

Welke sensibiliseringsmethoden zijn het meest effectief in het verbeteren van de pijnbeoordeling bij zorgverleners van ouderen met vergevorderde dementie?

Een aanbod om zorgverleners te informeren en op te leiden in pijnherkenning en -beoordeling.

Basslé Anouk

De Mesmaeker Milena

Vanderstraeten Camille

Bachelorproef voorgedragen tot het behalen van de graad van
Bachelor in de ergotherapie.

Externe promotor: De Bou Veerle

Interne promotor HOGENT: Philips Paul

Academiejaar 2024-2025

1° Examenkans – examenperiode juni

Deze bachelorproef is gemaakt door studenten aan de Hogeschool Gent, ter voltooiing van de bacheloropleiding, bachelor in de ergotherapie. De standpunten die in deze bachelorproef zijn verwoord, zijn louter het persoonlijke standpunt van de vermelde studenten en reflecteren niet noodzakelijkerwijs de mening van de interne en/of externe promotor of het officiële standpunt of het beleid van de Hogeschool Gent.

Gezamenlijk abstract

Nederlands:

Bij ouderen met vergevorderde dementie in woonzorgcentra blijft pijnherkenning een uitdaging. Uit de probleemstelling blijkt dat er verschillende pijnschalen en assessments bestaan om pijn bij ouderen met vergevorderde dementie te herkennen. Uit een voorgaande bachelorproef blijkt dat er een toegankelijk assessment moet worden ontwikkeld. Echter merkten we op dat er eerst bewustzijn moet gecreëerd worden rond het thema pijn bij personen met vergevorderde dementie. De basis voor deze bachelorproef komt hieruit voort en luidt als volgt: hoe zorgverleners gesensibiliseerd kunnen worden rond het cruciaal belang van het tijdig herkennen en signaleren van pijn bij personen met vergevorderde dementie.

Deze studie richt zich op het ontwikkelen van een sensibiliseringsmethode waarbij er rekening wordt gehouden met de noden van de zorgverleners. Er werd onderzocht welke sensibiliseringsmethoden bestaan, wie er betrokken moet worden bij pijnherkenning, welke barrières zorgverleners ervaren bij het gebruiken van sensibiliseringsmethoden en welke impact pijnherkenning kan hebben op de kwaliteit van leven van personen met vergevorderde dementie. Om dit te onderzoeken werd gebruikgemaakt van de SCAMPER en de Small Casestudy. Deze tools werden uitgevoerd bij vijf woonzorgcentra, hieruit verkregen we inzichten uit de werking van de dagelijkse praktijk.

Dankzij de combinatie van het literatuur- en praktijkonderzoek, konden we nauw aansluiten bij de huidige werkwijze van de zorgverleners. Een sterkte van dit onderzoek was dan ook het grote aantal kwalitatieve responsen, wat het mogelijk maakte om vanuit hun perspectief gericht te werken.

Dit praktijkonderzoek leverde zowel een groot aantal kwalitatieve responsen op. Echter bleef de proefperiode van de sensibiliseringsmethoden beperkt tot twee weken. De langetermijneffecten konden hierdoor niet vastgesteld worden en kunnen in vervolgonderzoek onderzocht worden. In toekomstig onderzoek kan ook nog nagegaan worden hoe pijn behandeld kan worden met daarin de nadruk op mentale pijn en de balans tussen farmacologische en niet-farmacologische behandelingen, waarbij ook een toegankelijk assessment kan worden ontwikkeld.

Engels:

Pain recognition remains a challenge in the elderly with advanced dementia in residential care facilities. The problem statement reveals that there are several pain scales and assessments to recognize pain in the elderly with advanced dementia. From previous thesis, it appears that an accessible assessment needs to be developed. However, we noticed that awareness must first be created around the topic pain in persons with advanced dementia. The basis for this thesis stems from this and reads as follows: how caregivers can be sensitized around the critical importance of timely recognition and identification of pain in persons with advanced dementia.

This study focuses on developing a sensitization method that takes into account the needs of caregivers. It examined which sensitization methods exist, who should be involved in pain recognition, what barriers caregivers experience in using sensitization methods and what impact pain recognition can have on individuals with advanced dementia. To investigate this, the tools SCAMPER and Small Casestudy were used. These tools were conducted at five residential care centers, from which we obtained insights from the working of daily practice.

Because of the combination of the literature and practice research, we were able to connect closely to the current working methods of the caregivers. A strength of this research was therefore the large number of qualitative responses, which made it possible to focus on their perspective.

The field study or practice research produced a large number of qualitative responses. However, the trial period of the sensitization methods was limited to two weeks. As a result, the long-term effects could not be determined and can be examined in follow-up research. Future research may also investigate how pain can be treated with an emphasis on mental pain and the balance between pharmacological and non-pharmacological treatments, including the development of an accessible assessment.

Inhoudsopgave

Gezamenlijk abstract.....	2
Inhoudsopgave	4
1 Inleiding: Probleemstelling tot projectplan	9
1.1 Probleemstelling	10
1.1.1 Praktijknood/verbeterpunten	10
1.1.2 Maatschappelijke relevantie	10
1.1.3 Praktische relevantie	11
1.1.4 Ergotherapeutische relevantie	13
1.1.5 Double Diamond.....	14
1.2 Doel en onderzoeksvragen.....	15
1.2.1 Onderzoeksdoel.....	15
1.2.2 Onderzoeksvraag.....	15
1.2.2.1 Deelvragen binnen werkpakket 1: de literatuurverkenning.....	15
1.2.2.2 Deelvragen binnen werkpakket 2: Het onderzoeks- en ontwerpproces.....	16
1.2.2.3 Deelvragen binnen werkpakket 3: conclusie.....	16
1.3 Keuzes toolbox gegevensverzameling.....	17
1.3.1 SCAMPER	17
1.3.2 Small Casestudy	17
1.4 Literatuurlijst bij inleiding	18
2 Individueel werkpakket: Literatuurverkenning.....	20
2.1 Literatuurzoektocht.....	20
2.1.1 Trefwoorden.....	20
2.1.2 Gebruikte databanken.....	21
2.2 Verwerking van de vakliteratuur	22
2.2.1 Welke methoden bestaan er om zorgverleners te sensibiliseren over pijnbeleving?	22
2.2.2 Welke lichamelijke en cognitieve aspecten spelen een belangrijke rol bij het herkennen van pijn bij personen met vergevorderde dementie?	24
2.2.2.1 Pijnherkenning.....	24
2.2.2.2 Signalen van pijn	24
2.2.2.3 Oorzaken van pijn	25
2.2.2.4 Cognitieve en psychologische aspecten van pijn.....	26
2.2.3 Welke barrières ervaren zorgverleners bij het gebruiken van sensibiliseringsmethoden in functie van pijnbeoordeling?	27

2.2.4	Welke disciplines spelen een rol in het herkennen van pijnbeleving en gebruiken van methoden? (Welke rol?)	28
2.2.5	Wat is de impact van verbeterde pijnbeoordeling op de kwaliteit van leven van ouderen met vergevorderde dementie?	30
2.2.5.1	Wat is kwaliteit van leven?	30
2.2.5.2	Impact van pijn op het dagelijks leven bij ouderen met (vergevorderde) dementie	31
2.2.5.3	Behandeling van pijn	31
2.2.6	Hoe kunnen sensibiliseringsmethoden worden afgestemd op de specifieke noden van ouderen met dementie?	32
2.3	Verwerking van de evidence based literatuur	35
2.3.1	Welke methoden bestaan er om zorgverleners te sensibiliseren over pijnbeleving?	35
2.3.2	Welke lichamelijke en cognitieve aspecten spelen een belangrijke rol bij het herkennen van pijn bij personen met vergevorderde dementie?	35
2.3.3	Welke barrières ervaren zorgverleners bij het gebruiken van sensibiliseringsmethoden in functie van pijnbeoordeling?	35
2.3.4	Welke disciplines spelen een rol in het herkennen van pijnbeleving en gebruiken van methoden? (Welke rol?)	36
2.3.5	Wat is de impact van verbeterde pijnbeoordeling op de kwaliteit van leven van ouderen met vergevorderde dementie?	36
2.3.6	Hoe kunnen sensibiliseringsmethoden worden afgestemd op de specifieke noden van ouderen met dementie?	36
2.4	Literatuurlijst bij WP Literatuurverkenning.....	37
3	Gezamenlijk werkpakket: eigen gegevensverzameling (divergeren).....	41
3.1	Inleiding.....	41
3.2	SCAMPER.....	42
3.2.1	Inleiding: wat houdt de tool in?	42
3.2.2	Voorbereiden van de tool.....	42
3.2.3	Rekrutering: bij wie, wanneer en waar werd de tool afgenomen?	44
3.2.4	Afname: Welke gegevens levert de tool op?	45
3.2.4.1	Afname: WZC Seniorenzorg Philippus Neri Eeklo.....	46
3.2.4.2	Afname: WZC Ter Caele	47
3.2.4.3	Afname: WZC Brembloem	48
3.2.4.4	Afname: WZC Bruggenpark	49
3.2.4.5	Afname: WZC Mater Amabilis	50
3.2.5	Samenbrengen van gegevens.....	51
3.3	Small Casestudy.....	55

3.3.1	Inleiding: wat houdt de tool in?	55
3.3.2	Voorbereiden van de tool.....	55
3.3.3	Rekrutering: bij wie, wanneer en waar werd de tool afgenomen?	57
3.3.4	Afname: Welke gegevens levert de tool op?	58
3.3.4.1	Afname: WZC Seniorenzorg Philippus Neri Eeklo.....	59
3.3.4.1.1	Nulmeting	59
3.3.4.1.2	Evolutiemeting	60
3.3.4.2	Afname: WZC Ter Caele	62
3.3.4.2.1	Nulmeting	62
3.3.4.2.2	Evolutiemeting	63
3.3.4.3	Afname: WZC Brembloem	65
3.3.4.3.1	Nulmeting	65
3.3.4.3.2	Evolutiemeting	66
3.3.4.4	Afname: WZC Bruggenpark	68
3.3.4.4.1	Nulmeting	68
3.3.4.4.2	Evolutiemeting	69
3.3.4.5	Afname: WZC Mater Amabilis	71
3.3.4.5.1	Nulmeting	71
3.3.4.5.2	Evolutiemeting	72
3.4	Samenbrengen van gegevens	74
3.4.1	Nulmeting	74
3.4.2	Evolutiemeting	76
3.4.3	Aanpassingen sensibiliseringsmethoden	79
3.5	Literatuurlijst bij WP eigen gegevensverzameling	79
4	Gezamenlijk werkpakket: Analyse tot conclusies van onderzoeks- of ontwerpproces (convergeren) 80	
4.1	Inleiding.....	80
4.2	Analyse van de eigen gegevensverzameling	80
4.2.1	SCAMPER	80
4.2.1.1	Inzichten uit praktijkonderzoek	81
4.2.2	Small Casestudy	82
4.2.2.1	Inzichten uit praktijkonderzoek	82
4.3	Resultaten	84
4.3.1	Conclusies praktijkonderzoek.....	84

4.3.2	Link naar de literatuur	85
4.3.2.1	Effectieve sensibiliseringsvormen	85
4.3.2.2	Multidisciplinaire samenwerking en netwerkbetrokkenheid.....	85
4.3.2.3	Subjectieve aard van pijn en het belang van observatie	86
4.3.2.4	Kloof tussen kennis en toepassing van pijnschalen.....	86
4.3.2.5	Pijnbehandeling: farmacologische versus niet- farmacologische interventies	87
4.3.2.6	Samenwerking met artsen.....	87
4.3.2.7	Casusbesprekingen hebben een impact	87
4.3.2.8	Structurele drempels: tijdstuk en werkbelasting	87
4.3.2.9	Persoonsgerichte zorg als basis voor pijnherkenning	88
4.4	Prioriteiten	89
4.4.1	(Re)frame het probleem.....	89
4.4.2	De mens centraal.....	89
4.4.3	Valideer en onderbouw je ontwerp	90
4.5	Discussiepunten	91
4.6	Aanbevelingen.....	93
4.7	Eindconclusie.....	95
4.8	Literatuurlijst bij WP Analyse tot conclusies van onderzoeks- of ontwerpproces.....	97
5	Afsluitend dankwoord	99
6	Inhoudstafel bijlages	100
7	Bijlagen	101
	Bijlage 1: Projectplan.....	101
	Bijlage 2: Draaiboek SCAMPER.....	106
	Bijlage 3: PowerPointpresentatie SCAMPER.....	109
	Bijlage 4: Eerste opgestelde mail	111
	Bijlage 5: Sjabloon notulist SCAMPER	113
	Bijlage 6: Uitgeschreven versie post-its	115
	WZC Seniorengroep Philippus Neri Eeklo	115
	WZC Ter Caele	118
	WZC Bruggenpark.....	123
	WZC Brembloem	125
	WZC Mater Amabilis.....	128
	Bijlage 7: Pijn Poster	130
	Bijlage 8: Inge vulde fiche pijnmap	131

Bijlage 9: E-learning presentatie (met tekst).....	134
Bijlage 10: Eyecatcher	147
Bijlage 11: Eerste vragenlijst/nulmeting Small Casestudy	148
Bijlage 12: Tweede vragenlijst/evolutiemeting Small Casestudy.....	153
Bijlage 13: Mail afspraken Small Casestudy	167
Bijlage 14: Sjabloon notulist tweede bijeenkomst.....	168
Bijlage 15: Draaiboek Small Casestudy	169
Bijlage 16: Informed consent voor SCAMPER en Small Casestudy	171
Bijlage 17: Informed consent voor Small Casestudy	173
Bijlage 18: Definitieve poster en samenvattende dia	175

1 Inleiding: Probleemstelling tot projectplan

Deze bachelorproef gaat over het sensibiliseren van zorgverleners rond het thema pijn. De zorgverleners werken met de doelgroep ouderen met vergevorderde dementie in woonzorgcentra. Hiervoor gebruiken we de onderzoeksvraag ‘Welke sensibiliseringsmethoden zijn het meest effectief in het verbeteren van de pijnbeoordeling bij zorgverleners van ouderen met vergevorderde dementie?’.

Als basis kregen we een voorgaande bachelorproef met als onderzoeksvraag: ‘Welke onderliggende redenen zijn aanwezig waardoor er weinig tot geen assessments gebruikt worden om pijn te beoordelen bij personen met vergevorderde dementie in woonzorgcentra en welke alternatieven worden toegepast?’. Na het lezen van hun onderzoek is gebleken dat er enkele geschikte assessments bestaan rond pijnbeoordeling, maar die worden in de praktijk niet gebruikt. Voor dit onderzoek is het belangrijk om de zorgverleners die in contact komen met personen met vergevorderde dementie te informeren en sensibiliseren rond pijnherkenning (Eggermont, S., Vanlancker, L., & Van Belle, 2024).

Ouderen met vergevorderde dementie ervaren problemen op vlak van communicatie, waardoor het van belang is dat zorgverleners hier aandacht voor hebben. Zelfrapportage zal bij deze doelgroep niet van toepassing zijn (*Pijn Signaleren Bij Mensen met Dementie*, 2015).

Uit de voorgaande bachelorproef hebben we reeds waardevolle inzichten opgedaan. Deze studie legde de focus op diepgaand literatuuronderzoek en het identificeren van de oorzaken waarom pijnassessments in de praktijk vaak niet worden gebruikt. Voor dit onderzoek verschuift de focus naar het actief betrekken van het werkveld, met als doel zorgverleners bewust te maken van het cruciale belang van het tijdig herkennen en signaleren van pijn (Eggermont et al., 2024).

Met deze bachelorproef wordt gestreefd naar het ontwikkelen van een praktisch product dat zorgverleners ondersteunt en sensibiliseert rond het belang van pijnherkenning en -beoordeling bij ouderen met vergevorderde dementie.

1.1 Probleemstelling

Deze bachelorproef gaat over het sensibiliseren van zorgverleners in woonzorgcentra die werken met de doelgroep ouderen met vergevorderde dementie die pijn beleven. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de onderzoeksvraag: ‘Welke sensibiliseringsmethoden zijn het meest effectief in het verbeteren van de pijnbeoordeling bij zorgverleners van ouderen met vergevorderde dementie?’.

Hieronder wordt er verder ingegaan op de praktijknood/verbeterpunten, maatschappelijke-, praktische- en ergotherapeutische relevantie. Ook wordt in deze probleemstelling de keuze van het Double Diamond model besproken.

1.1.1 Praktijknood/verbeterpunten

Uit een voorgaande bachelorproef blijkt dat pijn bij personen met vergevorderde dementie nauwelijks wordt opgemerkt. De pijn is effectief dagelijks aanwezig bij 50% tot 80% van de desbetreffende personen. Zorgverleners in het werkveld gaven aan dat ze door verschillende redenen de pijn niet kunnen identificeren en aanpakken. Eén van de redenen is dat er onwetendheid is rond het thema pijn, daarom is het aangeraden om zorgverleners aan te sporen hier rekening mee te houden. Dit zal ook de focus zijn doorheen deze bachelorproef. Als toekomstige ergotherapeuten vinden we het belangrijk dat communicatie en herkenning van pijn bij personen met vergevorderde dementie wordt aangepakt om zo de kwaliteit van leven en zorg te verbeteren. Binnen dit project worden concrete producten ontwikkeld om zorgverleners informatie te bieden rond het herkennen en beoordelen van pijn (Eggermont et al., 2024).

Sobot (2024) toonde aan dat pijn sterk onderschat en niet genoeg behandeld werd bij mensen met dementie. Mensen met dementie hebben ook kans op aandoeningen en ook kans op de aanwezigheid van gelijktijdige chronische aandoeningen. Bij eenzelfde aandoening, bijvoorbeeld een heupfractuur of artrose, is het bewezen dat personen met dementie gemiddeld minder pijnstilling krijgen in vergelijking met personen zonder dementie.

Hoewel er voor pijn bij mensen met dementie een overvloed is aan observatie-instrumenten, is er geen standaardmethode en is de klinische bruikbaarheid van dergelijke metingen ook grotendeels nog onbekend (Tagliafico et al., 2024).

1.1.2 Maatschappelijke relevantie

Door de vergrijzing neemt het aantal ouderen wereldwijd toe, met een hoger risico op pijn en dementie. Pijn komt vaker voor bij ouderen, maar blijft door verslechterde verbale communicatie vaak onopgemerkt. Dit vergroot de impact op functionele onafhankelijkheid en sociale participatie. De combinatie van hoge prevalentie en ernstige gevolgen maakt pijn bij ouderen met dementie een belangrijke maatschappelijke- en wetenschappelijke uitdaging. Pijnbeoordeling is complex en vereist observatieschalen volgens nationale en internationale richtlijnen. Een effectieve beoordeling van pijn vraagt om interdisciplinaire samenwerking (Achterberg et al., 2020).

Zo’n 1 op de 3 bewoners binnen een woonzorgcentrum heeft matige tot ernstige pijn. Ouderen met ernstige dementie ervaren meer pijn dan ouderen met een minder ernstige vorm (Achterberg et al., 2020).

Uit studie van McAuliffe et al. (2009) werd aangetoond dat pijn bij ouderen met cognitieve stoornissen vaak niet opgemerkt, verkeerd geïnterpreteerd of onnauwkeurig beoordeeld werden. Vaak konden deze mensen ook niet aangeven hoe ze zich voelden en of ze pijn hadden. De oorzaken van een belemmering voor succesvolle pijnbeoordeling bij mensen met vergevorderde dementie waren gebrek aan erkenning van pijn, gebrek aan voldoende opleiding en/of training, verkeerde diagnose of late diagnose en het niet gebruiken van beoordelingsinstrumenten. Ze gaven in het onderzoek ook al strategieën om die barrières te overwinnen, zoals kennen van de persoon, onderwijs en training, en het gebruik van adequate instrumenten.

Uit de informatie van voorgaande bachelorproef bleek dat zorgverleners in het werkveld vaak ook geen tijd hebben om cliënten nog verder te bevragen rond pijn. Er is een duidelijke maatschappelijke tendens van de stijgende werkdruk en personeelstekort binnen de zorgsector (Eggermont et al., 2024).

Echter kunnen ook technologische hulpmiddelen gebruikt worden om pijn bij personen met dementie te herkennen en aan te pakken. Op vlak van communicatie kan men gebruik maken van tablets en apps die communicatie en sociale interactie aanmoedigen (Hulpmiddelen Bij Dementie, 2024).

Men merkt echter in andere landen, zoals Verenigde Staten, dat ze een grote voorsprong hebben op vlak van technologische hulpmiddelen. Dit toont aan dat er een technologische vooruitgang is, die misschien ooit in België van toepassing zal zijn (Rezaei et al., 2021).

Volgens Nws (2024) bleek dat maar twee op de tien zorgverleners aangeven dat er dagelijks genoeg personeel aanwezig was. Hiervan rapporteerden zeven op de tien zorgverleners een te hoge werkdruk ervaren. De hoge werkdruk had een impact op de zorgverlener zelf, maar ook op de kwaliteit van de zorg. Hierdoor moesten ze soms kiezen tussen kwalitatieve, volledige zorg of het sneller afhandelen ervan.

In de samenleving gaat er steeds meer aandacht naar vroegtijdige detectie, preventieve zorg en informele zorg. Pijn kan een oorzaak zijn van moeilijk verstaanbaar gedrag bij ouderen, wat kan leiden tot agressief gedrag, verzet, agitatie... Waardoor de oudere ook vaak door zorgverleners zal geïsoleerd worden uit de groep. Door de pijnsignalen tijdig te herkennen en in te spelen op hun behoeftes kunnen dergelijke situaties voorkomen worden (Van Der Burg, 2015).

