geëvalueerd.

Onderzoek 2:

a) Evaluatie implementatiepakket *Grip op Probleemgedrag*. Zwijsen, S.A., Hakvoort, E., & Smalbrugge, M. VUmc, EMGO+ en Gerion. 2015 (intern rapport, verantwoording aan subsidieverstrekker Fonds Nuts Ohra).

b) Evaluatie van het implementatiepakket *GRIP II*.

Er zijn in totaal vier momenten geweest waarop het implementatiepakket is geëvalueerd:

- 1) een schriftelijke evaluatie door de lokale coördinatoren direct aansluitend op de tweede train-de-trainerbijeenkomst;
- 2) een eerste mondelinge evaluatie met de lokale coördinatoren ongeveer twee maanden na de laatste train-de-trainerbijeenkomst gericht op de startfase van het implementeren in de instelling;
- 3) een tweede mondelinge evaluatie met de lokale coördinatoren ongeveer vier maanden na de laatste train-de-trainerbijeenkomst gericht op de daadwerkelijke implementatie van *GRIP* in de instelling, en;
- 4) een digitale vragenlijst voor de betrokken medewerkers (niet de lokale coördinatoren) gecombineerd met een direct na een laatste bijeenkomst uitgebreide mondelinge evaluatie met de lokale coördinatoren.

De conclusies zijn samengevat in tabel 4 (zie onder) en gerangschikt naar algemene conclusies, conclusies met betrekking tot de train-de-trainercursus en conclusies met betrekking tot het werkmateriaal en de digitale *GRIP* werkformulieren.

c) Op basis van de uitkomst van de evaluatie onder b) genoemd, zijn er de nodige aanpassingen gedaan. Een overzicht van de conclusies bij b) en aanpassingen die naar aanleiding daarvan gedaan zijn staan in de onderstaande tabel 4.

Tabel 4. Conclusies uit de evaluatie van onderzoek 2 en de aanpassingen die gedaan zijn naar aanleiding van de conclusies.

CONCLUSIES	AANPASSINGEN
<i>Algemeen</i>	
Het was de coördinatoren niet altijd duidelijk wat van hen werd verwacht.	-Vooraf duidelijkheid scheppen door middel van promotiemateriaal (bijvoorbeeld folder, website) met uitleg over de train-de-trainerbijeenkomsten. -Meer aandacht voor doel en taken coördinatoren tijdens start train-de-trainerbijeenkomsten.
Multidisciplinair team van coördinatoren werkt beter, vooral wanneer er een psycholoog / gedragsdeskundige bij betrokken is.	-Aansturen op een mix van behandelaren, management en zorg door hier aandacht aan te besteden in folder, op website et cetera.
De planning van de scholingsbijeenkomsten kwam niet altijd goed uit.	-Aandacht voor planning startbijeenkomsten tijdens train-de-trainerbijeenkomsten.

CONCLUSIES	AANPASSINGEN
<i>Train-de-trainercursus</i>	
Sommige coördinatoren hadden behoefte aan meer informatie over implementeren tijdens de train-de-trainerbijeenkomsten	-Inschakelen implementatiedeskundige voor het geven van (deel) train-de-trainerbijeenkomsten
Twee bijeenkomsten kosten coördinatoren te veel (reis)tijd.	-Mogelijkheid overwegen om beide bijeenkomsten op één dag te volgen.
Te weinig tijd om met de digitale GRIP werkformulieren te oefenen.	-Meer tijd / opdrachten met de digitale GRIP werkformulieren inplannen (tijdens pilot was dit één uur).
Groepsgrootte train-de-trainerbijeenkomsten was niet ideaal (te groot of juist te klein).	-10 tot 15 deelnemers per bijeenkomst (tijdens pilot was dit wisselend: 5 - 22 deelnemers).
Er lijkt behoefte aan een terugkomdag.	-Peilen behoefte aan terugkomdag. Bij voldoende aanmeldingen een terugkomdag <i>GRIP</i> na circa 4-6 maanden inplannen.
<i>Materialen (werkboek, presentaties)</i>	
Sommige coördinatoren vonden het toch lastig om te presenteren voor afdelingsmedewerkers.	-Presentaties startbijeenkomsten voorzien van begeleidende teksten.
Er lijkt behoefte aan informatie over <i>GRIP</i> voor familie en mantelzorgers.	-Toevoegen A4 met informatie voor familie/mantelzorger in het werkboek voor lokale coördinatoren.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

De effecten van *GRIP* zijn onderzocht voor mensen met dementie: probleemgedrag, psychofarmacagebruik en kwaliteit van leven en voor zorgmedewerkers: burnout, werktevredenheid en werkdruk.