1.1.3 Praktische relevantie

Ouderen met een ernstige vorm van dementie ervaren achteruitgang op verschillende domeinen, waaronder emotioneel, cognitief en lichamelijk vlak. Deze achteruitgang is het gevolg van hersenbeschadigingen en maakt zelfstandig functioneren onmogelijk. Zaken zoals communicatieproblemen en toenemende hulpbehoevendheid zijn kenmerkend (Fases van Dementie | Alzheimer Liga Vlaanderen vzw, z.d.).

Pijn bij ouderen met dementie kan diverse gevolgen hebben, zoals verminderde zelfredzaamheid en achteruitgang van kwaliteit van leven. Gedragssymptomen, zoals depressie, agressie... kunnen ook optreden (Dementie, z.d.).

Naarmate de ziekte evolueert, verliezen mensen communicatieve vaardigheden. Daardoor kunnen ze niet aangeven waar ze pijn ervaren. Gedragsveranderingen, zoals agitatie of agressie, zijn vaak de enige indicatoren van pijn. Deze worden echter niet altijd herkend als pijnsignalen, wat leidt tot een gebrek aan adequate pijnbehandeling (Sobot, 2024).

Het gebruik van meetinstrumenten zoals de PACSLAC-D en PAINAD kan helpen bij het detecteren van pijn bij personen die niet verbaal kunnen communiceren. Training in het gebruik van deze instrumenten is echter essentieel, maar vaak ontbreekt deze op de werkvloer (Sobot, 2024).

Pijn en de oorzaken ervan worden bij de doelgroep ouderen met dementie vaak niet goed herkend en onjuist behandeld. Dit leidt ertoe dat ouderen met cognitieve beperkingen minder opioïden krijgen uit angst voor polyfarmacie (Pijn Signaleren Bij Mensen met Dementie, 2015).

Volgens richtlijnen moet elk zorgteam dat werkt met kwetsbare ouderen beschikken over een goed geschoold, multidisciplinair pijnteam. Toch worden deze richtlijnen slechts matig opgevolgd. Wanneer ze wel worden toegepast, blijkt de koppeling naar effectieve pijninterventies vaak problematisch. Bovendien beschikt niet elke zorginstelling over een interdisciplinair werkend pijnteam (Achterberg et al., 2020).

Er bestaan geen standaardmethoden voor het omgaan met personen met dementie, omdat dit afhangt van persoon tot persoon. Zaken, zoals de situatie, de vorm, het stadium van de ziekte en de persoonlijkheid van de persoon, ... kunnen een invloed hebben. Een belangrijk uitgangspunt is echter dat, ondanks hun beperkingen, ouderen aanspreekbaar blijven en betrokken moeten worden bij hun zorg (Hoe Omgaan met Personen met Dementie? - Regionaal Expertisecentrum Meander, z.d.).

Bij ouderen met vergevorderde dementie is het cruciaal dat zorgverleners actief in contact blijven met de persoon. Een zorgverlener kan niet zomaar verwachten dat alle signalen of behoeften vanzelf door de oudere worden geuit. Communicatie blijft een uitdagend aspect van de zorg (Omgaan met Dementie | Alzheimer Liga Vlaanderen vzw, z.d.).

Een effectieve aanpak bij de zorg voor personen met dementie benadrukt triadisch werken. Dit houdt in dat er een optimale samenwerking is tussen het multidisciplinair team, de persoon met dementie en hun naasten. Binnen het team is goede communicatie essentieel om expertise te delen en een helder beeld te krijgen van de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de persoon met dementie (Van Ingelgom, S., Spruytte, N., Sevenants, A., & Van Audenhove, C., 2018).

Voor de opname in een woonzorgcentrum is een patiëntgerichte aanpak noodzakelijk, waarin de waarden, behoeften en voorkeuren van de persoon en hun mantelzorgers worden meegenomen. Een interdisciplinaire teambenadering biedt de beste voorbereiding op een behandelplan dat zowel de persoon informeert als de meest effectieve zorgverleners betreft bij het pijnbestrijdingsplan (Achterberg et al., 2020).

Met deze bachelorproef wordt beoogd zorgverleners attent te maken op het belang van een correcte pijnherkenning en -beoordeling. Het is belangrijk om methoden en informatie aan te reiken waarmee zij actief mee aan de slag kunnen gaan in het werkveld.

1.1.4 Ergotherapeutische relevantie

Het beleven van pijn heeft een invloed op het functioneren van ouderen met dementie, met als gevolg een lagere kwaliteit van leven. De ergotherapeut streeft naar het verbeteren van de kwaliteit van leven, waarop pijn een directe en negatieve invloed kan hebben. Hiervoor is pijnherkenning zeer belangrijk. Pijn is moeilijk om te achterhalen bij mensen met vergevorderde dementie, echter vinden we dat dit thema voor elke gezondheidszorgmedewerker van belang is.

Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat ergotherapeutische interventies de kwaliteit van leven van mensen met dementie kunnen verbeteren. Dementie is de meest voorkomende oorzaak van opname in zorginstellingen en na een opname daalt de levenskwaliteit bij mensen met dementie. Uit onderzoek blijkt dat pijnbestrijding bij mensen met vergevorderde dementie hun kwaliteit van leven verbetert (Georgiadis et al., 2022).

Ergotherapeuten observeren het gedrag en functioneren van cliënten. Ze beschikken over de competenties om kwaliteitsvolle observaties uit te voeren. Echter zijn ergotherapeuten te weinig gespecialiseerd in het signaleren van pijn. Naarmate de cliënt beter gekend is, wordt het herkennen van pijn makkelijker. Als ergotherapeut sta je tussen verschillende disciplines van het zorgteam. Dit zorgt ervoor dat zij een brugfunctie vervullen en pijnsignalen beter kunnen communiceren naar andere disciplines. Dit werkt natuurlijk ook in de omgekeerde richting. Communicatie is echter een belangrijke competentie dat ook beschreven staat in het beroepsprofiel van ergotherapeuten. Het is dus de plicht van ergotherapeuten om te kunnen communiceren op een verbale, non-verbale of schriftelijke manier en via deze weg de pijnsignalen te herkennen (Ergotherapie Vlaanderen, 2018).

Naast een goede communicatie met de cliënt is het ook belangrijk om nauw contact en een goede samenwerking te hebben met het cliëntensysteem. Vaak zullen naasten van de ouderen met dementie signalen makkelijker herkennen. Het is dus van belang dat de ergotherapeut een vertrouwensband opbouwt met de naasten, om meer informatie te verkrijgen en zo pijn aan te pakken (*Pijn Signaleren Bij Mensen met Dementie*, 2024).

Binnen het takenpakket van ergotherapeuten hoort ook het afnemen van assessments en het toepassen van methodieken. Algemeen wordt er aangeleerd wat assessments zijn, maar elk assessment vergt een specifieke aanpak. Er bestaan kwaliteitsvolle assessments om pijn vast te stellen bij ouderen met vergevorderde dementie, maar deze zijn vaak onvoldoende gekend en niet geïmplementeerd.

1.1.5 Double Diamond

Deze bachelorproef legt de focus op diamant twee, bestaande uit de develop- en deliver fase. Hiervoor wordt de focus gelegd op het ontwikkelen van innovatieve oplossingen voor de zorg- en welzijnscontext. De developfase bestaat uit twee delen, namelijk de ideationfase en de prototyping. In de ideationfase worden er goede ideeën gegenereerd, om daarmee dan in de prototyping aan de slag te kunnen gaan. In de fase van prototyping worden de ideeën concreet gemaakt, zodat ze getest kunnen worden in de praktijk. In de ideationfase gaan ideeën verzameld worden over de verschillende sensibiliseringsmethoden om zorgverleners attent te maken op pijn. In de prototyping fase gaan de belangrijkste methoden concreet worden gemaakt. Doorheen de develop fase zal ook contact opgenomen worden met zorgverleners in het werkveld om de meest relevante methoden uit te werken. Vervolgens zal bij de tweede fase, namelijk de deliver fase, de ontworpen methoden naar de praktijk gebracht worden. Dit zal gebeuren door bruikbare methoden aan te bieden aan professionals binnen woonzorgcentra. Hiervoor zal een holistische en context gebonden kijk van belang zijn (van 't Veer et al., 2023, pp. 107-143).

Er wordt gewerkt op diamant twee omwille van verschillende redenen. Eerst en vooral wordt er toegewerkt naar een concreet product, waarbij er een daadwerkelijke impact op het werkveld wordt beoogd. Deze bachelorproef is gebaseerd op voorgaand onderzoek dat zich gericht heeft op diamant één. Uit dit onderzoek en de resultaten ervan wordt verder gewerkt. Verder wordt ingezet op het sensibiliseren en informeren van zorgverleners. De kern van diamant twee ligt op ontwikkelen en implementeren, dit wordt nagestreefd aan de hand van concrete tools en oplossingen. Het algemene doel is om ruwe ideeën om te zetten in concrete en bruikbare oplossingen. Ook zorgt diamant twee ervoor dat de oplossingen getest en gevalideerd worden, waardoor de bruikbaarheid van het product in kaart kan gebracht worden. Er wordt gestreefd naar een gezamenlijke oplossing die de kwaliteit van zorg en het welzijn van ouderen met vergevorderde dementie in een woonzorgcentrum verbetert.

1.2 Doel en onderzoeksvragen

1.2.1 Onderzoeksdoel

Deze bachelorproef heeft als doel om effectieve sensibiliseringsmethoden te ontwikkelen die zorgverleners in woonzorgcentra ondersteunen om pijn bij ouderen met vergevorderde dementie te herkennen.

Om dit te realiseren wordt er gebruik gemaakt van de tools SCAMPER en Small Casestudy. Er wordt gestreefd om bewustzijn te creëren over het belang van pijnherkenning binnen de zorgteams. Ook wil dit onderzoek haalbare hulpmiddelen aanreiken die kunnen geïntegreerd worden in de dagelijkse praktijk. Op die manier wordt gehoopt een positieve impact te creëren op de kwaliteit van leven van de ouderen met vergevorderde dementie.

1.2.2 Onderzoeksvraag

Welke sensibiliseringsmethoden zijn het meest effectief in het verbeteren van de pijnbeoordeling bij zorgverleners van ouderen met vergevorderde dementie?

P(atiënt)	Zorgverleners van ouderen met een vergevorderde dementie
I(nterventie)	Sensibiliseren
C(omparison)	/
O(utcome)	Betere pijnbeoordeling

1.2.2.1 Deelvragen binnen werkpakket 1: de literatuurverkenning

Deelvraag:	Uitwerking door:
Welke methoden bestaan er om zorgverleners te sensibiliseren over pijnbeleving?	Anouk
Welke lichamelijke en cognitieve aspecten spelen een belangrijke rol bij het herkennen van pijn bij personen met vergevorderde dementie?	Camille
Welke barrières ervaren zorgverleners bij het gebruiken van sensibiliseringsmethoden in functie van pijnbeoordeling?	Milena
Welke disciplines spelen een rol in het herkennen van pijnbeleving en gebruiken van methoden? (Welke rol?)	Anouk
Wat is de impact van verbeterde pijnbeoordeling op de kwaliteit van leven van ouderen met vergevorderde dementie?	Camille
Hoe kunnen sensibiliseringsmethoden worden afgestemd op de specifieke noden van ouderen met dementie?	Milena

1.2.2.2 Deelvragen binnen werkpakket 2: Het onderzoeks- en ontwerpproces

- Welke uitdagingen verwachten zorgverleners bij het toepassen van de sensibiliseringstool? Hoe kunnen deze overwonnen worden?
- Welke criteria vinden hulpverleners relevant bij sensibiliseringsmethode zodat die effectief en relevant is?
- Wat zijn de korte termijn- en langetermijneffecten van sensibiliseringsinterventies op de zorgkwaliteit?
- Welke innovatieve elementen kunnen worden geïntegreerd in nieuwe sensibiliseringsmethoden? Bijvoorbeeld: technologie of blended learning.

1.2.2.3 Deelvragen binnen werkpakket 3: conclusie

- Hoe kan ervoor gezorgd worden dat de ontwikkelde sensibiliseringsmethode kan overgedragen worden naar andere woonzorgcentra?
- Hoe kan de duurzaamheid van de ontworpen sensibiliseringsmethoden worden gewaarborgd in de dagelijkse praktijk?
- Hebben de gekozen tools bijgedragen aan het bereiken van het onderzoeksdoel?
- Wat zijn de beperkingen van ons onderzoek en hoe kunnen toekomstige projecten deze aanpakken?
- Welke inzichten werden er opgedaan over de effectiviteit van de gebruikte ontwikkel- en implementatiemethoden?

1.3 Keuzes toolbox gegevensverzameling

Om deze bachelorproef te kunnen vormgeven werd er beslist om een multidisciplinair team te bevragen. De focus werd gelegd op een team dat werkzaam is bij ouderen met vergevorderde dementie. Met de gekozen tools, SCAMPER en Small Casestudy, werd beoogd om ideeën te verzamelen om de sensibiliseringsmethoden vorm te geven. De tool SCAMPER werd vooral gebruikt om out of the box informatie en ideeën te verzamelen. Hierna werden prototypes van sensibiliseringsmethoden uitgewerkt, om deze aan te reiken in het werkveld. Om deze methoden te evalueren werd er gebruik gemaakt van de tool Small Casestudy. Hier werd nagegaan of de sensibiliseringsmethoden effectief is en een invloed heeft op het gewenste resultaat.

1.3.1 SCAMPER

Deze tool is relevant voor de onderzoeksvraag, aangezien er moet nagedacht worden vanuit verschillende perspectieven. Het is een methode om los te komen van bestaande probleemoplossingen. Het maakt gebruik van een paar vragen om een bestaande oplossing te veranderen. Het is eenvoudiger om vanuit iets bestaands te vertrekken, dan vanuit iets compleet nieuw. Het is dus een laagdrempelige manier om ideeën te creëren. Een multidisciplinair team dacht out of the box na over nieuwe oplossingen van vaak al oude problemen. Deze tool werd afgenomen bij multidisciplinaire teams, omdat zij ervaring hebben in het werkveld en hiermee later aan de slag gaan. De SCAMPER werd afgenomen in hun werkcontext, zodat de groep zich veilig voelde in hun omgeving en omdat ze ook kritisch moesten nadenken over hun eigen gedrag. Bij deze tool was het de bedoeling dat er nagedacht werd over oplossingen vanuit een al bestaand frame. Er bestaan assessments en methoden voor pijnbeoordeling, maar ze worden te weinig toegepast en vaak is er te weinig aandacht voor. Op deze manier kunnen ze bewust worden van het probleem en krijgen wij handvaten om geschikte methoden aan te reiken (van 't Veer et al., 2023, pp. 232-236).

Het team heeft verder nagedacht over de tekorten van bestaande sensibiliseringsmethoden en assessments. Zo kon er worden nagegaan of er mogelijke oorzaken zijn voor het niet gebruiken van bestaande assessments of methoden. Zo kon er aan de hand van hun inbreng nagegaan worden of er hier zaken kunnen veranderd worden en of er nood is aan vernieuwing of verandering, zodat er wel meer gebruik wordt gemaakt van tools en/of assessments.

1.3.2 Small Casestudy

In de deliver fase zal er een concreet product moeten worden aangeboden. Via de Small Casestudy konden de prototypes aangeboden worden aan multidisciplinaire teams. Er werd nagegaan of er met de sensibiliseringsmethoden rekening gehouden werd. Voor het aanbieden van de prototypes werden de teams bevroegd om zo een nulmeting te verkrijgen. Nadat de prototypes werden aangeboden, werden de teams nog eens op dezelfde manier bevroegd als tijdens de nulmeting. Op die manier werd duidelijk of het een invloed heeft gehad op de multidisciplinaire teams. De gegevens van de twee metingen konden vergeleken en geanalyseerd worden. Op deze manier kon het prototype ook getest worden en konden er nog aanpassingen doorgevoerd worden indien nodig. Er werd een zicht gecreëerd op de effectiviteit en de praktische toepasbaarheid (van 't Veer et al., 2023, pp. 272-276).

1.4 Literatuurlijst bij inleiding

Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A., & Herr, K. (2020). Pain in dementia. *PAIN Reports*, 5(1), e803. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000803>

Achterberg, W. P., De Waal, M. W. M., Cheuk-A-Lam-Balrak, J. M. J. J., Crutzen-Braaksma, P., Van Dalen-Kok, A., Van Dam, P., De Knegt, N. C., Van Kooten, J., Lobbezoo, F., Smaling, H. J. A., Sprenger, G. P., Van Der Steen, J. T., De Vries, C. N. J., Zwakhalen, S. M. G., Smalbrugge, M., & Oosterman, J. M. (2022). Pijn en neurocognitieve stoornissen: stand van zaken en de weg nog te gaan. *Tijdschrift Voor Gerontologie en Geriatrie*. <https://doi.org/10.36613/tgg.1875-6832/2022.04.04>

Dementie. (z.d.). *Beoordeling van pijn bij dementie*. Richtlijnendatabase. Geraadpleegd op 21 november 2024, van https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/dementie/dementie_als_comorbiditeit_in_het_ziekenhuis/beoordeling_van_pijn_bij_dementie.html

Eggermont, S., Vanlancker, L., & Van Belle, L. (2024). *Welke onderliggende redenen zijn aanwezig waardoor er weinig tot geen assessments gebruikt worden om pijn te beoordelen bij personen met vergevorderde dementie in woonzorgcentra en welke alternatieven worden toegepast?* [Bachelorscriptie, Hogeschool Gent]. Gent: s.n. https://thesis.hogent.be/2023-2024/1117_202076743_PBA-ERGO_scriptie.pdf

Ergotherapie Vlaanderen vzw. (z.d.). *Ergotherapie.be*. Geraadpleegd op 21 november 2024, van <https://ergotherapie.be/NL/>

Fases van dementie | Alzheimer Liga Vlaanderen vzw. (z.d.). *Alzheimer Liga Vlaanderen*. Geraadpleegd op 21 november 2024, van <https://www.alzheimerliga.be/wat-is-dementie/fases-van-dementie>

Georgiadis, T., Katsouri, I. G., Tsorbatzoudis, C., & Tsolaki, M. (2022). Systematic review of home-based occupational therapy interventions to improve the quality of life of people with moderate and severe dementia and their caregivers. *Health Psychology Research*, 15(1), 14–26. http://prime.uth.gr/papers/vol15_2022/Georgiadis,%20Katsouri,%20Tsorbatzoudis%20&%20Tsolaki.pdf

Hoe omgaan met personen met dementie? - Regionaal expertisecentrum Meander. (z.d.). *Regionaal Expertisecentrum Meander*. Geraadpleegd op 21 november 2024, van <https://www.dementie.be/meander/dementie/hoe-omgaan-personen-dementie/>

McAuliffe, L., Nay, R., O'Donnell, M., & Fetherstonhaugh, D. (2008). Pain assessment in older people with dementia: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 2–10. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04861.x>

Omgaan met dementie | Alzheimer Liga Vlaanderen vzw. (z.d.). *Alzheimer Liga Vlaanderen*. Geraadpleegd op 21 november 2024, van <https://www.alzheimerliga.be/omgaan-met-dementie>

OPEN AI. (2024). *CHATGPT* (21 november versie) [Generative AI]. <https://chatgpt.com/>

Pijn signaleren bij mensen met dementie. (2024, 3 oktober). *Zorg voor Beter*. Geraadpleegd op 21 november 2024, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/dementie/leven-met-dementie/pijn-signaleren>

Pijn signaleren bij mensen met dementie. (2015, 31 oktober). Zorgvoorbeter_NL. <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/dementie/leven-met-dementie/pijn-signaleren>

Rezaei, S., Moturu, A., Zhao, S., Prkachin, K. M., Hadjistavropoulos, T., & Taati, B. (2021, 8 januari). Unobtrusive pain monitoring in older adults with dementia using pairwise and contrastive training. *arXiv*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2101.03251>

Sobot, K. (2024). Pijn bij dementie: een onderschat probleem. *Nursing*, 30(2), 50–55. <https://doi.org/10.1007/s41193-024-1126-y>

Tagliafico, L., Maizza, G., Ottaviani, S., Muzyka, M., Rovere, F. D., Nencioni, A., & Monacelli, F. (2024). Pain in non-communicative older adults beyond dementia: a narrative review. *Frontiers in medicine*, 11, 1393367. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1393367>

Van Der Burg, J. (2015). Multidisciplinaire richtlijn chronische pijn bij dementerenden. *De Verpleegkundig Specialist*, 10(1), 8–12. <https://doi.org/10.1007/s40884-015-0004-6>

Van Ingelgom, S., Spruytte, N., Sevenants, A., & Van Audenhove, C. (2018). *Kwaliteitsindicatoren kwaliteit van leven en zorg voor personen met cognitieve problemen, waaronder voornamelijk dementie, die verblijven in een woonzorgcentrum*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. https://kuleuven.limo.libis.be/discovery/search?query=any,contains,LIRIAS3153042&tab=LIRIAS&search_scope=lirias_profile&vid=32KUL_KUL:Lirias&offset=0&lang=en

van 't Veer, J., Wouters, E., Veeger, M. & van der Lugt, R. (2023). *Ontwerpen voor zorg en welzijn*. Uitgeverij Coutinho.