Onderzoek 1 beschrijft de effecten op probleemgedrag en psychofarmacagebruik bij mensen met dementie; onderzoek 2 beschrijft de effecten op kwaliteit van leven bij mensen met dementie en onderzoek 3 beschrijft de effecten op burnout, werktevredenheid en werkdruk bij zorgmedewerkers.

Onderzoek 1

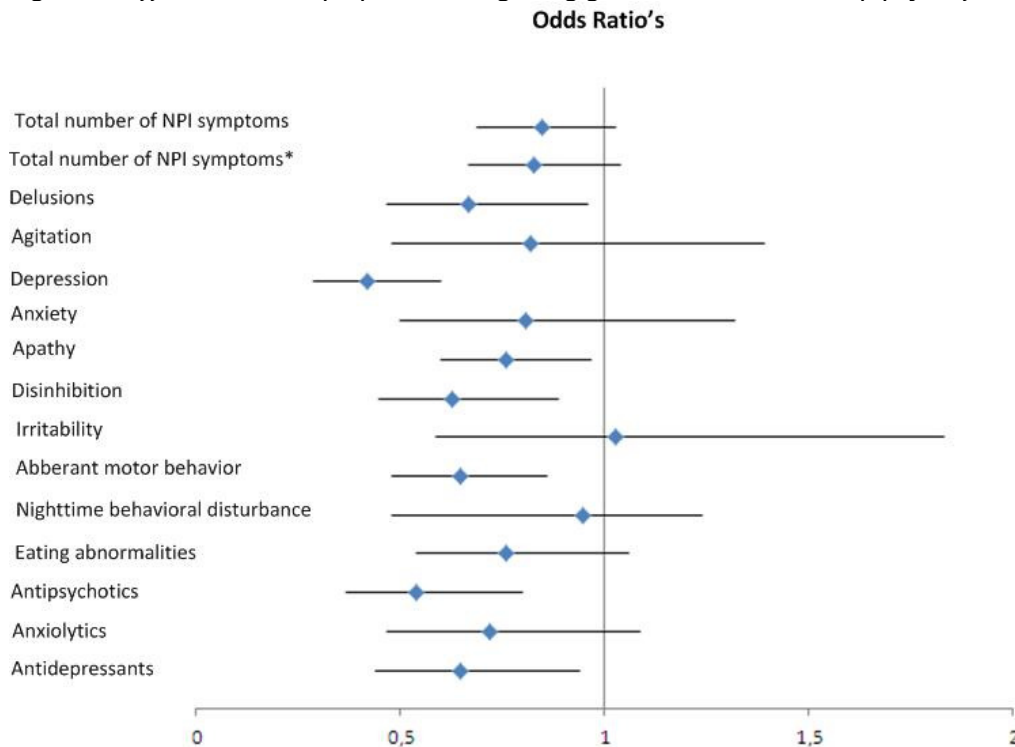
a) Zwijsen, S.A., Smalbrugge, M., Eefsting, J.A., Twisk, J.W., Gerritsen, D.L., Pot, A.M., & Hertogh, CM. (2014). Coming to grips with challenging behavior: a cluster randomized controlled trial on the effects of a multidisciplinary care program for challenging behavior in dementia. *J Am Med Dir Assoc.* 2014 Jul;15(7):531.e1-10.

b) De effectstudie was een cluster gerandomiseerd gecontroleerde studie. Implementatie vond plaats volgens stepped wedge design. Probleemgedrag is gemeten met de Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) en de Neuropsychiatric Inventory (NPI). Psychofarmacagebruik is gemeten aan de hand van deellijsten gebaseerd op informatie van het apothekerinformatiesysteem. Er vonden bij 659 unieke bewoners metingen plaats op 6 tijdstippen, resulterend in een totaal van 2.292 metingen (niet alle bewoners deden op elke meting mee omdat bewoners overleden of verhuisden: deze werden 'vervangen' door nieuwe bewoners. Bij elke meting deden ongeveer 460 bewoners mee). C: De effecten op de CMAI (agitatie), waren statistisch significant maar klein (verschilscore tussen controlemetingen versus interventiemeting: 2,5 punt op een schaal van 29-203). Op de individuele symptomen van probleemgedrag (NPI-NH) werden significante effecten gevonden op de prevalentie van wanen, depressie, apathie, ontremd gedrag en doelloos repetitief gedrag. De kans (of beter:

odds) op het hebben van deze symptomen was significant kleiner (0.42-0.76) wanneer *GRIP* gebruikt werd (figuur 4). Ook op het gebruik van antipsychotica en antidepressiva werden significante effecten gevonden, de kans om een antipsychoticum voorgeschreven te krijgen was de helft minder in de interventiegroep (figuur 4). In absolute percentages daalde het gebruik van antipsychotica van 28% naar 23% gedurende de looptijd van de studie.