2 Individueel werkpakket: Literatuurverkenning

2.1 Literatuurzoektocht

2.1.1 Trefwoorden

Nederlandstalige trefwoorden	Engelstalige trefwoorden
Personen met vergevorderde dementie	Persons with advanced dementia
Pijn	Pain
Pijn herkenning	Pain recognition
Beoordeling	Assessment- rating
Methoden	Methods
Zorgverleners	Caregivers
Pijnschalen	Pain scales/ pain assessments
Multidisciplinaire samenwerking	Multidisciplinary collaboration
Sensibiliseringsmethodieken	Sensitize methods
Gevolgen	Consequences
Lichamelijke aspecten	Physical aspects
Kwaliteit van leven	Quality of life
Pijnbehandeling	pain management- treatment
Pijn kenmerken	Pain characteristic
Barrière/obstakel/hindernis	Barrier/obstacle/hindrance

2.1.2 Gebruikte databanken

In het kader van dit onderzoek werden er verschillende informatiekanaalen geraadpleegd. Het meest gebruikte informatiekanaal was: Google Scholar, voor zowel wetenschappelijke literatuur als vakliteratuur. Daarnaast werden ook algemene websites, zoals Verenso, Alzheimer Liga, Expertisecentrum dementie Vlaanderen, Richtlijndatabase Federatie Medische Specialisten en Zorgverbeterer geraadpleegd voor aanvullende vakliteratuur en richtlijnen. Voor de wetenschappelijke en evidence based literatuur waren de meest gebruikte informatiekanaalen: PubMed, Springerlink en Ebpracticenet.

Databanken, zoals Gezondheid en wetenschap en Cochrain Library werden ook vaak gebruikt om gegevens te verzamelen, echter werd hier een beperkt aantal relevante resultaten gevonden in functie van ons onderzoek over pijnherkenning bij ouderen in een woonzorgcentrum met vergevorderde dementie.

Via de bovenstaande databanken werd gezocht met behulp van verschillende zoekstrings, opgebouwd uit verschillende trefwoorden. Daarnaast werden er bij de verschillende informatiekanaalen filters toegepast, zoals publicatiedatum en type artikel.

2.2 Verwerking van de vakliteratuur

De bachelorproef heeft als doel om na te gaan welke methoden effectief zijn om zorgverleners te sensibiliseren voor pijnherkenning en -beoordeling bij ouderen met vergevorderde dementie. Uit verschillende onderzoeken kan men concluderen dat pijnbehandeling en -herkenning bij ouderen met vergevorderde dementie niet gebeurt zoals het zou moeten (W. Achterberg, 2008). Dit kan verschillende oorzaken hebben.

Deze literatuurstudie zal verder ingaan op de pijnbeleving van personen met vergevorderde dementie en de bestaande methoden, om zorgverleners die werken met deze doelgroep te sensibiliseren rond pijn. Dit zal een betere (h)erkenning en behandeling van pijn met zich meebrengen.

2.2.1 Welke methoden bestaan er om zorgverleners te sensibiliseren over pijnbeleving?

Zorgverleners sensibiliseren over pijnbeleving bij mensen met gevorderde dementie vereist een gerichte en multidimensionale aanpak. Interactieve scholing, mentoring en multidisciplinaire samenwerking zijn hierin cruciale pijlers. Onderzoek toont aan dat verpleegkundigen in diverse zorgomgevingen, zoals woonzorgcentra en ziekenhuizen, uiteenlopende uitdagingen ervaren bij pijnbestrijding. Daarom is het van belang om methoden te combineren die zowel kennisvergroting als gedragsverandering stimuleren (De Witt Jansen et al., 2016).

Een uitgangspunt is interactieve scholing, aangevuld met case-based leren en mentoring. Deze benaderingen helpen zorgverleners om theoretische kennis te vertalen naar de praktijk en beter in te spelen op de complexe zorgbehoeften van patiënten met dementie in de laatste levensfase. Mentoring tussen de zorgverleners is een belangrijk aspect van praktijkontwikkeling, waarbij supervisie, klinische coaching en het delen van praktijkervaringen bijdragen aan verbeterde pijnherkenning en -management. Daarnaast tonen studies aan dat regelmatige reflectie op casussen en intervisie zorgverleners helpt om gevoeliger te worden voor subtiele signalen van pijn en deze adequater te behandelen (De Witt Jansen et al., 2016).

Een tweede cruciale component is het gebruik van gevalideerde observatieschalen zoals PAINAD, REPOS en PACSLAC-D. De instrumenten zijn vooral waardevol voor patiënten die hun pijn niet verbaal kunnen uiten. De PAIC15 is een specifiek observatie-instrument dat zorgverleners ondersteunt bij het herkennen van vijftien pijnsignalen, onderverdeeld in gezichtsuitdrukkingen, lichaamsbewegingen en stemgeluiden. De implementatie van deze tools vereist training en regelmatige evaluatie om de effectiviteit te waarborgen. Een succesvolle implementatie van dergelijke meetinstrumenten vereist niet alleen scholing, maar ook een duidelijke strategie binnen de zorginstelling. Daarom is noodzakelijk dat er ondersteuning is vanuit het management en dat er voldoende tijd en middelen worden vrijgemaakt voor de zorgverleners om deze methoden correct toe te passen (*Dementie*, z.d.-b).

Hoewel een duidelijke strategie en managementondersteuning essentieel zijn voor de implementatie van observatie-instrumenten, blijkt in de praktijk dat dit alleen niet volstaat. Het succesvol implementeren van pijninterventies zoals de PAIC15 vereist een duidelijke strategie. Dit omvat training, monitoring en regelmatige evaluatie van het gebruik. Het is essentieel om zorgverleners actief te betrekken en hen te ondersteunen bij het overwinnen van eventuele weerstand. In de praktijk blijkt dat

sommige zorgverleners sceptisch staan tegenover nieuwe meetinstrumenten, omdat ze vertrouwen op hun intuïtie en ervaring bij het herkennen van pijn. Dit onderstreept het belang van voortdurende educatie en feedbackmechanismen, waarbij zorgverleners kunnen reflecteren op hun ervaringen en successen. Structurele evaluaties dragen bij aan een continue verbetering van pijnherkenning en -behandeling en zorgen ervoor dat nieuwe methoden niet alleen geïntroduceerd, maar ook blijvend geïntegreerd worden in de dagelijkse zorgpraktijk (*E-Training NL / PAIC 15*, z.d.).

Multidisciplinaire samenwerking speelt eveneens een sleutelrol. De relatie tussen verpleegkundigen en artsen heeft een directe invloed op de effectiviteit van pijnbestrijding. Multidisciplinaire pijnteam, zoals de 'Chronische Pijn Support Teams', ontwikkelen richtlijnen, bieden educatie en ondersteunen zorgverleners bij complexe pijnproblematiek. Daarnaast is het betrekken van mantelzorgers en verzorgenden van groot belang, aangezien zij vaak als eersten signalen van pijngedrag opmerken. Mantelzorgers kunnen waardevolle informatie geven over gedragsveranderingen die kunnen wijzen op pijn, en het structureel betrekken van familieleden in de zorg kan bijdragen aan een betere pijnherkenning en -behandeling (Verenso, 2016).

Regelmatige educatie over medicamenteuze en niet-medicamenteuze pijnbehandeling is ook een cruciale factor. Dit omdat het kan zorgen voor een beter begrip van pijnmanagement en de risico's van over- of onderbehandeling. De WHO-pijnladder wordt hierbij gebruikt als leidraad, met specifieke aandacht voor veilige pijnmedicatie bij kwetsbare ouderen. Farmacologische bijscholing helpt zorgverleners om beter onderbouwde beslissingen te nemen over pijnbestrijding en draagt bij aan een verbeterde kwaliteit van leven voor patiënten. Echter, gezien de gevoeligheid van ouderen voor bijwerkingen van medicatie, is er ook een sterke nood aan training in niet-medicamenteuze interventies zoals fysiotherapie, ergotherapie en psychologische ondersteuning, die bijdragen aan een holistische aanpak van pijnbestrijding (Verenso, 2016).

Tot slot vereist sensibilisering over pijnbeleving te gebeuren over een hele organisatie. E-learningmodules, workshops en methodes zoals STA OP! kunnen zorgverleners individueel versterken, maar blijvende impact vraagt om een werking waarin pijnherkenning centraal staat. De zorgmethode STA OP! helpt zorgverleners bij het analyseren van gedrag en het identificeren van pijn als onderliggende oorzaak. Dit leidt tot een verbeterde aanpak van zowel pijn als probleemgedrag bij mensen met dementie. Zorgverleners die deze methode toepassen, voelen zich competent en zekerder in het omgaan met complex gedrag, waardoor de algehele zorgkwaliteit verbetert. Daarnaast ondersteunen e-learningmodules, workshops en wetenschappelijke publicaties zorgverleners bij het verkrijgen van diepgaand inzicht in pijnbeleving en pijnmanagement. Online-trainingen maken het mogelijk om flexibel en op eigen tempo kennis op te doen over de nieuwste inzichten in pijnherkenning en -behandeling (STA OP! - UNO Amsterdam, 2024; *Rapport "Aanpak van Chronische Pijn in België"*, 2024).

Kortom, effectieve sensibilisering gebeurt niet via één enkele methode, maar via het combineren van interactieve scholing, systematische pijnbeoordeling, multidisciplinaire samenwerking en continue evaluatie. Op die manier kunnen zorgverleners beter worden gesensibiliseerd over pijnbeleving. Dit draagt niet alleen bij aan een verhoogd bewustzijn, maar ook aan een verbeterde zorgkwaliteit voor patiënten met pijn. Om een blijvende impact te realiseren, is het essentieel dat pijnherkenning en -management niet alleen als een individuele verantwoordelijkheid van zorgverleners wordt beschouwd, maar als een fundamenteel onderdeel van de organisatiecultuur binnen zorginstellingen. Door structurele ondersteuning, beleidsmatige verankering en een blijvende investering in educatie kunnen

deze methoden duurzaam worden geïntegreerd in de dagelijkse praktijk en zo bijdragen aan een betere zorg voor kwetsbare patiënten.

2.2.2 Welke lichamelijke en cognitieve aspecten spelen een belangrijke rol bij het herkennen van pijn bij personen met vergevorderde dementie?

2.2.2.1 Pijnherkenning

Pijn kan het gevolg zijn van dementie, maar het kan ook andere oorzaken hebben. Het kan ontstaan door, bijvoorbeeld pijnlijke aandoeningen, zoals gebitsproblemen, ontstekingen, (bot)breuken... Over het algemeen merken onderzoekers dat zorgverleners of naasten het lastig vinden om te bepalen of de oudere met dementie pijn heeft en waar hij precies last heeft. Dit kan problemen en gevolgen met zich meebrengen (Pijn Signaleren Bij Mensen met Dementie, 2015).

Ouderen met dementie die te kampen hebben met pijn kunnen, bijvoorbeeld te maken hebben met gedragsverandering. Deze verandering in hun gedrag kan leiden tot een grotere belasting voor hulpverleners, maar ook familieleden of derden van de oudere met dementie. Wat een groot impact kan hebben op de dagelijkse werking van het woonzorgcentrum. Door pijn bij ouderen met dementie beter te (h)erkennen, zorgt dit ervoor dat de zorgverleners de oorzaak van de pijn kunnen achterhalen. Deze oorzaken zijn vaak een verklaring voor veranderingen in het gedrag van de oudere met dementie (Sobot, 2024).

Dit is echter gemakkelijker gezegd dan gedaan. De pijn die ouderen met dementie ervaren, wordt vaak niet herkend. Niet alleen zal de pijnprikkel anders verwerkt worden, maar de ouderen kunnen de pijn vaak niet meer verbaal uiten. Dit is het gevolg van de toestand waarin de oudere verkeert. Echter blijft het belangrijk om dit te blijven ondervragen. Elke cliënt is uniek en soms zullen ze toch op één of andere manier kunnen aangeven of ze pijn hebben en waar deze pijn zich bevindt. We kunnen hierbij denken aan een knik of wijzen naar een lichaamsdeel (Sobot, 2024).

Pijn is dus moeilijk om te achterhalen, maar het is niet onmogelijk. Echter bestaan er tools die pijnherkenning proberen te vergemakkelijken. Er bestaan assessments, zoals de PACSLAC, PAINAD, ... Ook bestaan er zelfrapporterende pijnschalen, bijvoorbeeld de NRS en observatieschalen. Echter werd het doorheen een onderzoek duidelijk dat deze heel weinig tot niet gebruikt worden in de praktijk en dit verschillende oorzaken kan hebben, zoals tijdsgebrek (Bellman, 2023).

2.2.2.2 Signalen van pijn

Het herkennen van pijn blijft heel subjectief en afhankelijk van persoon tot persoon. Niet alle ouderen met vergevorderde dementie zullen pijn op dezelfde manier ervaren en uiten. Ook zijn er verschillende signalen waaraan pijn herkend kan worden. Hiervoor is een individuele benadering van de zorgverleners van groot belang.

Volgens Sobot (2024) kunnen minder bewegen, slechter eten en slapen een gevolg zijn van pijn. Ook een versterking van bestaande psychische problematieken kunnen veroorzaakt worden door pijn. We kunnen hierbij denken aan toenemende somberheid en depressieve stemming, oplevende hallucinaties en wanen bij bekende psychotische stoornissen...

Dergelijke gevolgen kunnen verder evolueren tot gedragsproblemen. We kunnen hierbij denken aan ongebruikelijke agressie of teruggetrokkenheid. Zoals eerder vermeld, zal pijn vaak gedragsveranderingen met zich meebrengen. Veranderingen in gedrag kunnen ook progressief ontstaan, het zal niet altijd plotseling opkomen. Dergelijke veranderingen kunnen zaken zijn, zoals boosheid, verdriet, onrustigheid of angst. Dit zijn indicatoren die kunnen wijzen op ongemak. Echter is dat niet exclusief, het is niet omdat uw bewoner gedragsverandering vertoont dat hij rechtstreeks te kampen heeft met pijn. Wel blijft dit een belangrijke indicator (Pijn, z.d.).

Echter kan pijn naast gedragsveranderingen en/of gedragsproblemen, ook lichamelijke veranderingen met zich meebrengen. Gezichtsuitdrukkingen, zoals fronsen, het vernauwen van de ogen of het optrekken van de bovenlip, scheel kijken, blozen, een rood gezicht, ... kunnen ook wijzen op pijn. Specifieke lichaamsbewegingen, zoals verstarren, het aannemen van een beschermende houding, krabben of wrijven over bepaalde lichaamsdelen kunnen indicatoren zijn voor pijn. Ook kunnen stemgeluiden, zoals kreunen, mompelen, klagen, schreeuwen of woorden verbonden aan pijn, zoals auw, oef, ... een indicatie zijn voor het ervaren van pijn. Bij ouderen met dementie kan er echter sprake zijn van veranderde pijnervaringen. Iets dat gisteren pijnlijk was, kan nu anders ervaren worden. Hier moet men aandacht voor hebben en dit vereist een goede observatie. Zodat een goede behandeling op maat gegeven kan worden. Echter zullen veel ouderen met dementie psychofarmaca krijgen in de plaats van een goede pijnbehandeling. Psychofarmaca kan de pijn maskeren, maar dit zal de pijn niet wegnemen (Pijn, z.d.).

Veel voorkomende oorzaken voor het aanbieden van medicatie is wanneer de oudere met dementie weerstand biedt tegen zorgtaken en/of als er een tekort is aan efficiënte observaties van de zorgverleners. Weerstand tegen zorgtaken kan zich uiten door, bijvoorbeeld niet aangeraakt willen worden, geïrriteerd reageren, contact met mensen ontlopen of alleen willen zijn. Dergelijke signalen kunnen ook wijzen op pijn. Over het algemeen is er nood aan het herkennen van de signalen die kunnen wijzen op pijn, zodat de oorzaak ervan gevonden kan worden. Dit zal zorgen voor een pijnbehandeling op maat van de oudere met dementie (A.07. Pijn Herkennen Als Je Zorgbehoevende het Zelf Niet Aan Kan Geven (31/01/2019) - dementieathome.be, 2021).

2.2.2.3 Oorzaken van pijn

Pijn kan veroorzaakt worden door interne factoren, zoals een ontsteking, slecht zittend gebit, ingegroeide teennagels, maar ook door externe factoren. Strakzittend kleding, knellende sloffen of schoenen, strakke haarbanden, ... kunnen externe prikkels zijn die leiden tot pijn. Specifiek kunnen dat bronnen van irritatie of ongemak zijn. De oudere met dementie weet niet altijd van waar de prikkel vandaan komt en hoe dit opgelost kan worden. De prikkel kan verder in pijn evolueren en zolang de prikkel blijft bestaan, zal de pijn toenemen (A.07. Pijn Herkennen Als Je Zorgbehoevende het Zelf Niet Aan Kan Geven (31/01/2019) - dementieathome.be, 2021).

De interne factoren kunnen ook het gevolg zijn van andere aandoeningen of problematieken waarmee de oudere met dementie te kampen heeft. We kunnen hierbij denken aan kanker, trauma, artritis, artrose, vallen waardoor de oudere pijn ervaart, heup- of knieprothese, ... Dit zijn de meest voorkomende aandoeningen die pijn kunnen veroorzaken bij ouderen met vergevorderde dementie. Deze aandoeningen kunnen echter samenlopen met dementie, dit heet comorbiditeit. Hier aandacht voor hebben, zal ook een belangrijke rol spelen bij het herkennen van pijn. Het is dus niet omdat de oudere dementie heeft, dat hij/zij geen andere problematieken of aandoeningen kan hebben die leiden

tot pijn (A.07. Pijn Herkennen Als Je Zorgbehoevende het Zelf Niet Aan Kan Geven (31/01/2019) - dementieathome.be, 2021).

Het onderscheid tussen interne en externe factoren die pijn veroorzaken is van belang in kader van de pijnbehandeling. Heel vaak zal pijn veroorzaakt door externe factoren behandeld worden met medicatie, terwijl dit ook zonder farmacologische behandeling verbeterd kan worden. Dit kunnen zaken zijn, zoals van positie/houding veranderen, andere kledij of schoenen aandoen...

2.2.2.4 Cognitieve en psychologische aspecten van pijn

Catastroferen over pijn, vrees gerelateerde opvattingen... maakt pijnherkenning moeilijker. Een voorbeeld hiervan is: een oudere met vergevorderde dementie dat zacht stoot tegen een tafel en dat begint te huilen en te schreeuwen. Hij schreeuwt dat zijn been gebroken is en zal sterven. Hoewel de oudere echt pijn kan ervaren, zullen zorgverleners het vaak zien als overdrijven. Dit kan ervoor zorgen dat pijn minder serieus genomen wordt en zullen echte pijnsignalen gemist of onderschat worden, wat opnieuw kan leiden tot onderbehandeling. Echter kan pijn ook genegeerd worden door de oudere met dementie. Dit kan gezien worden als een vorm van coping strategie. Dit zal op langtermijn ook een ongunstig effect hebben op het welzijn en functioneren van de persoon met vergevorderde dementie (Gauci, 2022).

Volgens Jensen, M. P. (2010) hebben cognitieve processen ook een invloed op de betekenis dat aan pijn gegeven wordt en beslissingen rond coping met betrekking tot pijn ervaring. Zaken, zoals het geheugen, intelligentie, taal en concentratie hebben dus een invloed op hoe pijn wordt waargenomen en of deze wel of niet geuit wordt.

Cliënten kunnen, bijvoorbeeld denken dat beweging rechtstreeks zal leiden tot pijn of het idee dat de cliënt ouder wordt en dus een 'versleten rug' heeft kan ervoor zorgen dat de oudere zijn rug als pijnlijk ervaart. Dit is echter complex. Pijn kan enerzijds weggedrukt worden als men intensief bezig is met een cognitieve taak, een verminderd taalvermogen kan ervoor zorgen dat pijn niet gecommuniceerd wordt, wat echter de pijn kan doen toenemen. Anderzijds kan pijn ook een invloed hebben op cognities. Pijn kan leiden tot nadenken, de concentratie bemoeilijken, ... (Pijn en Cognitie, z.d.).

Over het algemeen is er een groot gamma aan factoren en signalen waaraan men pijn kan herkennen. Ook zullen cognitieve, lichamelijke en psychologische factoren een invloed hebben op pijn, wat zeer belangrijk is in functie van pijn (h)erkenning. Een goede observatie en een individuele benadering zal van belang zijn in kader van herkenning van lichamelijke en cognitieve aspecten van pijn bij ouderen met vergevorderde dementie.

2.2.3 Welke barrières ervaren zorgverleners bij het gebruiken van sensibiliseringsmethoden in functie van pijnbeoordeling?

Pijnbeoordeling en het toedienen van de pijnstillers en andere methoden om pijn te bestrijden vallen onder de verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen. Verpleegkundigen zijn echter vaak niet in staat om zelfstandig pijnstillers voor te schrijven en hun bezorgdheid over de pijn van de cliënt kan worden beïnvloed door hun relatie met artsen. Zoals in de eerste onderzoeksvraag werd aangegeven heeft de relatie tussen verpleegkundigen en artsen een directe invloed op de kwaliteit van pijnbestrijding. Dit wordt bevestigd door een artikel van De Witt Jansen et al. (2016) waar zowel verpleegkundigen in woonzorgcentra, als in de acute zorg aangeven dat moeilijke relaties kunnen ontstaan tussen artsen en verpleegkundigen omwille van slechte communicatievaardigheden. Dit resulteerde soms in gebrekkige rapportering en ongepaste behandeling van de patiënt. De verpleegkundigen hadden het gevoel dat artsen terughoudend waren om te assisteren bij complexe casussen of waar pijn onvoldoende behandeld werd (De Witt Jansen et al., 2016). Als het niet lukt om de pijn van de cliënt onder controle te krijgen, kan dit tot een verslechtering van de lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid van de cliënt leiden (Pretorius et al., 2015). Duidelijk interprofessioneel werken is cruciaal in de gezondheidszorg, voornamelijk bij een patiëntenpopulatie die niet in staat zijn te communiceren over hun behoeften. Deze relaties zijn echter complex en worden vaak bepaald door professionele grenzen, persoonlijke waarnemingen en organisatieculturen (De Witt Jansen et al., 2016).

Verpleegkundigen in woonzorgcentra en in de acute zorg geven aan dat ze gelimiteerd zijn in hun praktijkontwikkeling vanwege beperkte tijd, de hoge werkdruk en de noodzaak om hun te verplaatsen naar trainingsbijeenkomsten (De Witt Jansen et al., 2016). Het gebrek aan tijd om pijn te analyseren en een verhoogde werkdruk, samen met een minder effectieve vorm van communicatie leidt tot een grote barrière voor een efficiënte pijnbeoordeling (Jonsdottir & Gunnarsson, 2020). De mogelijkheden voor het interactief leren en praktijkontwikkeling werden vaak negatief beïnvloed door de financiële beschikbare middelen van de organisaties. Deze barrières zorgen ervoor dat sommige personeelsleden geen training krijgen in de dementiezorg, waaronder pijnbestrijding (De Witt Jansen et al., 2016). Het artikel van Pretorius et al. (2015) geeft aan dat iets minder dan 74% van de verpleegkundigen een goede kennis van pijnbestrijding hebben. Dit toont aan dat educatie rond pijnbestrijding en pijnbeoordeling van uiterst belang is om zorgverleners bewust te maken rond het onderwerp. Dit zorgt voor een betere kwaliteit van de zorg, wat leidt tot verhoogde kwaliteit van leven. Echter, verpleegkundigen in ziekenhuizen beschouwen zich bevoorrecht dat ze vlot toegang hebben tot voortdurende professionele ontwikkeling in verschillende aspecten van dementiezorg, waaronder pijnbestrijding. Ze geven ook aan dat ze de voorkeur hebben voor interactieve groepsdiscussies over casussen in combinatie met gestructureerd didactisch onderwijs (De Witt Jansen et al., 2016).

Dit duidt de ongelijkheid van opleidings- en ontwikkelingsmogelijkheden aan voor verpleegkundigen in verschillende gezondheidszorginstellingen en vormt een bezorgdheid. Toegang hebben tot voortdurende professionele ontwikkeling is van essentieel belang om effectief en veilig om te gaan met pijn en om holistische zorg aan te bieden (De Witt Jansen et al., 2016). Ook volgens Expertisecentrum Dementie Vlaanderen (z.d.) krijgt het levenslang leren in dementiezorg de voorkeur boven een eenmalige cursus van één dag en deze moet gekaderd worden binnen een ruimer dementiebeleid van de instelling.

Belangrijke barrières voor pijnbestrijding die worden aangegeven zijn de verantwoordelijkheid voor de zorg voor andere zieke patiënten naast een patiënt met pijn en een gebrek aan tijd om de pijn van een patiënt grondig te beoordelen en controleren. Ook het gebrek aan kennis en het onjuist beoordelen van pijn zijn twee belangrijke barrières (Pretorius et al., 2015).

Het toedienen van pijnstillers bij ouderen met vergevorderde dementie vormt een additionele barrière die verpleegkundigen ervaren. Orale toediening van medicatie is een uitdaging, omdat de patiënten vaak slaperig zijn of voor langere tijd slapen. Het gebruik van pijnstillers in tablet- en vloeibare vorm zorgt voor een hoog risico op een longontsteking bij patiënten met een slikstoornis, een kenmerk dat veel voorkomt bij ouderen met dementie in het laatste stadium. Hierdoor moeten ze de pijnstillerschema's herzien (De Witt Jansen et al., 2016).

Pijn is een subjectief verschijnsel en is moeilijk te beoordelen aangezien iedereen een andere pijntolerantie heeft (El-Tallawy et al., 2023). Er zijn verschillende instrumenten ontwikkeld om pijn te beoordelen. Zo wordt de PAINAD-schaal gebruikt, die de ademhaling, de negatieve stemmingen, gezichtsuitdrukking, lichaamstaal en het vermogen van de persoon met dementie om getroost te worden beoordeeld. Echter is het interpreteren van de gedragingen via PAINAD een complex gegeven. Er is een significante overlap tussen de gedragssymptomen van dementie en de gedragssymptomen van pijn. Een positieve score op PAINAD kan wijzen op pijn, terwijl er aan andere oorzaak kan zijn, zoals verveling, angst of honger. Dit duidt de uitdaging van het herkennen van pijn bij mensen met dementie aan en zorgt voor vragen rond de validiteit van PAINAD (Dunford et al., 2022). Ondanks de pogingen die worden gedaan om pijn beter te herkennen, wordt pijn nog steeds niet goed beoordeeld, gediagnosticeerd of gecontroleerd. De oorzaken voor slechte pijnbeoordeling-en beheersing zijn de communicatiebarrières, beperkte deskundigheid van zorgverleners, misvattingen over de farmacologische behandeling en verkeerde interpretaties van gedrag van patiënten. De opleidingen van de zorgverleners verschillen, wat kan bijdragen aan verscheidene manieren waarop gedrag van patiënten wordt geïnterpreteerd. Diagnostische fouten en een gebrek aan betrouwbare instrumenten voor pijnbeoordeling zijn ook voorbeelden van barrières (El-Tallawy et al., 2023).

Dus ondanks de vele beschikbare observationele pijnbeoordelingsinstrumenten ondervinden zorgverleners moeilijkheden met het nauwkeurig beoordelen van pijn bij mensen met dementie wegens onvoldoende training, tijd en weinig personeel in de ouderenzorg (Pu et al., 2024).

2.2.4 Welke disciplines spelen een rol in het herkennen van pijnbeleving en gebruiken van methoden? (Welke rol?)

Het herkennen en behandelen van pijn bij kwetsbare ouderen en mensen met dementie vereist een multidisciplinaire aanpak. Elke discipline draagt bij vanuit een eigen expertise, maar door samenwerking ontstaat een compleet beeld van de pijnbeleving van de cliënt (Pijn-richtlijn, z.d.-b).

Artsen zoals de CRA in een woonzorgcentra, huisartsen, en pijnspecialisten nemen de leiding in de diagnostiek en behandeling. Zij zijn verantwoordelijk voor zowel farmacologische als niet-farmacologische interventies. Voor kwetsbare ouderen die thuis wonen, neemt de huisarts deze coördinerende rol op zich en zorgt voor de eerste lijn van pijnherkenning en behandeling. In

ziekenhuizen zijn anesthesiologen en pijnspecialisten betrokken bij complexe pijnbestrijding en coördineren zij pijnteams, vooral bij patiënten met chronische of moeilijk behandelbare pijn. Daarnaast spelen psychiaters een belangrijke rol, omdat psychische factoren zoals angst en depressie de pijnervaring kunnen beïnvloeden. Zij bieden psychotherapeutische en medicamenteuze behandelingen om de impact van pijn op het welzijn van de patiënt te minimaliseren. Deze medische disciplines vormen een centrale rol van het pijnbeleid, maar hun beslissingen zijn sterk afhankelijk van de observaties en signalen die door andere zorgverleners worden gedaan. De samenwerking met verpleegkundigen en paramedisch personeel is daarom onmisbaar (Pijn-richtlijn, z.d.-b).

Verpleegkundigen en zorgkundigen bevinden zich dicht bij de patiënt en zijn cruciaal in het observeren, signaleren en documenteren van pijn. Zij maken gebruik van gevalideerde pijnmeetinstrumenten, zoals PAINAD of PACSLAC-D en onderhouden nauw contact met de hoofdbehandelaar om tijdig in te grijpen wanneer pijn wordt vastgesteld. De verpleegkundig specialist combineert medische en verpleegkundige kennis en kan een coördinerende rol hebben in pijnteams. Zij zijn essentieel in de implementatie van pijnrichtlijnen en het opleiden van collega's, waardoor de herkenning en behandeling van pijn op de werkvloer wordt verbeterd. Verpleegkundigen vormen vaak de schakel tussen cliënt en arts en spelen een sleutelrol in het signaleren van pijn. Hun observaties vormen dan weer de basis voor verdere interventies van andere disciplines, zoals paramedici en psychologen (Van Der Burg, 2015).

Naast medische en verpleegkundige disciplines spelen paramedische zorgverleners een belangrijke rol in pijnherkenning en -management. Kinesitherapeuten en ergotherapeuten helpen patiënten bij pijnmanagement door middel van bewegingstherapie en houdingscorrecties. Ergotherapeuten richten zich daarnaast op het verbeteren van dagelijkse activiteiten en adviseren over hulpmiddelen die pijn kunnen verminderen. Psychologen evalueren de psychosociale impact van pijn en bieden cognitieve gedragstherapie of andere psychologische interventies om de pijnbeleving te verlichten. Deze disciplines vullen de medische behandeling aan met psychosociale en fysieke ondersteuning, waardoor de aanpak van pijn niet enkel curatief, maar ook preventief en ondersteunend wordt ingevuld. Apothekers zorgen voor veilig medicatiebeheer, monitoren bijwerkingen en adviseren over farmacologische behandelingen, waarbij zij rekening houden met de specifieke behoeften van kwetsbare ouderen (Pijn-richtlijn, z.d.-b).

Een goed functionerend pijnteam, bestaande uit bovenstaande disciplines, werkt interdisciplinair samen om pijn vroegtijdig te herkennen en optimaal te behandelen. Dit vereist regelmatig overleg, het delen van patiëntgegevens en een gezamenlijke aanpak voor de behandeling. Naast professionele zorgverleners spelen ook familieleden en mantelzorgers een essentiële rol in het signaleren van pijn, vooral bij patiënten met cognitieve beperkingen. Zij kunnen subtiele gedragsveranderingen herkennen die kunnen wijzen op pijn en fungeren als een belangrijke informatiebron voor zorgverleners. Door informatie te delen en signalen gezamenlijk te interpreteren, kan men sneller en accurater inspelen op veranderende pijnsignalen. Mantelzorgers en andere niet-professionele betrokkenen vormen een waardevolle schakel in het herkennen van pijn (Van Der Burg, 2015).

Volgens Veerle Blondeel, een referentiepersoon dementie uit een woonzorgcentrum, heeft elke discipline een rol in pijnherkenning. Onderhoudsmedewerkers vangen signalen op en melden deze aan de verpleegkundigen. Zorgkundigen observeren dagelijks pijnsignalen tijdens ADL-zorg en bespreken deze in overdrachten. Kinesitherapeuten analyseren of pijn houding gebonden is en geven advies over positionering. Verpleegkundigen scoren pijn en schakelen artsen in bij gedragsveranderingen.

Vrijwilligers en ergotherapeuten signaleren pijn tijdens interacties en dagelijkse activiteiten. Dit praktijkgerichte perspectief onderstreept het belang van interdisciplinaire samenwerking en alertheid op subtiele pijnsignalen (V. Blondeel, persoonlijke communicatie, 3 maart 2025).

Elke discipline heeft zijn unieke bijdrage en daarom kan er een veelzijdige benadering zijn van pijnherkenning. Deze interdisciplinaire samenwerking verhoogt de kans op tijdige en gepaste interventies, wat essentieel is voor de levenskwaliteit van kwetsbare ouderen en mensen met vergevorderde dementie.

2.2.5 Wat is de impact van verbeterde pijnbeoordeling op de kwaliteit van leven van ouderen met vergevorderde dementie?

2.2.5.1 Wat is kwaliteit van leven?

De World Health Organisation (2002) definieert kwaliteit van leven als; “de individuele perceptie van iemands plaats in het leven in de context van zijn cultuur, het waardesysteem waarin hij leeft en met betrekking tot zijn doelen, verwachtingen en normen. Het concept integreert op een complexe manier de fysische gezondheidstoestand, de psychologische toestand, de mate van onafhankelijkheid, de sociale relaties, persoonlijke overtuigingen en de relaties met gebeurtenissen uit de omgeving.”

Deze definitie toont aan dat de kwaliteit van leven bepaald wordt door verschillende aspecten die zowel afhankelijk als onafhankelijk op elkaar een invloed kunnen uitoefenen. De zorg dat geboden wordt aan personen met dementie heeft hier ook een invloed op. We kunnen hierbij denken aan de kwaliteit van de behandeling of verzorging, waarbij men focust op respect en waardigheid van de oudere met dementie (Dely et al., 2018).

Kwaliteit van leven kan men verdelen in vijf categorieën, namelijk: fysiek welzijn, materieel welzijn, sociaal welzijn, emotioneel welzijn, ontwikkeling en activiteit. Bij het bepalen van de kwaliteit van leven zullen er zowel objectieve als subjectieve aspecten een rol spelen. Sommige ouderen met vergevorderde dementie zullen bepaalde omstandigheden als minder belangrijk beschouwen tegenover andere omstandigheden (Jones & Drummond, 2021).

Naast deze onderverdeling, kan kwaliteit van leven subjectief ingevuld worden. De cliënt kan echter zelf bepalen wat kwaliteit van leven voor hem/ haar betekent. Echter maakt het van de gezondheidszorgbeoefenaars geen ‘tovenars’. Het is dus niet haalbaar om elke aandoening of problematiek weg te nemen. Juiste verwachtingen spelen echter een cruciale rol. Belangrijk is om als zorgverleners cliënten hierover te informeren en na te gaan wat hun noden zijn. Een ouder persoon met vergevorderde dementie dat pijn heeft aan zijn of haar knie en wil dat dit verbetert. Door als zorgverlener uitleg en informatie te geven over mogelijke slijtage dat deels kan horen bij het ouder worden, kan dit de oudere echter geruststellen (De Lange, 2022).

Het meten en/of in kaart brengen van de kwaliteit van leven bij personen met vergevorderde dementie is niet evident. Hier bestaan echter gevalideerde assessments voor. Bijvoorbeeld de Quality of Life in Late- Stage Dementia Schaal (QUALID) (Resnick et al., 2018).

Ook bestaan er pijnanamnese om pijn in kaart te brengen. Echter is het niet altijd nodig om een uitgebreide pijnanamnese af te nemen, vragen naar het dagelijks functioneren van de oudere met dementie via een andere zorgverlener kan al veel informatie opbrengen (Berends, 2017).

2.2.5.2 Impact van pijn op het dagelijks leven bij ouderen met (vergevoerde) dementie

Het ervaren van pijn kan een gevolg hebben op de kwaliteit van leven van de oudere met vergevoerde dementie. Pijn kan de oorzaak zijn van, achteruitgang in mobiliteit, verlies van functionaliteit, depressie, angst, verwardheid, delier, verminderde betrokkenheid bij familie of sociale activiteiten, een verhoogd valrisico, ... Hierdoor kan pijn leiden tot belemmering in het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten, zoals participatie aan sociale activiteiten en vrije tijd. (Chronic Pain, 2024).

Om de impact van pijn op de kwaliteit van leven te minimaliseren, zal er vaak een bepaalde pijnbehandeling aangeboden worden. Echter kan dit ervoor zorgen dat er onaangename bijwerkingen zijn van pijnbestrijdingstherapieën. Dit kunnen gevolgen zijn, zoals het terugkomen en verergeren van pijn na de behandeling, moeilijkheden om te slapen. Wat verder ook kan leiden tot het niet meer kunnen genieten van dagelijkse en gebruikelijke activiteiten, bijvoorbeeld in de leefgroep zitten met andere bewoners van het woonzorgcentrum en luisteren naar muziek (Chronic Pain, 2024).

2.2.5.3 Behandeling van pijn

Door de impact van pijn op, bijvoorbeeld het welbevinden, relaties met de context, stemming en slaap krijgt men het risico om in een vicieuze cirkel terecht te komen. Pijn kan men echter al aanpakken door de levensstijl in handen te nemen. Zaken, zoals meer lichaamsbeweging, betekenisvolle/ontspanningsactiviteiten, voldoende en kwaliteitsvolle slaap kunnen hiermee helpen. Het is echter belangrijk dat dergelijke zaken aangepakt worden, want pijn kan zorgen voor een rem op de betekenisvolle activiteiten. Dit kan verder leiden tot het stopzetten van de activiteiten. Mogelijke gevolgen hiervan zijn: negatief impact op conditie, zelfbeeld en sociaal leven, maar ook kan dit ervoor zorgen dat de pijn in stand wordt gehouden en het doet toenemen (Gezondheid en wetenschap, z.d.).

Hiervoor is het belangrijk dat pijn op een goede manier behandeld wordt, zodat de onaangename bijwerkingen geminimaliseerd kunnen worden. Pijn kan zowel farmacologisch als niet- farmacologisch behandeld worden. Het voordeel van niet- farmacologische behandelingen zijn dat ze in beperkte mate neveneffecten met zich meebrengen. (W. P. Achterberg & Van Den Beuken-Van Everdingen, 2022)

De medicamenteuze behandeling van pijn kan leiden tot een verbetering in de kwaliteit van leven, zonder dat de pijn verminderd. Ook kan pijn verminderen, zonder dat de kwaliteit van leven toeneemt. Dan is pijn minder van invloed op de kwaliteit van leven bij de bewoner, hier moet men ook aandacht voor hebben. Pijn leidt dus niet exclusief tot een impact op de kwaliteit van leven. In de realiteit zal dat echter vaak het geval zijn (ZonMw, 2018).

Als de oudere met dementie pijn ervaart, betekent dit niet dat er rechtstreeks medicatie nodig is. Zoals eerder al vermeld kan pijn veroorzaakt worden door verwerking van prikkels. We kunnen hierbij denken aan strakzittend kleding, een gebit dat niet meer goed past, onprettig toiletbezoek, ... Bij dergelijke factoren is het belangrijk dat we de oorzaak aanpakken en niet rechtstreeks overgaan naar medicatie. Pijnstilling en medicatie is meer van toepassing wanneer er geen duidelijke oorzaak te vinden is (Achterberg, 2013).

Naast de medicamenteuze behandeling is volgens W. P. Achterberg et al. (2012) ook ergotherapeutische, kinesitherapeutische en psychologische interventies zinvol voor verschillende vormen van pijn bij ouderen met dementie. Dergelijke interventies beperken de gevolgen dat pijn kan hebben op de oudere, wat ook bijdraagt aan het functioneren van de oudere met vergevorderde dementie.

Als de zorgverleners toch beslissen om de pijn met medicatie te behandelen, dan kunnen er verschillende stappen doorlopen worden. De eerste stap binnen de farmacologische pijnbehandeling is paracetamol. Hierna volgt vaak het gebruik van sterkere opioïden. Het is van belang dat men bij ouderen met dementie rekening houdt met het risico op grote gevolgen door het gebruik van NSAID's. De bijwerkingen hiervan in de gaten houden speelt een grote rol (W. P. Achterberg et al., 2012).

De kwaliteit van leven is dus sterk afhankelijk van bewoner tot bewoner. Pijn bij ouderen met dementie eventueel als gevolg van aandoeningen of problematieken, hebben echter een gevolg op het functioneren en/of de kwaliteit van leven. Door betere pijn herkenning bij ouderen met vergevorderde dementie zal dit leiden tot betere behandeling, wat een positief effect zal hebben op de kwaliteit van leven van de cliënt.

2.2.6 Hoe kunnen sensibiliseringsmethoden worden afgestemd op de specifieke noden van ouderen met dementie?

Het beoordelen van pijn gebeurt het meest wenselijk multidisciplinair en multidimensionaal met de aanwezigheid van zowel de zorgverleners als de naasten van de patiënt (Dementie, z.d.).

Zelfrapportage is de gouden standaard voor pijnbeoordeling voor de algemene bevolking. Er wordt gevraagd om hun pijn verbaal, numeriek of visueel te beoordelen. Deze instrumenten zijn geschikt bij patiënten die goed in staat zijn om hun pijn verbaal te communiceren, inclusief mensen met lichte tot matige dementie. Maar deze instrumenten zijn niet geschikt voor patiënten met vergevorderde dementie, doordat ze beperkt zijn in hun vermogen om te communiceren (Dementie, z.d.). Onderzoekers maken gebruik van observatieschalen om informatie te verzamelen over pijn en andere aspecten. Ze hebben de pijnbeoordeling gericht op twee belangrijke benaderingen, namelijk gedragsobservaties en rapportages van de zorgverleners. Ze richten hun aandacht naar pijn gerelateerde handelingen, stemgeluiden en gezichtsuitdrukkingen (El-Tallawy et al., 2023).

Ouderen met dementie hebben vaak te maken met pijn, maar zoals hierboven werd aangegeven is het beoordelen en identificeren van die pijn echter een grote uitdaging. 75% van de ouderen binnen een woonzorgcentrum ervaren chronische pijn (Pu et al., 2024). Pijn bij ouderen met dementie wordt vaak over het hoofd gezien, onderschat en onderhandeld (El-Tallawy et al., 2023). Doordat ze beperkt zijn in het verbaal uiten van pijnervaring, gaan ze op zoek naar andere manieren en andere gedragingen om hun pijn te uiten. Veranderingen in gedrag, perceptie, gedachtegang en stemmingsstoornissen zijn symptomen van pijn bij ouderen met dementie (Schwertner et al., 2022). Stoornissen in het geheugen en de taal hebben een invloed op het vermogen om te communiceren over hun pijn en zorgbehoeften. Hierdoor lopen de bewoners het risico dat ze in stilte pijn lijden en verkeerde medicijnen voorgeschreven

krijgen, zoals antipsychotica en kalmeringsmiddelen om hun veranderd gedrag te controleren. Deze behandelingen kunnen leiden tot een delier en een verhoogd risico op overlijden (Pu et al., 2024).