Bij correctie voor de mate van implementatie in de analyses werden de effecten van *GRIP* groter. Zie voor de mate van implementatie paragraaf 4.1. onderzoek 1.

Figuur 4. Effecten van Grip op Probleemgedrag gemeten met NPI-NH op psychofarmacagebruik.



Onderzoek 2

a) Zwijsen, S.A., Bosmans, J.E., Gerritsen, D.L., Pot, A.M., Hertogh, C.M., & Smalbrugge, M. The cost-effectiveness of grip on challenging behaviour: an economic evaluation of a care programme for managing challenging behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016 Jun;31(6):567-74.

b) In de effectstudie onder 'onderzoek 1' beschreven, zijn ook data verzameld over kwaliteit van leven van de deelnemende bewoners. Zie daar voor de opzet van de studie.

Met de EQ5D is kwaliteit van leven globaal gemeten voor de kosteneffectiviteitsanalyse en met de Qualidem, een Nederlandse kwaliteit van leven schaal specifiek voor verpleeghuisbewoners met dementie, is specifiek naar de domeinen van kwaliteit van leven (een zestal) gekeken die voor deze doelgroep van belang zijn.

c) De interventie had een positief effect op een van de zes onderzochte domeinen van de Qualidem, namelijk de sociale relaties (1.6 punt stijging op een subschaal range 0-18; 95% CI 0.18 to 3.4). Dit effect is bescheiden.

Onderzoek 3

a) Zwijsen, S.A., Gerritsen, D.L., Eefsting, J.A., Smalbrugge, M., Hertogh, C.M., & Pot, A.M. (2015). Coming to grips with challenging behaviour: a cluster randomised controlled trial on the effects of a new care programme for challenging behaviour on burnout, job satisfaction and job demands of care staff on dementia special care units. *Int J Nurs Stud*. 2015 Jan;52(1):68-74.

b) De implementatie van *GRIP* vond plaats middels een stepped wedge design. Bij de zorgmedewerkers (verzorgenden niveau 2 en 3, verpleegkundigen niveau 4 en 5) werden burnout,

werktevredenheid en werkdruk gemeten vlak voor de implementatie, halverwege het implementatietraject en aan het eind van de studie. Burnout werd gemeten met de Maslach burnout inventory (UBOS-C). Werktevredenheid en werkdruk werden gemeten met de Leiden Quality of Work Life Questionnaire (LAKS). Van de 1.441 verstuurd vragenlijsten werden er 645 geretourneerd (respons 45%, 318 controle, 327 interventie) door 380 unieke zorgmedewerkers.

c) De ervaren werktevredenheid (LAKS) van zorgverleners nam toe nadat ze begonnen waren te werken volgens *Grip op Probleemgedrag* (0,93 bij een schaalbereik van 18 (6-24); 95% 0,48-1,38). Op de vragenlijst die burnout (UBOS) meet werd geen verschil gevonden en ook de ervaren werkdruk bleef gelijk.

De effecten op ervaren werktevredenheid zijn bescheiden. Dat de ervaren werktevredenheid toeneemt bij gebruik van *GRIP* wordt mogelijk veroorzaakt door meer ervaren beslissingsbevoegdheid en sociale steun, factoren waarvan binnen het 'demand-control-support model' aangenomen wordt dat ze de ervaren werktevredenheid beïnvloeden.

4.3 Praktijkvoorbeeld

Een casus uit de praktijk:

Zorgpersoneel neemt contact op met de psychologen, omdat ze merken dat mw. G. veel slaapt tijdens de dag en als ze wakker is, toont ze obsessief gedrag en lijkt ze ongelukkig en gestrest. Samen met hun verzoek om een consult vullen ze ook het analyseformulier voor de zorg in en sturen ze dit naar de psycholoog. Op basis van het analyseformulier voor de zorg, beslist de psycholoog om mw. G. te observeren. De bevindingen worden besproken in een vergadering met de echtgenoot, dochter, specialist ouderengeneeskunde, de leden van het verzorgend personeel, de psycholoog en de recreatieve therapeut. Zowel de observatie en de bespreking kan in de checklist op het analyseformulier voor psychologen worden aangevinkt, waarbij de resultaten van deze acties ook kunnen worden ingevuld. Samenvattend wordt geconcludeerd dat mw. G. afwisselend relatief helder en slaperig kan zijn. Op heldere momenten kan ze haar aandacht richten op slechts één ding tegelijk. Ze realiseert zich dat ze niet dezelfde capaciteiten heeft als ze vroeger had en ze vindt het daardoor steeds belangrijker ervoor te zorgen de woonkamer schoon en netjes is voor als er 'inspectie' komt. Haar obsessieve gedrag maakt haar erg moe. In het verleden deed mw. G. al de huishoudelijke taken in de ochtend en na een douche had ze dan vrije tijd in de middag. Het lijkt te helpen om mee te gaan met mw. G.'s beleving en haar taken te bieden in plaats van te ontnemen om haar te ontlasten. Ook zou het goed zijn haar oorspronkelijke dagstructuur zoveel mogelijk te volgen. Deze benadering wordt ingevuld op het behandelingsformulier, het behandeldoel wordt beschreven als "streven naar een beter evenwicht van energie, met meer aangename activiteiten." Na vier weken wordt het evaluatieformulier ingevuld en de situatie lijkt te zijn verbeterd, hoewel het nog steeds niet optimaal is. Elke vier tot zes weken, wordt de situatie geëvalueerd. Na twee maanden lijkt het gedrag weer erger te worden en de specialist ouderengeneeskunde wordt ingeschakeld. Een aantal fysieke oorzaken wordt gecontroleerd (volgens de checklist op het analyseformulier van de specialist ouderengeneeskunde) en mw. G. lijkt te herstellen van een infectie. Daarnaast heeft ze ook last van bloedarmoede, hetgeen ook haar slaappgedrag zou kunnen verklaren. Het behandelplan is aangevuld en na een paar weken is de verslechtering van het gedrag verdwenen. Na nog een evaluatie wordt geconcludeerd dat mw. G.'s gedrag is verbeterd; ze lijkt gelukkig en heeft niet veel conflicten met andere bewoners meer. Ze slaapt nog steeds veel, maar dit heeft waarschijnlijk met haar anemie te maken.

Aanvulling: zonder gestructureerde aanpak en analyse had men waarschijnlijk eerder naar psychofarmaca gegrepen. Het gedrag van mw. G. zou immers als passend bij een depressie geïnterpreteerd kunnen worden, waarvoor een antidepressivum zou kunnen worden voorgeschreven. Ook kan het obsessieve gedrag als onrust worden bestempeld, waarna onrustmedicatie zou kunnen worden overwogen. Zonder methodisch werken volgens *GRIP* was de oorzaak van het gedrag waarschijnlijk niet snel gevonden en was zowel mw. G. als personeel steeds gefrustreerder geraakt.

5. Samenvatting werkzame elementen

- Gecombineerde aanpak van zowel scholing als hulpmiddelen voor methodisch werken.
- Gecombineerde aanpak van kennisvergroting over gedrag van mensen met dementie. In de scholing wordt hier heel expliciet over gesproken. Doordat men steeds opnieuw vragen als ‘wanneer vindt het gedrag plaats?’ ‘wat levert het gedrag de bewoner op?’ ‘wat gebeurde er voorafgaand aan het gedrag?’ moet beantwoorden, wordt hier continu aan gewerkt.
- Verbetering van multidisciplinair contact; men moet om verder te komen in het proces multidisciplinair overleggen.
- Door zich te committeren aan *Grip op Probleemgedrag* moeten bij probleemgedrag alle stappen (signaleren, analyseren, behandelen en evalueren) doorlopen worden. Hierdoor ontstaat minder snel een moment waarop ‘dan maar’ psychofarmaca wordt uitgeprobeerd. Immers, de behandeling moet aansluiten op de analyse.
- Door reminders via e-mail worden behandelaren en zorgmedewerkers herinnerd aan het uitvoeren van de evaluatie.
- Door het borgen van de evaluatie verdwijnen probleemgedrag en de interventies voor het gedrag niet zomaar weer uit beeld.
- Door train-de-trainerbijeenkomsten worden drie medewerkers lokaal verantwoordelijk, hetgeen het draagvlak voor implementatie en borging vergroot.

6. Aangehaalde literatuur

CBO 2005, *Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie*, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.

Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *Am.J.Geriatr.Psychiatry*, 9, 361-381.

Dorland, L. M., Pot, A. M., Verbeek, M. A., & Depla, M. (2007). *Psychische hulpverlening voor ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen; deelstudie 7*. Utrecht: Trimbos.