Dit duidt het belang aan van betrouwbare pijnherkenning en beoordeling voor een effectieve behandeling van pijn. Zelfrapportage is de gouden standaard voor pijnbeoordeling, maar dit is een uitdaging voor mensen met dementie aangezien, zoals hierboven aangegeven, ze minder verbaal kunnen communiceren. Observationele pijninstrumenten zijn daarom belangrijker geworden, omdat ze zich vooral richten op directe observatie en pijn gerelateerd gedrag, zoals gezichtsuitdrukkingen, lichaamshouding, beweging, stemgeluid, etc. en kunnen ook veranderingen in gedrag en functioneren bevatten. Aan de hand van gezichtsuitdrukkingen kunnen we zien of de persoon met dementie pijn lijdt. Zoals het verlagen van wenkbrauwen, het optrekken van de wangen, het optrekken van de lip, het openen van de mond en sluiten van de ogen (Pu et al., 2024). Daarom is het beheersen van gedrags- en psychologische symptomen via niet-farmacologische interventies van uiterst belang voor het verbeteren van het welzijn en kwaliteit van leven bij ouderen met dementie (Cho et al., 2022).

Ook uit richtlijnen van onder andere Alzheimer's Association wordt aangegeven dat het toepassen van niet-farmacologische therapieën gunstig is alvorens te starten met medicatie voor te schrijven (Huisarts Nu Tijdschrift - Behoeftegebaseerde Zorg Bij Bewoners met Dementie. Interdisciplinaire Niet-farmacologische Aanpak van Gedragsverandering | Domus Medica, z.d.). Er bestaat reeds een breed scala aan technologisch gebaseerde niet-farmacologische interventies (Cho et al., 2022).

'Artificial intelligence' (AI) is hiervan een voorbeeld dat helpt om pijnbeoordeling betrouwbaarder te maken. Het automatische pijnbeoordelingssysteem met een videosysteem kan worden toegepast voor oudere patiënten met dementie. Deze tool richt zich voornamelijk op de automatische analyse van gezichtsuitdrukkingen (El-Tallawy et al., 2023). Zo wordt in de artikel van Pu et al. (2024) een app beschreven die gebruik maakt van AI en gezichtsherkenning om pijn te herkennen. Er wordt met de smartphone een video van 3 seconden gemaakt waarbij er op de gezichtspieren wordt gefocust die in verband staan met het uitdrukken van pijn.

Ook een voorbeeld van een niet-farmacologische aanpak is de 'De Smart Wearable Shirts'. Het is een slimme, draagbare T-shirt waarmee fysiologische tekenen, waaronder hartslag, ademhalingsfunctie en veranderingen in de regelmatige ademhaling en lichaamsbewegingen voortdurend wordt gemeten en dit zonder verstoring van dagelijkse activiteiten (El-Tallawy et al., 2023).

Verder is er de 'Sociale robotinterventie' die ontworpen is om de sociale betrokkenheid te vergroten bij mensen met dementie (Cho et al., 2022).

Dit maakt duidelijk dat lichaamstaal, gezichtsuitdrukkingen en stemgeluid van uiterst belang zijn om pijn beter te kunnen beoordelen bij mensen met vergevorderde dementie.

Ouderen met vergevorderde dementie gaan vaak pijnstillers weigeren als gevolg van angst en/of vrees voor medicatiegebruik. De cognitieve stoornissen en de beperkingen in de communicatie maken het onmogelijk voor de patiënten om de medicatie te herkennen. Dit maakt het ook onmogelijk voor de verpleegkundigen om de voordelen en noodzaak ervan uit te leggen. In sommige situaties kan het onvermogen om het doel van de medicatie te begrijpen en de pijn die ze reeds ervaren agressief gedrag veroorzaken (De Witt Jansen et al., 2016). Bovendien krijgen veel patiënten met dementie psycholeptica en antidepressiva in plaats van pijnstillers. De oorzaak hiervan zijn de verpleegkundigen die de uiting van

pijn verkeerd kunnen beoordelen als agitatie of hallucinaties, die gepaard kunnen gaan met dementie (El-Tallawy et al., 2023). Daarnaast zijn veel verpleegkundigen van mening dat het gebruik van naalden pijnlijk en verontrustend is voor patiënten, voornamelijk als ze angstig en/of geagiteerd zijn. Ze geven dus de voorkeur voor het gebruik van zetpillen of transdermale pleisters (De Witt Jansen et al., 2016).

In het algemeen is bij de behandeling van dementie een multidisciplinaire aanpak vereist. Ondersteunende behandeling voor patiënten met dementie zijn het handhaven van een gezonde levensstijl door actief te blijven, gezond te eten en roken en alcohol te vermijden. Ergotherapie en logopedie kunnen worden ingezet in de latere stadia van dementie om mogelijkheden te vinden om dagelijkse activiteiten gemakkelijk uit te voeren (El-Tallawy et al., 2023). Hoewel er geen geneesmiddel bestaat voor dementie, kan een combinatie van zorgverlening en diensten de gevolgen voor patiënten zelf en hun omgeving verlichten (Adviezen - Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, z.d.).

Het is van belang om de persoonlijke behoeften en voorkeuren van de patiënten te herkennen. Hierbij is er zicht nodig op het levenspad van de persoon en om diens gedrag proberen te begrijpen. Ook Jonsdottir en Gunnarsson (2020) geven aan dat zorgverleners de indruk hebben dat ze de pijnsignalen van een patiënt beter kunnen observeren en interpreteren als ze de patiënt zelf kennen en diens situatie of levensverhaal. In de praktijk wordt dit echter nauwelijks toegepast om de gedragsverandering te begrijpen en te analyseren waardoor on vervulde noden, die deze persoon met dementie niet zelf kan verwoorden, kunnen aanwezig zijn. Ook kan dit als gevolg hebben dat bepaalde fysieke factoren die de patiënt ondervindt verkeerd worden beoordeeld waardoor discomfort kan ontstaan (Huisarts Nu Tijdschrift - Behoefttegebaseerde Zorg Bij Bewoners met Dementie. Interdisciplinaire Niet-farmacologische Aanpak van Gedragsverandering | Domus Medica, z.d.).

2.3 Verwerking van de evidence based literatuur

2.3.1 Welke methoden bestaan er om zorgverleners te sensibiliseren over pijnbeleving?

Wetenschappelijk onderzoek bevestigt dat methoden zoals pijnobservatieschalen, multidisciplinaire samenwerking en educatie effectief zijn voor het sensibiliseren van zorgverleners over pijnbeleving. Pringle et al. (2021) benadrukken dat zorgpersoneel in verzorgingshuizen onvoldoende training en vertrouwen heeft in pijnherkenning, wat leidt tot onderrapportage bij bewoners met dementie. Systematische reviews tonen aan dat interventies zoals PAIC15 en PAINAD helpen bij het objectiveren van pijn (Pringle et al., 2021).

Daarnaast biedt machine learning een innovatieve aanpak voor pijnvoorspelling. Tsay et al. (2024) ontwikkelden een model dat met behulp van SHAP-waarden en de Karnofsky-schaal pijnniveau's accuraat kan voorspellen. Dit wijst op de noodzaak van verdere implementatie van technologische ondersteuning in pijnmanagement. De literatuur bevestigt het belang van continue training, richtlijnen en innovatieve technologieën om pijnherkenning te verbeteren en de zorgkwaliteit te verhogen (Tsay et al., 2024).

2.3.2 Welke lichamelijke en cognitieve aspecten spelen een belangrijke rol bij het herkennen van pijn bij personen met vergevorderde dementie?

Over het gebruik van pijnassessments en zelfrapporterende schalen kan men komen tot een bepaalde conclusie, namelijk zelfrapporterende pijnschalen zijn mogelijk niet betrouwbaar (Bellman, 2023). Ook zijn er een groot aantal observationele pijnbeoordelingsinstrumenten. Volgens Lichtner et al. (2014) kan op basis van het beschikbaar bewijs, geen enkel instrument aanbevolen worden. Pijnperceptie en –interpretatie zijn zeer subjectief en kunnen worden beïnvloed door diverse variabelen. Het is dus ook belangrijk om een holistische en multidisciplinaire benadering te hebben. Personeelstraining kan noodzakelijk zijn, zodat signalen herkend kunnen worden, zonder het perspectief van het individu te vergeten en signalen niet verkeerd te interpreteren (Felton et al., 2021).

Het interpreteren is lastig en niet evident. Het is niet omdat er agressief gedrag wordt vertoond, dat er rechtstreeks sprake is van pijn, maar dit kan ook wijzen op emotioneel onwelbevinden. Deze onduidelijkheden kunnen leiden tot een onjuiste behandeling. (Scherder et al., 2009).

2.3.3 Welke barrières ervaren zorgverleners bij het gebruiken van sensibiliseringsmethoden in functie van pijnbeoordeling?

We zijn op zoek naar barrières binnen sensibiliseringsmethoden, waardoor we automatisch op zoek zijn naar barrières, die zorgverleners ervaren, bij het evalueren van pijn. Uit eerder onderzoek werd er aangetoond dat een gebrek aan kennis, onvoldoende pijnbeoordeling en terughoudendheid om opioïden toe te dienen belangrijke barrières vormen voor zorgverleners voor een optimale pijnbestrijding (Pretorius et al., 2015).

Rond een onderzoek van de 'STA OP!' methoden ondervonden een aantal faciliteiten structurele problemen. Het personeelsverloop, personeelstekort en de hoge werkdruk hadden een negatief effect op zowel het multidisciplinaire deel als de continuïteit van de interventie. De afwezigheid van dokters belemmerde de communicatie, met als gevolg dat er een hogere werkdruk werd ondervonden (Pieper et al., 2018).

Ook bij de vooraf geplande groepen, verliep niet alles zoals werd verwacht. Dit doordat deze groepen bestonden uit zorgverleners van zowel dezelfde als diverse vakgebieden. Door uiteenlopende werktijden en shiften verliepen de consultaties en de samenwerking tussen deze leden moeizaam. Duidelijke overeenkomsten en geschreven verslagen kunnen bijdragen tot een vlottere interdisciplinaire samenwerking (Pieper et al., 2018).

2.3.4 Welke disciplines spelen een rol in het herkennen van pijnbeleving en gebruiken van methoden? (Welke rol?)

Verschillende disciplines spelen een rol in het herkennen van pijnbeleving bij personen met dementie. Mantelzorgers zijn cruciaal omdat zij als historici, tolken en pleitbezorgers fungeren. Ze brengen veranderingen in gedrag en symptomen over naar zorgverleners, wat helpt bij het identificeren van pijn. Medisch zorgverleners, zoals artsen en verpleegkundigen, gebruiken pijnschalen en lichamelijke onderzoeken om pijn te evalueren. Wetenschappelijke literatuur benadrukt dat communicatie tussen mantelzorgers en zorgverleners vaak problematisch is door onvoldoende informatie en conflicten. Pijnschalen, schriftelijke rapporten en vervolgafspraken kunnen helpen deze communicatie te verbeteren. Ook psychologen of kinesitherapeuten kunnen bijdragen, bijvoorbeeld door gedrags- of fysieke therapieën te bieden. Evidence toont aan dat samenwerking en het gebruik van gestandaardiseerde methoden essentieel zijn voor effectief pijnmanagement (Riffin et al., 2021).

2.3.5 Wat is de impact van verbeterde pijnbeoordeling op de kwaliteit van leven van ouderen met vergevorderde dementie?

Het niet herkennen van pijn bij personen met vergevorderde dementie leidt tot onderbehandeling van pijn. Als pijn herkend wordt zullen zorgverleners starten met een farmacologische interventie. Hierbij is een belangrijke regel: "Begin laag en ga langzaam". Echter is naast het bieden van medicatie het aanbieden van niet- farmacologische strategieën zinvol. Een goede detectie, diagnose van aanwezige oorzaken, evaluatie en therapie op maat zijn essentieel om de kwaliteit van leven en de autonomie van de oudere met vergevorderde dementie in activiteiten van het dagelijks leven te behouden (Schuler et al., 2004).

Vaak wordt de mogelijkheid om te bewegen, mobiel zijn, ... geassocieerd aan een beter kwaliteit van leven. Pijn hebben kan een oorzaak zijn om minder of niet te bewegen, waardoor immobiliteit kan ontstaan. Wat onrechtstreeks gelinkt kan worden aan een daling van de kwaliteit van leven (Scherder et al., 2009).

2.3.6 Hoe kunnen sensibiliseringsmethoden worden afgestemd op de specifieke noden van ouderen met dementie?

Hoewel technologie-gebaseerde aanpak veel potentieel heeft om de noden van ouderen met dementie aan te kaarten, moet de effectiviteit ervan nog bevestigd worden. Volgens het artikel van Cho et al. (2023) zijn er nog geen systematische reviews over de effectiviteit van niet-farmacologische therapieën. Deze soorten therapieën gebruiken communicatieve en informationele technologieën om symptomen van dementie te behandelen en actuele artikels suggereren om deze prioriteit te geven over de traditionele therapieën. Ondanks het geven van deze prioriteit is er geen duidelijk bewijs of de symptomen van dementie er effectief mee kan behandeld worden.

2.4 Literatuurlijst bij WP Literatuurverkenning

A.07. Pijn herkennen als je zorgbehoevende het zelf niet aan kan geven (31/01/2019) [dementieathome.be](https://www.dementieathome.be). (2021, 28 september). *Dementieathome.be*.
<https://www.dementieathome.be/tip/pijn-herkennen-als-je-naaste-het-zelf-niet-aan-kan-geven/>

Achterberg, W. (2013). 'Meer aandacht voor pijn bij ouderen'. *Mednet*, 6(6), 20–21.
<https://doi.org/10.1007/s12462-013-0170-0>

Achterberg, W. P., De Ruiter, C. M., De Weerd-Spaetgens, C. M., Geels, P., Horikx, A., & Verduijn, M. M. (2012, augustus 28). *Multidisciplinaire richtlijn 'Herkenning en behandeling van chronische pijn bij kwetsbare ouderen'*. NTVG. <https://www.ntvg.nl/artikelen/multidisciplinaire-richtlijn-herkenning-en-behandeling-van-chronische-pijn-bij-kwetsbare>

Achterberg, W. P., & Van Den Beuken-Van Everdingen, M. H. J. (2022). De oudere met pijnklachten. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 189–202). https://doi.org/10.1007/978-90-368-2835-2_13

Adviezen - Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. (z.d.). *Expertisecentrum Dementie Vlaanderen*.
<https://www.dementie.be/themas/adviezen/>

Bellman, S. (2023) Evidence Summary. Dementia (Older Adults): Pain Assessment Tools. *The JBI EBP Database*. JBI-ES-3159-7.
https://ebpnet.be/nl/ebsources/6291?searchTerm=Pain+AND+dementia&check_logged_in=1

Berends, N. (2017). Pijn in grijs gebied. *Nursing*, 23(7–8), 50–55. <https://doi.org/10.1007/s41193-017-0121-y>

Borsheski, R., & Johnson, Q. L. (2014, 1 december). *Pain Management in the Geriatric Population*.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6173536/>

Cho, E., Shin, J., Seok, J. W., Lee, H., Lee, K. H., Jang, J., Heo, S., & Kang, B. (2022). The effectiveness of non-pharmacological interventions using information and communication technologies for behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Nursing Studies*, 138, 104392. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104392>

Chronic pain. (2024, 11 oktober). *Cleveland Clinic*. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/4798-chronic-pain>

De Lange, S. T. H. (2022). Kwaliteit van leven wie Bepaalt dat? *Zorgvisie*, 52(1), 40–43.
<https://doi.org/10.1007/s41187-022-1142-y>

De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfactrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2016). Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. *Journal Of Clinical Nursing*, 26(9–10), 1234–1244. <https://doi.org/10.1111/jocn.13442>

Dely, H., Verschraegen, & Steyaert. (2018). *Achtergrondinformatie bij het referentiekader dementie Literatuurstudie kwaliteit van leven, wonen en zorg*. https://www.dementie.be/wp-content/uploads/2018/10/RKD_literatuurstudie.pdf

Dementie.

(z.d.-d).

[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dementie/dementie als comorbiditeit in het ziekenhuis/beoordeling van pijn bij dementie.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dementie/dementie%20als%20comorbiditeit%20in%20het%20ziekenhuis/beoordeling%20van%20pijn%20bij%20dementie.html)

Dunford, E., West, E., & Sampson, E. L. (2022). Psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia scale in an acute general hospital setting. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 37(12). <https://doi.org/10.1002/gps.5830>

El-Tallawy, S. N., Ahmed, R. S., Shabi, S. M., Al-Zabidi, F. Z., Zaidi, A. R. Z., Varrassi, G., Pergolizzi, J. V., LeQuang, J. A. K., & Paladini, A. (2023). The Challenges of Pain Assessment in Geriatric Patients With Dementia: A Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.49639>

E-Training NL | PAIC 15. (z.d.). <https://paic15.com/nl/e-training-nl/>

Felton, N., Lewis, J. S., Cockburn, S., Hodgson, M., & Dawson, S. (2021). Pain Assessment for Individuals with Advanced Dementia in Care Homes: A Systematic Review. *Geriatrics*, 6(4), 101. <https://doi.org/10.3390/geriatrics6040101>

Gauci, C. (2022). *Manual of RF Techniques* (3RD editie). CO MEDICAL B.V. <https://pijnalliantieinnederland.nl/media/uploads/file/2021%20NTPP%20nummer%2083.pdf#page=9>

Gezondheid en wetenschap. (z.d.). *Chronische pijn - Gezondheid en wetenschap*. gezondheidenwetenschap.be. <https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/behandeling-van-chronische-pijn-buiten-het-ziekenhuis>

Huisarts Nu Tijdschrift - Behoeftgebaseerde zorg bij bewoners met dementie. Interdisciplinaire niet-farmacologische aanpak van gedragsverandering | Domus Medica. (z.d.). <https://www.huisartsnu.be/2022/nr1/artikel/behoeftgebaseerde-zorg-bij-bewoners-met-dementie-interdisciplinaire-niet>

Jensen, M. P. (2010). A Neuropsychological Model of Pain: Research and Clinical Implications. *The Journal of Pain*, 11(1), 2-12. https://psychfysio.nl/4_07_3/#:~:text=De%20prefrontaal%20cortex%20encodeert%20de,PFC%20des%20te%20minder%20pijn.

Jones, P., & Drummond, P. D. (2021). A Summary of Current Findings on Quality of Life Domains and a Proposal for Their Inclusion in Clinical Interventions. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.747435>

Jonsdottir, T., & Gunnarsson, E. C. (2020). Understanding Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review. *Pain Management Nursing*, 22(3), 281-292. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.002>

Lichtner, V., Dowding, D., Esterhuizen, P., Closs, S. J., Long, A. F., Corbett, A., & Briggs, M. (2014). Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-138>

OPEN AI. (2024). *CHATGPT* (2 maart versie) [Generative AI]. <https://chatgpt.com/>

Pieper, M. J. C., Achterberg, W. P., van der Steen, J. T., & Francke, A. L. (2018). Implementation of a Stepwise, Multidisciplinary Intervention for Pain and Challenging Behaviour in Dementia (STA OP!): A Process Evaluation. *International journal of integrated care*, 18(3). <https://doi.org/10.5334/ijic.3973>

Pijn. (z.d.). Eerstelijnszones. <https://www.eerstelijnszone.be/pijn>

Pijn-richtlijn. (z.d.). Verenso. <https://www.verenso.nl/kwaliteit/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnendatabase/pijn>

Pijn signaleren bij mensen met dementie. (2015, oktober 31). Zorgvoorbeter_NL. <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/dementie/leven-met-dementie/pijn-signaleren>

Pretorius, A., Searle, J., & Marshall, B. (2015). Barriers and Enablers to Emergency Department Nurses' Management of Patients' Pain. *Pain Management Nursing*, 16(3), 372–379. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.08.015>

Pringle, J., Mellado, A. S. A. V., Haraldsdottir, E., Kelly, F., & Hockley, J. (2021). Pain assessment and management in care homes: understanding the context through a scoping review. *BMC geriatrics*, 21(1), 431. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02333-4>

Pu, L., Coppieters, M. W., Smalbrugge, M., Jones, C., Byrnes, J., Todorovic, M., & Moyle, W. (2024). Associations between facial expressions and observational pain in residents with dementia and chronic pain. *Journal Of Advanced Nursing*, 80(9), 3846–3855. <https://doi.org/10.1111/jan.16063>

Rapport "Aanpak van chronische pijn in België". (2024, 17 januari). FOD Volksgezondheid. <https://www.health.belgium.be/nl/rapport-aanpak-van-chronische-pijn-belgie>

Resnick, B., Galik, E., Kolanowski, A., Van Haitsma, K., Boltz, M., Ellis, J., Behrens, L., & Flanagan, N. M. (2018). Reliability and Validity Testing of the Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale. *American Journal Of Alzheimer S Disease & Other Dementias®*, 33(5), 277–283. <https://doi.org/10.1177/1533317518765133>

Riffin, C., Patrick, K., Lin, S. L., Reid, M. C., Herr, K., & Pillemer, K. A. (2021). *Caregiver–provider communication about pain in persons with dementia*. *Dementia*, 21(1), 270–286. <https://doi.org/10.1177/14713012211036868>

Scherder, E., Eggermont, L., Achterberg, W., Plooi, B., Volkers, K., Weijenberg, R., Hooghiemstra, A., Prick, A. E., Pieper, M., Blankevoort, C., Zwakhalen, S., Van Heuvelen, M. J. G., Hamers, J., Lobbezoo, F., Swaab, D., & Pot, A. M. (2009). Pijn en bewegen in relatie tot cognitie en gedrag bij dementie. *Tijdschrift Voor Gerontologie en Geriatrie*, 40(6), 270–278. <https://doi.org/10.1007/BF03088521>

Schwertner, E., Pereira, J. B., Xu, H., Secnik, J., Winblad, B., Eriksdotter, M., Nägga, K., & Religa, D. (2022). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Different Dementia Disorders: A Large-Scale Study of 10,000 Individuals. *Journal Of Alzheimer S Disease*, 87(3), 1307–1318. <https://doi.org/10.3233/jad-215198>

Sobot, K. (2024). Pijn bij dementie: een onderschat probleem. [Article]. *Nursing*, 30(2), 50–55. <https://doi.org/10.1007/s41193-024-1126-y>

STA OP! - UNO Amsterdam. (2024, 18 november). UNO Amsterdam. <https://unoamsterdam.nl/onderzoeken/sta-op/>

Tsai, L., Chen, S., Chen, Y., & Lee, L. (2021). The impact of physical pain and depression on sleep quality in older adults with chronic disease. *Journal Of Clinical Nursing*, 31(9–10), 1389–1396. <https://doi.org/10.1111/jocn.16000>

Tsay, S. F., Chang, C. Y., Shueh Hung, S., Su, J. Y., Kuo, C. Y., & Mu, P. F. (2024). Pain prediction model based on machine learning and SHAP values for elders with dementia in Taiwan. *International journal of medical informatics*, 188, 105475. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2024.105475>

V. Blondeel, persoonlijke communicatie, 3 maart 2025.

Van Cranenburgh, B. (2021). Pijn en cognitie. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 205–226). https://doi.org/10.1007/978-90-368-2592-4_13

Van Dalen-Kok, A. (2022, 31 maart). *Pain and its consequences in dementia: Observing the complex relationship between pain, behaviour and ADL in nursing home residents*. <https://scholarlypublications.universiteitleiden.nl/handle/1887/3281202>

Van der Burg, J. (2015). Multidisciplinaire richtlijn chronische pijn bij dementerenden. *De Verpleegkundig Specialist*, 10, 8–12 <https://doi.org/10.1007/s40884-015-0004-6>

Verenso. (2016). Multidisciplinaire Richtlijn Pijn: Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen - Deel 1: Samenvatting, aanbevelingen, indicatoren en medicatietabellen met herziene tekst 2016. In Verenso, LOC, Zeggenschap in zorg, Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG), Ergotherapie Nederland (EN), & Nederlands Instituut voor Psychologen, sectie Psychologen in de Ouderenzorg (NIP), Verenso. https://ephor.nl/wp-content/uploads/2018/12/richtlijn-pijn-verenso_deel_1.pdf

WHOQOL. (2012, 1 maart). <https://www.who.int/tools/whoqol>

ZonMw. (2018, 1 november). *Een betere kwaliteit van leven met paracetamol?* <https://www.zonmw.nl/nl/artikel/een-betere-kwaliteit-van-leven-met-paracetamol>

3.1 Inleiding

In dit deel van de bachelorproef worden de tools besproken die tijdens het onderzoek gebruikt werden. De gekozen tools zijn de SCAMPER en de Small Casestudy. In dit deel worden verschillende zaken besproken, namelijk wat de tools inhouden, hoe de tools voorbereid zijn en bij wie, wanneer en waar deze tools worden afgenomen. Er wordt besproken hoe er te werk gegaan is en wat de resultaten hiervan zijn.

Er werd gestart met de afname van de SCAMPER. Deze tool werd afgenomen bij multidisciplinaire teams binnen verschillende woonzorgcentra. Er werd gefocust op welke sensibiliseringsmethoden er bestaan, welke aangepast en verder in de dagelijkse praktijk gebruikt kunnen worden. Uit de resultaten van deze tool werden er prototypes van sensibiliseringsmethoden uitgewerkt. Deze werden voorgesteld aan al de teams die bevraagd werden tijdens de SCAMPER. Dit werd gedaan op het moment dat we voor de afname van de tweede tool zijn langsgedaan, namelijk de Small Casestudy. Deze dient om na te gaan of de prototypes een effect en impact hadden in de dagelijkse praktijk. Alvorens er een prototype werd aangereikt, werd er een nulmeting afgenomen. De nulmeting werd vormgegeven via de tool Small Casestudy. De woonzorgcentra kregen twee weken de tijd om de prototypes uit te testen. Hierna diende de Small Casestudy nogmaals afgenomen te worden, met als doel om na te gaan of de prototypes een verschil gemaakt hebben. De Small Casestudy werd afgenomen onder de vorm van een online formulier.

De tools werden op verschillende momenten afgenomen, omdat tussen de eerste en tweede tool prototypes moesten ontwikkeld worden. We zijn over pijnherkenning en sensibilisering in gesprek gegaan met de verschillende teamleden, zo werd een overzicht gecreëerd van wat de noden zijn in de praktijk. Ook hielden we oog op de toekomst voor verder onderzoek. Dit onderzoek is een proces dat doorlopen werd doorheen verschillende weken. Dit betekent echter dat de woonzorgcentra op verschillende momenten tijd moesten vrijmaken voor het onderzoek.

3.2 SCAMPER

3.2.1 Inleiding: wat houdt de tool in?

De SCAMPER is een methode die helpt bestaande problemen te verbeteren of te innoveren. Het bestaat uit zeven onderdelen, waarbij er per onderdeel richtvragen zijn die helpen om tot nieuwe inzichten en oplossingen te komen. Het is een tool die ondersteunt in het nadenken over een reeds bestaand probleem, dus het is niet de bedoeling om tot radicaal nieuwe ideeën te komen (van 't Veer et al., 2023, pp. 232-236).

Via vooropgestelde vragen dacht een multidisciplinair team na over het onderwerp pijn en hun kijk naar de reeds bestaande sensibiliseringsmethoden. Samen werd er in gesprek gegaan en gereflecteerd over een doeltreffende methode. Tijdens de afname van deze tool was het van belang dat de deelnemers zich veilig genoeg voelden om tot creatieve oplossingen te komen. Om die reden werd de tool afgenomen in het woonzorgcentrum waar zij tewerkgesteld zijn. Om de bezoeken goed voor te bereiden, werd een draaiboek opgesteld. Deze is terug te vinden in Bijlage 2.

3.2.2 Voorbereiden van de tool

Om de SCAMPER af te nemen, werden er vragen opgemaakt bij elk onderdeel. De tool bestaat uit zeven onderdelen, waarbij elke letter voor een categorie staat. Er werd een draaiboek en PowerPoint gecreëerd om de tool af te nemen. Het draaiboek kan geraadpleegd worden in Bijlage 2. De PowerPoint kan geraadpleegd worden in Bijlage 3. De vragen die werden gesteld tijdens de afname van de tool werden in groep besproken. De vragen werden opgesteld met het oog op het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

De tool werd afgenomen met multidisciplinaire teams die werken met personen met vergevorderde dementie in een woonzorgcentrum. Dit is de context waarbinnen de zorgverleners tewerkgesteld zijn. Door een multidisciplinair team te bevragen, worden er direct meerdere disciplines bevraagd en dit is ook tijdbesparend aangezien de werkdruk in de zorg hoog ligt. De verschillende disciplines kunnen elkaar aanvullen en met elkaar op een professionele manier in discussie treden. Zo wordt er tot verdere inzichten gekomen. Dankzij de vragen van de SCAMPER werd er een gesprek gecreëerd, waarbij er een duidelijk beeld gevormd werd over de sensibiliseringsmethoden die bruikbaar en niet bruikbaar zijn in het werkveld. Door een breed scala aan antwoorden te ontvangen via de vijf woonzorgcentra, kon er verder aan de slag gegaan worden om prototypes te maken.

Er werden verschillende woonzorgcentra gecontacteerd, in verschillende gemeenten. We werden via onze externe promotor al vroeg attent gemaakt om tijdig op zoek te gaan naar woonzorgcentra. Er werd gekozen om multidisciplinaire teams die werken met personen met dementie te contacteren uit verschillende woonzorgcentra. De reden hiervoor is dat teams uit hetzelfde woonzorgcentrum vaak dezelfde visie en aanpak hanteren. Door verschillende woonzorgcentra te selecteren en contacteren, werd er een gevarieerd aanbod van gegevens ontvangen.

In Bijlage 4 bevindt zich de eerste mail die verstuurd werd naar verschillende woonzorgcentra. Via deze mail werden verschillende woonzorgcentra geïnformeerd over de bachelorproef en kregen ze de vraag

of ze willen deelnemen aan het onderzoek. In Tabel 1 staat een opsomming van de plaatsen waarmee contact is opgenomen. In de derde kolom van Tabel 1 wordt er weergegeven welke woonzorgcentra geantwoord hebben op de mail.

Twee weken later werd er telefonisch contact opgenomen met de woonzorgcentra waarvan er geen antwoord ontvangen werd. Er werd gekozen om geen nieuwe woonzorgcentra te contacteren, omdat er reeds vijf woonzorgcentra positief geantwoord hadden.

Tabel 1

Naam WZC	Gemeente	Geantwoord op mail
WZC Seniorenzorg Philippus Neri Eeklo	Eeklo	Positief antwoord
WZC Sint-Elisabeth	Eeklo	Geen antwoord
WZC Mater Amabilis	Wervik	Positief antwoord
WZC Het Pardoën	Wervik	Geen antwoord
WZC Ter Caele	Evergem	Positief antwoord
WZC Brembloem	Evergem	Positief antwoord
WZC Sint Coleta	Gent	Geen antwoord
WZC Zonnebloem	Gent	Geen antwoord
WZC Bruggenpark	Zottegem	Positief antwoord

Voorafgaand aan het bezoek aan de woonzorgcentra werd een sjabloon opgemaakt voor de notulist. Dit sjabloon is terug te vinden in Bijlage 5. Zo werd er een duidelijk beeld gecreëerd van de gegevens die verzameld werden, en dit op een uniforme wijze. Zoals eerder vermeld werd ook een PowerPointpresentatie gemaakt die te raadplegen is in Bijlage 3. Daarnaast werd de tool geïntegreerd in de presentatie, zodat het team de gestelde vragen kon meevolgen en indien nodig kon herbekijken. Ook werd er bewust gekozen om vormen van sensibiliseringsmethoden in deze presentatie op te sommen. Het doel hiervan was dat de verschillende teams inspiratie kregen bij het zien van enkele voorbeelden. Zo waren er geen misverstanden over het onderwerp van het onderzoek en over wat sensibiliseringsmethoden zijn.

Er werd een lijst opgemaakt met de benodigdheden tijdens het onderzoek. Dit waren zaken zoals: post-its, balpennen, computer, informed consent documenten en het draaiboek. Op deze manier waren we goed voorbereid om langs te gaan bij de woonzorgcentra.

Er werd langsgegaan bij de woonzorgcentra die openstonden om deel te nemen aan het onderzoek. Daar werden de teams ontmoet, waarbij de tool werd afgenomen. Samen met hen werd er samengezeten in een aparte ruimte, zodat de privacy gerespecteerd werd. Vervolgens kreeg iedere deelnemer het document informed consent, waarbij ze hun schriftelijke toestemming gaven om het gesprek op te nemen. Ze werden op de hoogte gebracht dat de opname zou gebruikt worden om het gesprek opnieuw te beluisteren wanneer er eventueel belangrijke informatie ontbrak.

Alvorens de opname werd gestart, herhaalden we kort de onderzoeksvraag en het doel van de bachelorproef. Dan begon de opname en werd er een korte uitleg gegeven over de inhoud van de tool. Tijdens de samenkomst met het team was één iemand verantwoordelijk voor het neerschrijven van de antwoorden van de professionals. Eén iemand gaf de introductie van het gesprek en één iemand las de vragen voor en gaf wat duiding indien nodig. De professionals schreven hun antwoorden per vraag kort neer op de post-its.

3.2.3 Rekrutering: bij wie, wanneer en waar werd de tool afgenomen?

Bij het contacteren van de woonzorgcentra werd er gevraagd om een multidisciplinair team te ondervragen. Hiervoor werd er via mail contact opgenomen met de woonzorgcentra. Er werd bewust gekozen om eerst contact op te nemen met woonzorgcentra waar we al een contactpersoon kenden. Indien er niet genoeg positieve reacties werden behaald, zouden er andere woonzorgcentra gecontacteerd worden. Na de positieve antwoorden van de vijf woonzorgcentra werd er verder via mail praktische afspraken gemaakt, zoals de datum, het uur en het doel van het onderzoek. Er werd gevraagd aan de woonzorgcentra voor een multidisciplinair team dat werkt met personen met vergevorderde dementie. Het geselecteerde team waarmee er werd samengewerkt, werd geselecteerd op basis van welke discipline beschikbaar en aanwezig waren. Meer informatie staat in Tabel 2.

Tabel 2

Naam WZC	Aanwezigen	Datum	Duur
WZC Seniorenzorg Philipus Neri Eeklo	- Selina: zorgkundige - Veerle: hoofdverpleegkundige - Karen: kinesitherapeut - Charlotte: zorgkundige - Leefgroep begeleidster	19 maart 2025	1 uur 20 minuten
WZC Ter Caele	- Marleen: hoofdverpleegkundige - Micheala: verpleegkundige - An: kinesitherapeut - Animatie, referentiepersoon dementie - Personeelslid van de organisatie - Personeelslid van de organisatie	20 maart 2025	1 uur
WZC Brembloem	- Annelies: ergotherapeut - Nathalie: referentiepersoon dementie, ergotherapeut - Sandra: kinesitherapeut - Katie: verpleegkundige - Tatiana: student zorgkunde	20 maart 2025	50 minuten
WZC Bruggenpark	- Ilse: kinesitherapeut - Vanessa: logopediste	24 maart 2025	1 uur
WZC Mater Amabilis	- Hoofdverpleegkundige - Ergotherapeut en leefgroep verantwoordelijke - Ergotherapeut en beweegcoach - Orthopedagoog - Zorgkundige	25 maart 2025	50 minuten

3.2.4 Afname: Welke gegevens levert de tool op?

Om de afname van de tool op een efficiënte manier te laten verlopen, werd een taakverdeling opgesteld. Deze is terug te vinden in het draaiboek in Bijlage 2. Zo was het voor iedereen duidelijk wat zijn takenpakket was. Er waren verschillende taken die opgenomen konden worden, namelijk:

- **Notulist:** De verslaggever had tijdens de afname van de tool een computer bij zich. Deze persoon typte de belangrijkste zaken uit, zoals citaten, ervaringen, opmerkingen, feedback, ... Voor deze taak werd ook een sjabloon opgemaakt, dit is te vinden in Bijlage 5.
- **Geluidsopname:** Deze persoon startte aan de hand van zijn GSM een geluidsopname. Dit werd gedaan na het tekenen van het informed consent. Deze opname wordt enkel gebruikt in het kader van de bachelorproef en wordt hierna verwijderd. Ook wordt deze niet gedeeld met derden.
- **Intro en outro:** Deze persoon heeft, voordat men start met de afname van de tool, uitleg gegeven over de bachelorproef. Hier werden zaken uitgelegd, zoals de onderzoeksvraag, het doel van de bachelorproef, het doel van de tool, ... Deze informatie staat ook op een PowerPoint die op voorhand gemaakt werd. In Bijlage 3 kan deze PowerPoint geraadpleegd worden.
- **Tool afnemen:** Deze persoon heeft de tool afgenomen. Specifiek werden de vragen overlopen, ook heeft deze persoon de afname begeleidt en gesuperviseerd. Dit zodat het echt een gesprek werd tussen de verschillende teamleden.

Ook werden andere taken opgenomen, zoals het verwerken van de informatie, voorbereiden van de tweede tool en het keuzeproces van de sensibiliseringsmethoden. Hier werd geen specifiek onderscheid gemaakt, dit is echter omdat alle groepsleden deze taken op zich namen.

Er werd langsgedaan bij vijf woonzorgcentra. Deze staan opgesomd in Tabel 2. Binnen alle woonzorgcentra was er een variatie tussen de aanwezige teamleden, zoals studenten, verpleegkundigen, kinésitherapeuten, ergotherapeuten... Vooraleer er van start werd gegaan, kreeg elk teamlid het document informed consent, dat ondertekend moest worden. Hierin verklaart elk teamlid dat hij of zij wil deelnemen aan het onderzoek, dat de afname van de tool opgenomen mag worden en hoe ze vermeld willen worden binnen dit onderzoek. Hierna werd er van start gegaan met de inleiding en de afname van de tool. Tijdens de afname van de tool werden de belangrijkste en relevantste uitspraken genoteerd.

In elk woonzorgcentrum werden de antwoorden op de vragen genoteerd op post-its. Deze werden geanalyseerd. In Bijlage 6 staan de uitgeschreven versies van de post-its.

3.2.4.1 Afname: WZC Seniorenzorg Philippus Neri Eeklo

Dit woonzorgcentrum werd als eerste bevestigd aan de hand van de tool. Bij de afname waren we alle drie aanwezig. Iedereen nam een bepaalde taak op zich, namelijk:

Notulist	Geluidsopname	Info en intro	Tool afnemen
Camille	Camille	Milena	Anouk

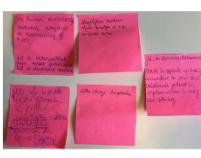
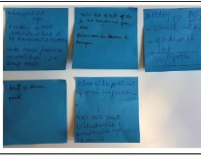
In totaal namen vijf zorgverleners deel aan de afname van de eerste tool. De aanwezige disciplines waren twee zorgkundigen, een hoofdverpleegkundige, een kinesitherapeut en de leefgroep begeleider. De afname vond plaats in een vergaderlokaal binnen het woonzorgcentrum op 19 maart 2025. Dit duurde ongeveer 1 uur en 20 minuten. Dit staat beschreven in Tabel 3.

Tabel 3

Naam WZC	Aanwezigen	Datum	Duur
WZC Seniorenzorg Philippus Neri Eeklo	- Selina: zorgkundige - Veerle: hoofdverpleegkundige - Karen: kinesitherapeut - Charlotte: zorgkundige - Leefgroep begeleidster	19 maart 2025	1u20 minuten

In Tabel 4 staat een voorbeeld van hoe de gegevens van het woonzorgcentrum geanalyseerd zijn. Dit werd op dezelfde manier gedaan voor elk woonzorgcentrum. In Bijlage 6 staat een volledige tabel waarin de post-its van alle woonzorgcentra zijn uitgetypt.

Tabel 4

Substitute		Combine	
Adapt		Magnify/Modify	
Put to another use		Eliminate	
Reverse/Rearrange			

3.2.4.2 Afname: WZC Ter Caele

Er werd gekozen om bij elk woonzorgcentrum een andere taakverdeling te maken. Dit zorgt voor afwisseling. Iedereen heeft elke taak op zich genomen. Echter werd rekening gehouden met sterktes en zwaktes.

Notulist	Geluidsopname	Info en intro	Tool afnemen
Anouk	Camille	Milena	Camille

In totaal namen zes zorgverleners deel aan de afname van de eerste tool. De aanwezige disciplines waren een hoofdverpleegkundige, een verpleegkundige, een kinesitherapeut en een medewerker animatie, die ook fungeert als referentiepersoon dementie. Via de informed consent gaven ook twee personeelsleden aan om liever anoniem te blijven. De afname vond plaats in een vergaderlokaal binnen het woonzorgcentrum op 20 maart 2025. Dit duurde ongeveer 1 uur. Meer informatie is te vinden in Tabel 5.

Tabel 5

Naam WZC	Aanwezigen	Datum	Duur
WZC Ter Caele	- Marleen: hoofdverpleegkundige - Micheala: verpleegkundige - An: kinesitherapeut - Animatie, referentiepersoon dementie - Personeelslid van de organisatie - Personeelslid van de organisatie	20 maart 2025	1 uur

In Bijlage 6 staan de uitgetypte post-its voor dit woonzorgcentrum.

3.2.4.3 Afname: WZC Brembloem

In volgende tabel staat een overzicht van de taakverdeling voor de afname van de tool SCAMPER.

Notulist	Geluidsopname	Info en intro	Tool afnemen
Anouk	Camille	Milena	Camille

In totaal namen vijf zorgverleners deel aan de afname van de eerste tool. De aanwezige disciplines waren, twee ergotherapeuten, waarvan één iemand ook een referentiepersoon dementie is, een kinesitherapeut, een verpleegkunde en een student zorgkunde. De afname vond plaats in de revalidatiezaal binnen het woonzorgcentrum op 20 maart 2025. Dit duurde ongeveer 50 minuten. In Tabel 6 staat meer informatie.