Dröes, R. M. (1991). *Psychosocial care for elderly with dementia*. PhD Vrije Universiteit, Amsterdam.

Grol, R. & Wensing, M. (2006). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Reed Business.

Hall, G. R. & Buckwalter, K. C. (1987). Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Arch.Psychiatr.Nurs.*, 1, 399-406.

Hamers, J. P. H. (2011). *De intramurale ouderenzorg: nieuwe leiders, nieuwe kennis, nieuwe kansen. Achtergrondstudie geschreven op verzoek van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*. Maastricht: Maastricht University

Hingstman, T. L., Langelaan, M., & Wagner, C. (2012). *De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg* Utrecht: Nivel.

Hulscher, M., Wensing, M., & Grol, R. (2000). *Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën*. Den Haag: Zorgonderzoek Nederland (ZON) i.s.m. WOK Nijmegen/Maastricht.

IPA 2002, *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack*, The International Psychogeriatric Association (IPA), Belgium.

Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health* 78, 1336-1342.

Kaufer, D.I., Cummings, J.L., Ketchel, P. (2000) Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 12(2): 233-9.

Kolb, D. (2014). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development, 2nd edition*; Upper Saddle River, New Jersey, Pearson Educational inc.

Leone, E., Deudon, A., Bauchet, M., et al (2013) Management of apathy in nursing homes using a teaching program for care staff: the STIM-EHPAD study. *Int J Geriatr Psychiatry* 28(4): 383-92

NICE (2006). *Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care* London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

NIP (2009). *Handreiking Psychologische hulpverlening bij gedragsproblemen bij dementie* Amsterdam: NIP, SPO.

Schmidt, S. G., Dichter, M. N., Palm, R., & Hasselhorn, H. M. (2012). Distress experienced by nurses in response to the challenging behaviour of residents - evidence from German nursing homes. *J.Clin.Nurs.*, 21, 3134-3142.

V&VN (2005). *Richtlijn omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie* Nijmegen: V&VN.

van de Ven-Vakhteeva, J., Bor, H., Wetzels, R. B., Koopmans, R. T., & Zuidema, S. U. (2012). The impact of antipsychotics and neuropsychiatric symptoms on the quality of life of people with dementia living in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, 8, 530-538.

Verenso (2008). *Richtlijn Probleemgedrag - met herziene medicatieparagraaf* Utrecht: Verenso.

Wetzels, R. B., Zuidema, S. U., de Jonghe, J. F., Verhey, F. R., & Koopmans, R. T. (2011). Prescribing pattern of psychotropic drugs in nursing home residents with dementia. *Int.Psychogeriatr.*, 23, 1249-1259.

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. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22, 632-638.

Zwijnsen, S. A., Bosmans, J. E., Gerritsen, D. L., Pot, A. M., Hertogh, C. M., & Smalbrugge, M. (2015a). The cost-effectiveness of grip on challenging behaviour: an economic evaluation of a care programme for managing challenging behaviour. *Int.J.Geriatr.Psychiatry*.

Zwijnsen, S. A., Gerritsen, D. L., Eefsting, J. A., Hertogh, C. M., Pot, A. M., & Smalbrugge, M. (2014a). The development of the Grip on Challenging Behaviour dementia care programme. *Int.J.Palliat.Nurs.*, 20, 15-21.

Zwijnsen, S. A., Gerritsen, D. L., Eefsting, J. A., Smalbrugge, M., Hertogh, C. M., & Pot, A. M. (2015b). Coming to grips with challenging behaviour: A cluster randomised controlled trial on the effects of a new care programme for challenging behaviour on burnout, job satisfaction and job demands of care staff on dementia special care units. *Int.J.Nurs.Stud.*, 52, 68-74.

Zwijnsen, S. A., Kabboord, A., Eefsting, J. A., Hertogh, C. M., Pot, A. M., Gerritsen, D. L. & Smalbrugge, M. (2014b). Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes. *Int.J.Geriatr.Psychiatry*, 29, 384-391.

Zwijnsen, S. A., Smalbrugge, M., Eefsting, J. A., Gerritsen, D. L., Hertogh, C. M., & Pot, A. M. (2014c). Grip on challenging behavior: process evaluation of the implementation of a care program. *Trials*, 15, 302.

Zwijnsen, S. A., Smalbrugge, M., Eefsting, J. A., Twisk, J. W., Gerritsen, D. L., Pot, A. M. et al. (2014d). Coming to grips with challenging behavior: a cluster randomized controlled trial on the effects of a multidisciplinary care program for challenging behavior in dementia. *J.Am.Med.Dir.Assoc.*, 15, 531-10.