Tabel 6

Naam WZC	Aanwezigen	Datum	Duur
WZC Brembloem	- Annelies: ergotherapeut - Nathalie: referentiepersoon dementie, ergotherapeut - Sandra: kinesitherapeut - Katie: verpleegkundige - Tatiana: student zorgkunde	20 maart 2025	50 minuten

In Bijlage 6 staan de uitgetypte post-its.

3.2.4.4 Afname: WZC Bruggenpark

In volgende tabel staat opnieuw een overzicht van wie welke taken op zich genomen heeft.

Notulist	Geluidsopname	Info en intro	Tool afnemen
Camille	Camille	Milena	Anouk

Bij de afname van de tool namen er twee zorgverleners van verschillende disciplines deel aan het gesprek. Het gesprek vond plaats in een vergaderzaal binnen het woonzorgcentrum en duurde ongeveer 1 uur. Deze zijn te vinden in Tabel 7.

Tabel 7

Naam WZC	Aanwezigen	Datum	Duur
WZC Bruggenpark	- Vanessa: logopediste - Ilse: kinesitherapeut	24 maart 2025	1 uur

In Bijlage 6 staan de uitgetypte post-its.

3.2.4.5 Afname: WZC Mater Amabilis

Dit is het laatste woonzorgcentrum dat werd ondervraagd met de tool SCAMPER. Hier werd gekozen om volgende taakverdeling te volgen:

Notulist	Geluidsopname	Info en intro	Tool afnemen
Camille	Camille	Anouk	Milena

Tijdens de laatste afname van de tool SCAMPER waren er vijf zorgverleners aanwezig. Een zorgkundige, een hoofdverpleegkundige, een orthopedagoog van de leefgroep en twee ergotherapeuten, waarvan één ook leefgroep verantwoordelijke is en de andere ook werkt als beweegcoach. De afname vond plaats in het vergaderlokaal van het woonzorgcentrum en nam ongeveer 50 minuten in beslag. Meer informatie is te vinden in Tabel 8.

Tabel 8

Naam WZC	Aanwezigen	Datum	Duur
WZC Mater Amabilis	- Hoofdverpleegkundige - Ergotherapeut en leefgroep verantwoordelijke - Ergotherapeut en beweegcoach - Orthopedagoog - Zorgkundige	25 maart 2025	50 minuten

In Bijlage 6 staan de uitgetypte post-its voor dit woonzorgcentrum.

3.2.5 Samenbrengen van gegevens

We kozen ervoor om alle verkregen ruwe data aan de hand van de tool in een tabel samen te vatten. Zo wordt er een duidelijk beeld verkregen van wat vaak terugkwam en van andere relevante informatie. Op basis van deze tabel kon een beslissing genomen worden uit de verschillende sensibiliseringsmethoden en criteria. In Tabel 9 staat alle verkregen informatie van alle woonzorgcentra.

Tabel 9

Bruikbare sensibiliseringsmethoden	- Bijscholingen - Jaarlijkse vorming voor alle disciplines - Werkgroep - Samenvatting van cliënt met aandachtspunten (soort van belevingsfiche) - Knipperlicht - Poster voor familieleden/derden - Korte en frequente reminders - E-learning - Screensaver - Kalender met weetjes over pijn - Familieavonden/familieraad - Symbool dat staat voor pijn - Themadag of -week rond thema pijn - Beleefmomenten/simulaties - Teambuilding - Melding op telefoon
Niet bruikbare sensibiliseringsmethode	- Posters voor professionals - Schermen van het woonzorgcentra - Nieuwsbrief - E-mails - Langdradige opleidingen - Pijnschalen (smiley)
Belangrijke criteria sensibiliseringsmethoden	- Kort - Duidelijke punten en eenvoudig - Visueel en opvallend - Frequent/routine - Herhaling - Flexibel - Praktijkgericht (met cliënten waarmee ze dagelijks werken) - Persoonsgebonden (op maat van de cliënt) - Toegankelijk voor alle disciplines

	- Eerst goed informeren, vooraleer er iets wordt aangeboden
Aandachtspunten pijn bij personen met vergevorderde dementie	- Gelaatsuitdrukkingen - Gedragsveranderingen - Lichaamstaal - Parameters - Korte verbale signalen - Tijd geven - Relaxeren - Aandacht voor mentale pijn - Pijn bij deze doelgroep kan veranderen (andere pijnbeleving) - Objectiveren - Gedachten verzetten van de cliënt
Momenten/tijdstip	- Bespreking in teamoverleg/briefing - MDO met casusbespreking - Dagelijkse overdrachtsmomenten
Huidige situatie	- Veel observeren, moeilijkheden bij interpretatie - Rapporteren in zorgdossier - Arts of CRA raadplegen voor medicatie voor te schrijven (gebeurt niet altijd, want momentopname) - Signaleren aan verpleging - Communicatie en rapportering verloopt soms moeilijk - Niet alle disciplines aanwezig bij dagelijkse overdracht - Pijnschalen worden niet gebruikt, want deze zijn niet relevant voor alle bewoners en zijn zeer subjectief - Elektronisch platform voor gegevens van cliënt, niet iedereen neemt de tijd om deze dossiers in te vullen en te lezen - Medicatie wordt gestart en wordt niet meer geëvalueerd/gestopt, waardoor gewenning ontstaat - Observatietool wordt gebruikt, maar niet bij alle cliënten - Conclusies op basis van ervaring en kennis van de cliënt

	- Veel subjectieve gevoelens, maar weinig objectiviteit vanuit de professionals
Gewenste situatie	- Pijn in dagelijkse routine - Automatisme - Betere communicatie tussen de verschillende teamleden (terugkoppelen) - Poetshulp en logistieke dienst informeren en sensibiliseren - Opsommen wanneer pijn zich voordoet, zo kunnen bewijzen aan arts en beter zicht over ervaring cliënt - Meer opvolging van pijn (dagelijks functioneren) - Eventueel sensibilisering uitbreiden naar andere doelgroep, zoals palliatief en kinderen, ook andere onderwerpen bijvoorbeeld hygiëne - Gebruik maken van flowchart - Arts meekrijgen in het verhaal rond pijnherkenning

Voor het kiezen van de sensibiliseringsmethoden werden bepaalde criteria gebruikt die ook aan bod kwamen tijdens de afname van de tool, namelijk: kort, duidelijk en visueel, frequent, flexibel, toegankelijk, praktijkgericht en persoonsgebonden. Ook is het belangrijk om informatie aan te bieden vooraleer er praktische zaken worden aangeboden. Er werd verder gewerkt op basis van de bruikbare sensibiliseringsmethoden die naar voor kwamen tijdens de afname van de tool.

Tijdens het onderzoek werd het duidelijk dat niet enkel zorgverleners gesensibiliseerd moeten worden, maar ook de familie, derden, zoals vrijwilligers en studenten. Ook zij moeten meegenomen worden in het verhaal rond pijnherkenning. Het idee ontstond om een poster te creëren. Deze voldoet aan de criteria: kort, duidelijk, visueel, toegankelijk en flexibel. Er werd gekozen voor een poster om familie, mantelzorgers en vrijwilligers aan te spreken, omdat zij de tijd hebben om naar een poster te kijken. Bij zorgverleners zou een poster niet het gewenste effect hebben. Het prototype van de poster is te raadplegen in Bijlage 7.

Alle woonzorgcentra stonden open om het thema pijn meer te integreren in dagelijkse- en multidisciplinaire overlegmomenten. Op basis daarvan werd er gebrainstormd over wat er kon aangeboden worden. Zo is het idee van de 'pijnmap' ontstaan. Dit is een fysieke map waarbij er twee onderdelen zijn. Iedere bewoner krijgt een infoblad, waarbij volgende informatie staat: naam, medische geschiedenis die pijn kan beïnvloeden of veroorzaken, kenmerken zonder pijn en kenmerken of gedragingen van de cliënt met pijn. Na dit infoblad of voorblad komt een tweede deel namelijk het observatieblad. Hierop staan verschillende zaken, zoals datum, discipline die het invult, de observatie die gedaan is en de interpretatie die eraan kan gegeven worden. Op dit observatieblad staan ook signalen en mogelijke oorzaken van pijn die ze kunnen aankruisen. Ook is er ruimte om te noteren of ze

assessments gebruikt hebben, of de bewoner al pijnmedicatie of psychofarmaca krijgt, hoe reeds gehandeld werd om pijn te behandelen en de evaluatie en follow-up. Het sjabloon werd opgemaakt voor deze pijnmap en er werd ook een voorbeeldfiche ingevuld met een fictieve casus. Zo hebben ze een duidelijk beeld over hoe ze deze kunnen invullen. In Bijlage 8 staat het prototype van de ingevulde fiche voor de pijnmap. Het doel is dat de map goed wordt bijgehouden en tijdens overlegmomenten erbij wordt genomen. Ook kan via deze weg de arts meer geïntegreerd worden in de observaties die de zorgverleners maken. Personen die de cliënt minder goed kennen, kunnen de pijnmap raadplegen en zo cliëntgericht handelen. De familie kan ook betrokken worden bij het invullen van het infoblad over de cliënt. Het zal een extra inspanning vragen van de zorgverleners om deze pijnmap in te vullen, maar het is een essentiële stap naar verandering. De pijnmap voldoet aan volgende criteria: kort, duidelijk, toegankelijk, flexibel, persoonsgebonden, praktijkgericht en frequent te integreren tijdens overlegmomenten.

Uit het onderzoek was het duidelijk dat het belangrijk is om eerst te informeren, vooraleer er iets praktisch aangeboden wordt. Hiervoor werd er een PowerPointpresentatie gemaakt die werd ingesproken. Dit wordt gezien als een vorm van een e-learning. Er werd een combinatie gemaakt van een kleine vorming, sensibilisering, adviezen en informatie over de ontwikkelde sensibiliseringsmethoden. Er werd ook afgerond met een sjabloon voor casusbesprekingen. In Bijlage 9 kan het prototype van de e-learning of PowerPointpresentatie teruggevonden worden met de bijhorende ingesproken tekst. De e-learning is opgesplitst in twee delen. Het eerste deel op niveau van familie, mantelzorgers, vrijwilligers en andere derden van bewoners en het tweede deel die wat dieper ingaat voor multidisciplinaire teams. Deze presentatie kan bijvoorbeeld jaarlijks gebruikt worden tijdens overlegmomenten, zo kan pijn in de kijker gezet worden. De teamleden kunnen zelf beslissen hoe ze deze e-learning invullen in hun rooster. Ook kan het eerste deel gebruikt worden tijdens familieavonden of familieraden. Hierbij kunnen familieleden ook meegenomen worden in het verhaal van pijnherkenning. Ook wordt graag de poetshulp en logistieke dienst gesensibiliseerd via het bekijken van het eerste deel van de e-learning. Deze methode voldoet aan volgende criteria: informatief, praktijkgericht, toegankelijk, herhaling is mogelijk, visueel, kort, duidelijk en flexibel.

We hebben de poster en e-learning voorgelegd aan onze externe promotor, Veerle De Bou. Op basis van haar feedback hebben we enkele aanpassingen doorgevoerd. Daarnaast raadde ze ons aan om een visuele eyecatcher te ontwerpen die verwijst naar de pijnmap en e-learning, met als doel om nog meer disciplines te betrekken in het gebruik van de sensibiliseringsmethoden. Het prototype van de eyecatcher kan geraadpleegd worden in Bijlage 10.

3.3 Small Casestudy

3.3.1 Inleiding: wat houdt de tool in?

Na het bepalen en ontwikkelen van de sensibiliseringsmethoden, werden deze aangeboden om uit te testen in de praktijk. Dit werd geëvalueerd via de Small Casestudy. Dit is een geschikte tool om nieuw ontworpen interventies te evalueren (van 't Veer et al., 2023, pp. 272-276).

Via de Small Casestudy werd er onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de prototypes van de sensibiliseringsmethoden. Deze tool houdt in dat het gedrag van de persoon meerdere keren gemeten wordt over verschillende fasen en dit op het niveau van het individu. Het gaat concreet over metingen voordat de interventies uitgetest worden, namelijk de nulmeting en metingen na het gebruiken en uittesten van de interventies, namelijk de evolutiemeting. Hierna werden de uitkomsten van beide metingen vergeleken. Zo ontstaat een duidelijk beeld van de invloed van de interventie in de praktijk (van 't Veer et al., 2023, pp. 272-276).

Deze tool werd uitgevoerd aan de hand van een vragenlijst via een Google Formulier. Deze werd twee keer verstuurd naar de betrokken woonzorgcentra. Tussen de eerste en tweede vragenlijst is er een periode van ongeveer twee weken. De tweede vragenlijst werd aangepast, waarbij er extra vragen toegevoegd werden over het gebruik van de sensibiliseringsmethoden. De eerste vragenlijst of nulmeting werd ingevuld voor het gebruik van de sensibiliseringsmethoden en de tweede vragenlijst of evolutiemeting na het gebruiken ervan. Zo werd er een duidelijk beeld gevormd van de eventuele effecten van de ontworpen sensibiliseringsmethoden en welke aanpassingen nodig zijn om ze verder te optimaliseren.

3.3.2 Voorbereiden van de tool

De tweede tool, namelijk de Small Casestudy, werd onderverdeeld in twee onderdelen. Het eerste deel is een nulmeting aan de hand van een vragenlijst via een Google Formulier. Het tweede deel is een vragenlijst die gedeeltelijk overlapt met deze nulmeting met daarbij ook een evaluatie en feedback over de ontwikkelde sensibiliseringsmethoden. Deze tweede vragenlijst werd ook georganiseerd onder de vorm van een Google Formulier. De vragenlijst van de nulmeting kan geraadpleegd worden in Bijlage 11 en de tweede vragenlijst in Bijlage 12. Voor het eerste deel werd langsgesegaan bij de woonzorgcentra. Na het afnemen van de nulmeting werden de sensibiliseringsmethoden en de pijnmap kort voorgesteld, zodat ze ermee aan de slag konden gedurende ongeveer twee weken. Na deze twee weken was het de bedoeling dat de teamleden individueel het tweede formulier gingen invullen. Deze heeft als doel om na te gaan of de prototypes van de sensibiliseringsmethoden een verschil hebben gemaakt. Ze konden aangeven of het nog een verschil kan maken in de toekomst en of er nog aanpassingen moeten gebeuren om zo tot een bruikbaar eindresultaat te komen. Voor deze tweede evolutiemeting werd er niet meer langsgesegaan, omdat dit in tijd niet haalbaar was. Echter hebben ze het formulier ontvangen via mail, dat online kon worden ingevuld. Zo werden de resultaten verkregen en kon er aan de slag gegaan worden met de verkregen informatie om een eindproduct te maken.

Ook werd de beslissing genomen om eerst de afname van de tool te laten plaatsvinden en daarna uitleg te bieden over de prototypes. Deze beslissing werd genomen om ervoor te zorgen dat de teamleden

volledig transparant en onbevooroordeeld kunnen antwoorden op de vragen die gesteld werden met behulp van de nulmeting van de tweede tool, zonder vooraf kennis te hebben van de inhoud die zal worden aangereikt. De bedoeling is om een concreet beeld te krijgen van hun dagelijkse werking en begrijpen welke plaats pijn daarin heeft.

Deze tool werd afgenomen met multidisciplinaire teams die werken met personen met dementie in een woonzorgcentrum. Dit is de context waarbinnen de zorgverleners werkzaam zijn. Dit zijn dezelfde woonzorgcentra als bij de afname van de SCAMPER. Door een multidisciplinair team te bevragen, werden er direct meerdere disciplines bevraagd en dit is ook tijdbesparend aangezien de werkdruk in de zorg hoog ligt. Het groot verschil met de afname van de eerste tool is dat de teamleden dit nu individueel invullen. Echter werd er kort in gesprek gegaan tijdens de samenkomst, maar de antwoorden zijn individueel. Terwijl het bij de eerste tool voornamelijk een soort van gesprek was op basis van de input van individuele teamleden.

De datum voor de afname van de Small Casestudy werd bepaald op het einde van de eerste samenkomst bij de afname van de eerste tool. Nadien werd er nog een mail verstuurd met de afspraken rond de Small Casestudy, dat terug te vinden is in Bijlage 13. In Tabel 10 staan de woonzorgcentra die deelgenomen hebben aan de afname van de tweede tool en op welke datum dit plaatsvond.

Tabel 10

Naam WZC	Gemeente	Datum afname tweede tool
WZC Seniorenzorg Philippus Neri Eeklo	Eeklo	09/04/2025
WZC Mater Amabilis	Wervik	10/04/2025
WZC Ter Caele	Evergem	10/04/2025
WZC Brembloem	Evergem	14/04/2025
WZC Bruggenpark	Zottegem	09/04/2025

Voorafgaand aan het tweede bezoek aan de woonzorgcentra werd er een sjabloon opgemaakt en was bedoeld voor de notulist. Dit sjabloon kan geraadpleegd worden in Bijlage 14. Zo werd er een duidelijk beeld van de gegevens verkregen die verzameld werden en dit op een uniforme wijze. De afname van de Small Casestudy is vooral een individueel deel waarbij de relevantste zaken kort werden besproken. Toch was het belangrijk om een notulist aan te duiden, zodat er zeker geen informatie verloren ging. Er werd opnieuw een draaiboek gemaakt, met als doel de afname van de tweede tool zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. Het draaiboek voor de tweede bijeenkomst kan geraadpleegd worden in Bijlage 15.

Zoals bij de eerste tool werd er samen met het team in een aparte ruimte plaatsgenomen, zodat de privacy gerespecteerd werd. Vervolgens kreeg iedere nieuwe deelnemer het document informed consent waarbij ze schriftelijke toestemming gaven om het gesprek op te nemen. Er werd vermeld dat de opname zal gebruikt worden om het gesprek opnieuw te beluisteren wanneer er belangrijke info ontbrak. Met 'nieuwe deelnemer' wordt bedoeld, deelnemers die niet aanwezig waren tijdens de afname van de eerste tool, namelijk de SCAMPER. Het informed consent van de eerste tool werd opgemaakt met de bedoeling om deelnemers die hem ondertekende, ook mee te laten participeren aan

de afname van de tweede tool. Dit is relevanter voor het onderzoek, omdat de prototypes werden gecreëerd op basis van de informatie gegeven tijdens de eerste samenkomst. Het informed consent dat betrekking heeft op beide tools, namelijk SCAMPER en Small Casestudy kan geraadpleegd worden in Bijlage 16. In Bijlage 17 staat het informed consent dat gebruikt werd voor de nieuwe deelnemers bij de Small Casestudy.

3.3.3 Rekrutering: bij wie, wanneer en waar werd de tool afgenomen?

Deze tool werd, zoals eerder besproken, afgenomen bij dezelfde multidisciplinaire teams die aanwezig waren bij de SCAMPER. In Tabel 11 staat meer informatie over de tweede bijeenkomst waarbij de afname van de nulmeting van de Small Casestudy plaatsvond en de sensibiliseringsmethoden werden voorgesteld.

Tabel 11

Naam WZC	Deelname aan nulmeting	Datum	Duur
WZC Seniorenzorg Philippus Neri Eeklo	- Selina: zorgkundige - Veerle: hoofdverpleegkundige - Charlotte: zorgkundige - Ergotherapeut - Leefgroep begeleidster	9 april 2025	45 minuten
WZC Ter Caele	- Marleen: hoofdverpleegkundige - An: kinesitherapeut - Referent wonen en leven en ergotherapeut - Ergotherapeut - Animatie, referentpersoon dementie - Personeelslid van de organisatie - Personeelslid van de organisatie	10 april 2025	30 minuten
WZC Brembloem	- Annelies: ergotherapeut - Nathalie: referentpersoon dementie, ergotherapeut - Sandra: kinesitherapeut - Katie: verpleegkundige - Tatiana: student zorgkunde	14 april 2025	20 minuten
WZC Bruggenpark	- Ilse: kinesitherapeut - Vanessa: logopedist - Ergotherapeut	9 april 2025	30 minuten
WZC Mater Amabilis	- Hoofdverpleegkundige - Ergotherapeut en leefgroep verantwoordelijke - Ergotherapeut en beweegcoach - Orthopedagoog - Zorgkundige	10 april 2025	30 minuten

In sommige woonzorgcentra zijn er extra personen aangesloten bij het onderzoek. De nieuwe teamleden kregen ook een nieuw informed consent. Dit document moesten zij invullen om de privacy te waarborgen. Sommige zorgverleners konden niet fysiek aanwezig zijn tijdens de bijeenkomst, maar

hebben wel de nulmeting ingevuld en zullen geïnformeerd worden over de sensibiliseringsmethoden via hun collega's.

3.3.4 Afname: Welke gegevens levert de tool op?

Ook bij de afname van de tweede tool, namelijk de Small Casestudy werd er gebruikgemaakt van een draaiboek, deze is te vinden in Bijlage 15. Er werd gewerkt aan de hand van een taakverdeling, die werd opgesteld. Deze indeling werd overgenomen uit de afname van de eerste tool, namelijk de SCAMPER, en ziet er als volgt uit:

- **Notulist:** De verslaggever had tijdens de afname van de tool een computer bij zich. Deze persoon typte de belangrijkste zaken uit, zoals citaten, ervaringen, opmerkingen en feedback. Voor deze taak werd ook een sjabloon opgemaakt.
- **Geluidsopname:** Deze persoon heeft via de GSM een geluidsopname gemaakt. Dit werd gedaan na het tekenen van het informed consent. Deze opname wordt enkel gebruikt in kader van deze bachelorproef en wordt hierna verwijderd. Ook wordt deze niet gedeeld met derden.
- **Intro en outro en afname van de tool:** Deze persoon leidde en beëindigde het gesprek, gaf informatie over de datums en deadlines voor het invullen van de tool, etc. Ook begeleidde deze persoon het team bij het invullen van de nulmeting. Echter is het invullen van de nulmeting een opdracht om zelfstandig uit te voeren. Dit groepslid nam een meer ondersteunende en informerende rol op.
- **Informatie over sensibiliseringsmethoden:** Deze persoon heeft informatie geboden over de sensibiliseringmethoden, namelijk de e- learning, de pijnmap, eyecatcher en poster. Echter sprongen alle groepsleden in bij het aanbieden van de sensibiliseringsmethoden, maar deze persoon heeft het vooral geleid. Tijdens dit deel werd er ook steeds een exemplaar meegegeven aan het team, zodat ze er mee aan de slag konden. Deze persoon heeft meer een informatieve rol op zich genomen.

Ook bij de tweede tool werden andere taken opgenomen, zoals het verwerken van de informatie, voorbereiden van de evolutiemeting... Er werd opnieuw geen specifieke taakverdeling gemaakt, aangezien alle groepsleden deze taken gezamenlijk opnamen.

3.3.4.1 Afname: WZC Seniorenzorg Philippus Neri Eeklo

3.3.4.1.1 Nulmeting

We waren alle drie aanwezig en namen allemaal een rol op. De taakverdeling ging als volgt:

Notulist	Geluidsopname	Informatie over sensibiliseringsmethode	Intro en outro en afname tool afnemen
Anouk	Camille	Milena	Camille

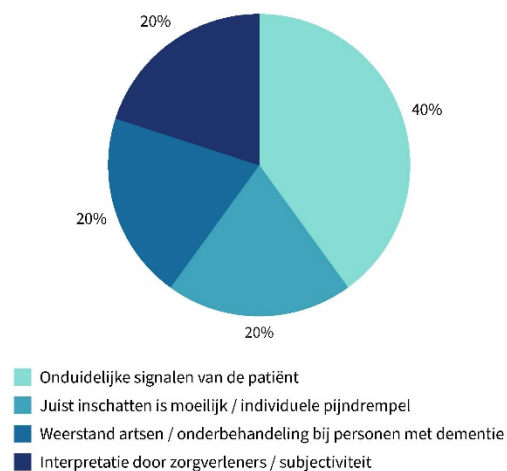
In Tabel 12 staat een opsomming van de aanwezige teamleden voor de afname van de nulmeting. Echter was één zorgkundige afwezig. Ze was wel aanwezig tijdens de afname van de eerste tool en wenste verder deel te nemen aan de bachelorproef. De zorgkundige heeft de nulmeting ingevuld op een ander moment. Er waren dus vier teamleden aanwezig, maar we hebben respons van vijf teamleden gekregen. Ook was voor de nulmeting een ergotherapeut aanwezig. Zij kreeg echter een nieuw informed consent. De afname van de nulmeting nam ongeveer 45 minuten in beslag.

Tabel 12

Naam WZC	Aanwezigen	Datum	Duur
WZC Seniorenzorg Philippus Neri Eeklo	- Veerle: hoofdverpleegkundige - Charlotte: zorgkundige - Leefgroep begeleider - Ergotherapeut	9 april 2025	45 minuten
	Afwezig, maar nulmeting op ander moment ingevuld.		
WZC Seniorenzorg Philipus Neri Eeklo	- Selina: zorgkundige		

Uit de reacties van de nulmeting werden uniforme resultaten bekomen. De zorgende teamleden gaven aan dagelijks bezig te zijn met pijn. De paramedische teamleden daarentegen gaven aan enkel bij klachten bezig te zijn met pijn. Alle teamleden hadden hun kennis rond pijn beoordeeld tussen de 3 en 4 op 5. Ook hun vertrouwen in het herkennen van pijn werd gescoord tussen 3 en 4 op 5. Alle teamleden gaven aan keuzes te maken op basis van hun observaties en het herkennen van non-verbale signalen van pijn. Uit de nulmeting was het duidelijk dat er geen pijnschalen of assessments gebruikt worden, omdat dit moeilijk toepasbaar is bij de doelgroep en er nog geen pijnschaal ingevoerd is voor de afdeling met personen met vergevorderde dementie. Echter vindt het team dat de grootste uitdaging bij pijn de onduidelijke signalen zijn. De interpretatie van zorgverleners speelt een rol, maar evenals verschil in pijngrens tussen de verschillende ouderen met vergevorderde dementie.

In volgende diagram worden de uitdagingen geïllustreerd in kader van pijnherkenning. Dit werd bevraagd aan de hand van de vraag: Welke uitdagingen ervaart u bij het beoordelen van pijn?



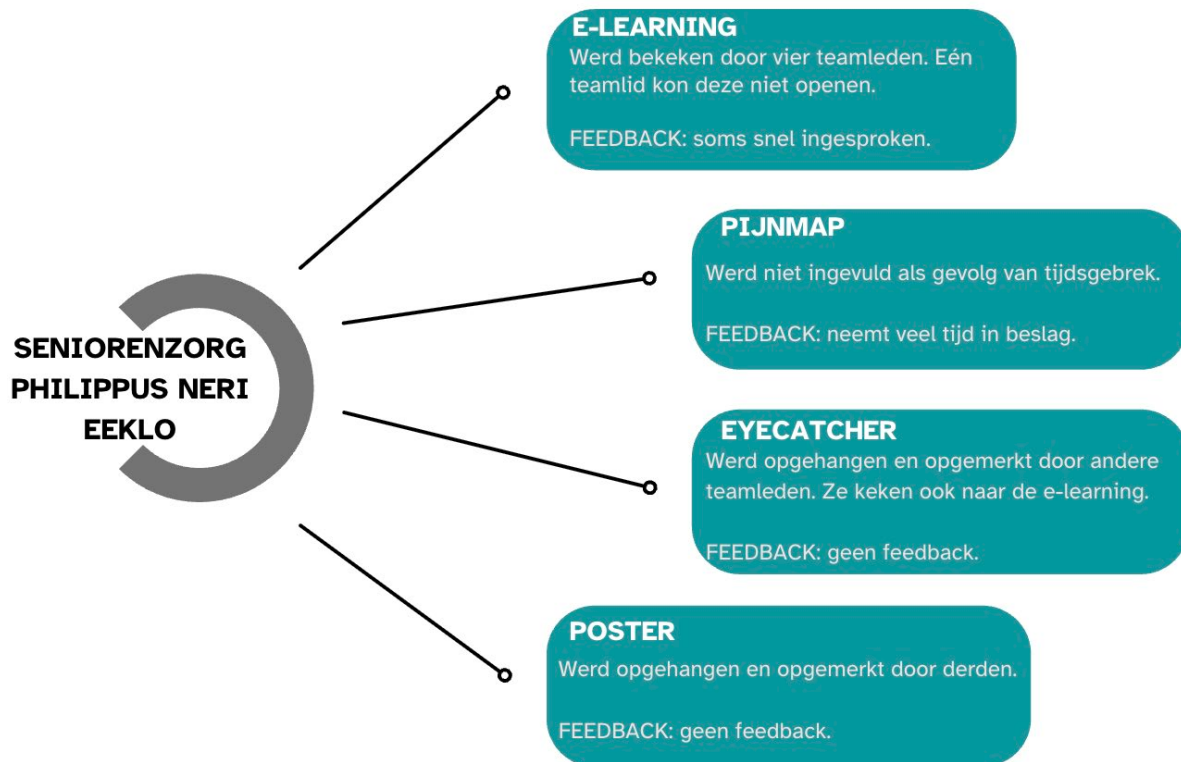
3.3.4.1.2 Evolutiemeting

In volgende tabel staat een overzicht van de respondenten van de evolutiemeting. Deze zijn dezelfde teamleden als bij de nulmeting.

Naam WZC	Aanwezigen	Datum	Duur
WZC Seniorenzorg Philippus Neri Eeklo	- Veerle: hoofdverpleegkundige - Charlotte: zorgkundige - Leefgroep begeleidster - Ergotherapeut - Selina: zorgkundige	25/04 - 30/04	+/- 10 minuten

Het team gebruikt sinds het inzetten van de sensibiliseringsmethoden geen andere signalen dan voordien om pijn te herkennen. Ook gebruiken ze geen pijnschaal. Toch hadden alle teamleden gerapporteerd dagelijks bezig te zijn met pijn. Alle teamleden scoorden hun kennis rond pijn als een 4 op 5. Ook scoorden de meeste teamleden een 4 op 5 op hun zekerheid en vertrouwen om pijn te herkennen. Eén teamlid scoorde zichzelf een 3 op 5. Hierin is een evolutie zichtbaar in vergelijking met de periode van de nulmeting. Het aantal keren dat het team bezig is met pijn is ook toegenomen en dus positief geëvolueerd. Twee teamleden rapporteerden geen verschil te merken tussen de periode van de nulmeting en de periode van de evolutiemeting. Ze gaven aan al goed alert te zijn op de signalen van pijn. Drie andere teamleden gaven aan wel een verschil te merken, waarbij ze rapporteerden nog meer aandacht te hebben voor signalen en oorzaken van pijn. 4 op de 5 teamleden vertelden gedeeltelijk nieuwe inzichten te hebben opgedaan over pijnherkenning. Er is een grotere bewustwording ontstaan dat pijn steeds ernstig genomen en opgevolgd moet worden. Ook worden bepaalde lichamelijke factoren als mogelijke pijnsignalen gezien. Sommige bewoners kunnen comfort zoeken, omdat er pijn wordt ervaren. 3 op de 5 teamleden gaven aan dat de ontwikkelde methoden hun praktijk hebben veranderd, omdat zowel mensen binnen dit team als mensen buiten dit team meer aandacht hebben voor pijn en er bewuster mee wordt omgegaan. Ook gaven vier teamleden aan pijn vaker besproken te hebben met collega's.

In volgend schema staat de feedback en de uitkomsten met betrekking tot de ontwikkelde sensibiliseringsmethoden.



3.3.4.2 Afname: WZC Ter Caele

3.3.4.2.1 Nulmeting

We waren alle drie aanwezig en namen allemaal een rol op. De taakverdeling ging als volgt:

Notulist	Geluidsoptname	Informatie over sensibiliseringsmethode	Intro en outro en afname tool afnemen
Camille	Camille	Anouk	Milena

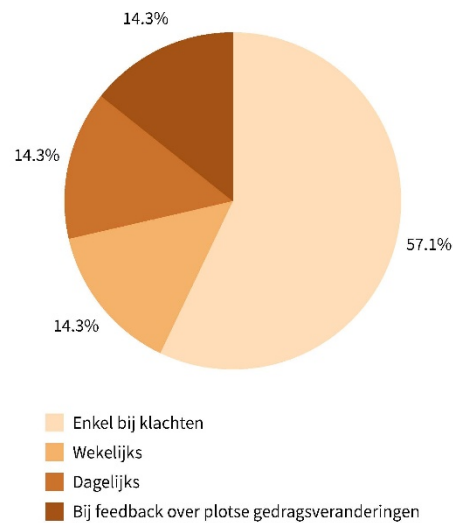
In Tabel 13 staat een opsomming van de aanwezige teamleden voor de afname van de nulmeting. Er waren twee nieuwe teamleden aanwezig, zij kregen in het begin het document informed consent om te ondertekenen. Sommige teamleden konden echter niet aanwezig zijn voor de afname van de nulmeting. Deze teamleden vullen de nulmeting in op een later moment, uiterlijk tegen 14 april.

Tabel 13

Naam WZC	Aanwezigen	Datum	Duur
WZC Ter Caele	- Ergotherapeut - Ergotherapeut en referentiepersoon wonen en leven - An: kinesitherapeut - Animatie, referentiepersoon dementie - Personeelslid van de organisatie	10 april 2025	40 minuten
	Afwezig, maar nulmeting op ander moment ingevuld.		
WZC Ter Caele	- Marleen: hoofdverpleegkundige - Zorgkundige		

Geen teamlid maakt gebruik van pijnschalen. Dit heeft verschillende oorzaken, namelijk te weinig kennis over schalen en welke gepast zijn. De REPOS pijnschaal kan gebruikt worden binnen de organisatie, maar deze wordt enkel ingezet bij extreme casussen. Sommige teamleden hebben zo een situatie echter nog niet meegemaakt. Ze maken dus gebruik van hun observaties. Er wordt vooral gelet op gelaatsuitdrukkingen en gedragsveranderingen. De deelnemers scoorden een 3 of 4 op 5 op hun kennis rond pijn. Ook scoorde de meerderheid een 3 of 4 op 5 over hun vertrouwen om pijn te herkennen. De minderheid scoorde zichzelf een 2 op 5. Vijf teamleden gaven aan aandacht te hebben voor pijn wanneer er klachten optreden of wanneer er feedback komt van plotse gedragsveranderingen. Eén teamlid vertelde hier wekelijks mee bezig te zijn en een ander teamlid gaf aan op dagelijkse basis aandacht te hebben voor pijn. Voor dit team is de grootste uitdaging het verschil in observaties tussen de verschillende zorgverleners, dit zorgt voor subjectiviteit. Ook de verschillen in pijngrens en de onduidelijke signalen van de ouderen met vergevorderde dementie zorgt voor uitdagingen. Eenmaal de teamleden kunnen concluderen dat de oudere met vergevorderde dementie pijn ervaart, blijft het moeilijk om na te gaan waar de pijn zich precies bevindt. Dit is echter ook een uitdaging.

In volgende cirkeldiagram wordt geïllustreerd wanneer de teamleden aandacht hebben voor pijn. Dit werd bevraagd aan de hand van de vraag: Hoe vaak evalueert u pijn bij uw patiënten?



3.3.4.2.2 Evolutiemeting

In onderstaande tabel bevindt zich een lijst van de teamleden die geantwoord hebben op de evolutiemeting. Twee teamleden hebben deze niet ingevuld. Ook werd de deadline verlengd als gevolg van technische moeilijkheden.

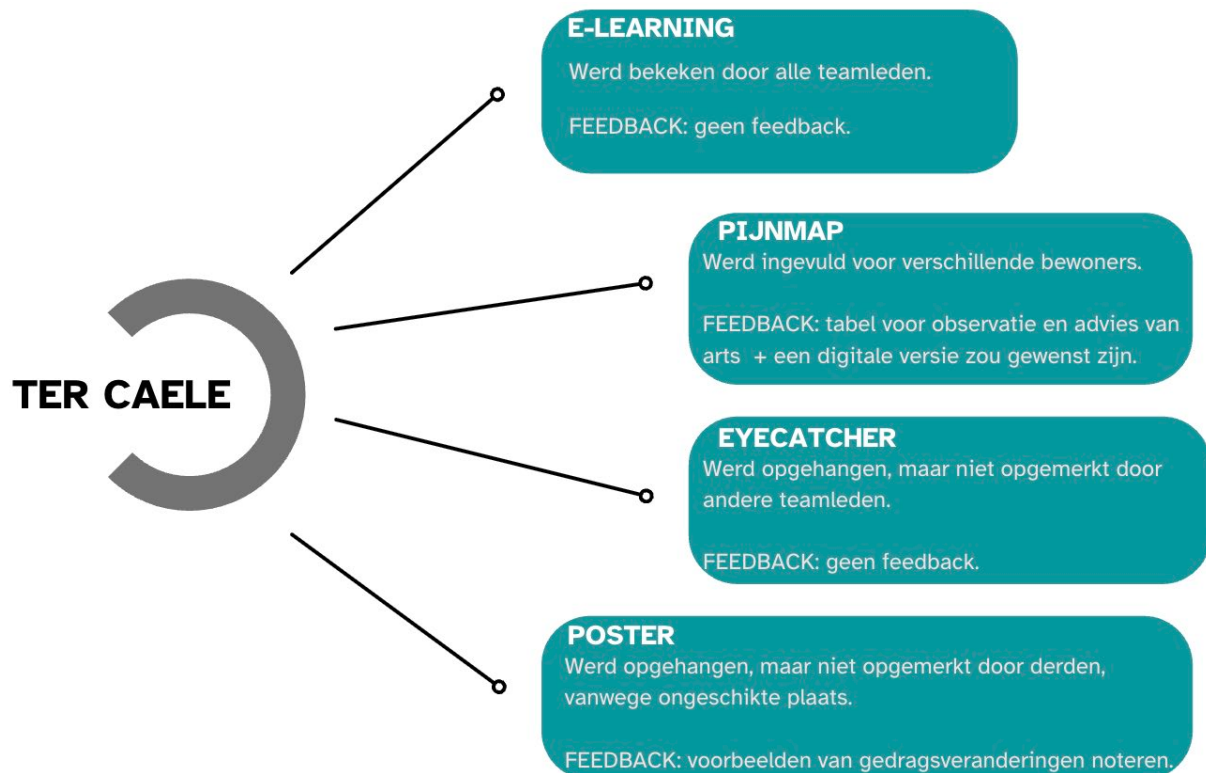
Naam WZC	Aanwezigen	Datum	Duur
WZC Ter Caele	- Animatie, referentiepersoon dementie - Marleen: hoofdverpleegkundige - Ergotherapeut - Ergotherapeut en referentiepersoon wonen en leven - An: kinesitherapeut Afwezigen: - Personeelslid van de organisatie - Zorgkundige	25/04 - 13/05	+/- 10 minuten

Het team rapporteerde geen andere signalen te gebruiken om pijn te herkennen. Eén teamlid vertelde een assessment te gebruiken, namelijk de REPOS, wanneer dit relevant en nodig blijkt te zijn. Een teamlid rapporteerde enkel bij klachten bezig te zijn met pijn, de andere vier teamleden gaven aan dit dagelijks te doen. Hun kennis rond pijn scoorden ze een 3 of 4 op 5 en hun vertrouwen om pijn te herkennen werd ook gescoord als 3 of 4 op 5. Bij sommige teamleden is dit vertrouwen en kennis gestegen.

Twee teamleden vertelden een verschil te merken tussen de periode van de nulmeting en de evolutiemeting. Ze merken vooral alerter te zijn in het herkennen van pijn en nemen bepaalde zaken meer mee naar hun manier van werken. De teamleden die rapporteerden geen verschil te merken, vertelden dat ze reeds enorm alert zijn rond pijn en zich daar sterk voor inzetten. Andere teamleden vertelden nog niet consequent de methoden te gebruiken, waardoor er geen verschil werd opgemerkt. De helft gaf aan nieuwe inzichten te hebben opgedaan rond pijnherkenning. 4 van de 5 teamleden

vertelden dat de ontwikkelde sensibiliseringmethoden hun praktijk niet veranderd hebben, maar dat ze wel meer met collega's over pijn praten en alerter zijn geworden op het gebied van pijnherkenning. Het teamlid dat wel een verschil merkt in haar dagelijkse praktijk rapporteerde vooral een verschil te merken in haar gedachtegang.

In volgende schema staat een overzicht van de gekregen antwoorden in kader van de ontwikkelde prototypes.



3.3.4.3 Afname: WZC Brembloem

3.3.4.3.1 Nulmeting

We waren alle drie aanwezig en namen allemaal een rol op. De taakverdeling ging als volgt:

Notulist	Geluidsopname	Informatie over sensibiliseringsmethode	Intro en outro en afname tool afnemen
Milena	Camille	Anouk	Camille

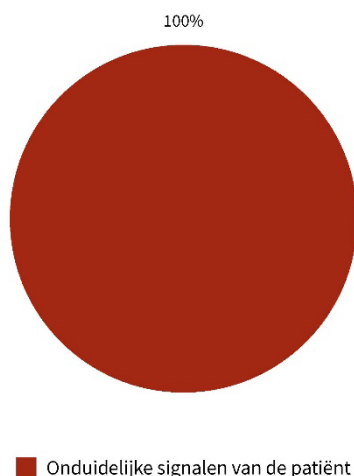
In Tabel 14 staat een overzicht van wie er aanwezig was tijdens de afname van de nulmeting. Dit zijn dezelfde teamleden als voor de afname van de eerste tool. De afname duurde ongeveer 20 minuten.

Tabel 14

Naam WZC	Aanwezigen	Datum	Duur
WZC Brembloem	- Annelies: ergotherapeut - Nathalie: referentiepersoon dementie, ergotherapeut - Sandra: kinesitherapeut - Katie: verpleegkundige - Tatiana: student zorgkunde	14 april 2025	20 minuten

Drie teamleden gaven aan dagelijks bezig te zijn met pijn, twee zorgverleners gaven aan dit alleen te doen wanneer er signalen van pijn optreden. Het team maakt geen gebruik van assessments, de meest voorkomende reden hiervoor is tijdsdruk. Ook vinden sommige teamleden het moeilijk om assessments en schalen te gebruiken. Wel observeren alle teamleden gezichtsuitdrukkingen en gedragsveranderingen en gaan ze op basis hiervan vervolgstappen nemen. Alle teamleden scoorden hun kennis en vertrouwen om pijn te scoren tussen 3 en 4 op 5. Alle teamleden vinden dat de onduidelijke signalen van de bewoner de grootste uitdaging vormt.

In onderstaand cirkeldiagram worden de uitdagingen geïllustreerd met betrekking tot pijnherkenning. Dit werd bevraagd aan de hand van de vraag: Welke uitdagingen ervaart u bij het beoordelen van pijn?



3.3.4.3.2 Evolutiemeting

In volgende tabel staan de deelnemers van de evolutiemeting. De deadline voor het invullen van de evolutiemeting werd verplaats. Twee teamleden antwoorden niet op de evolutiemeting.

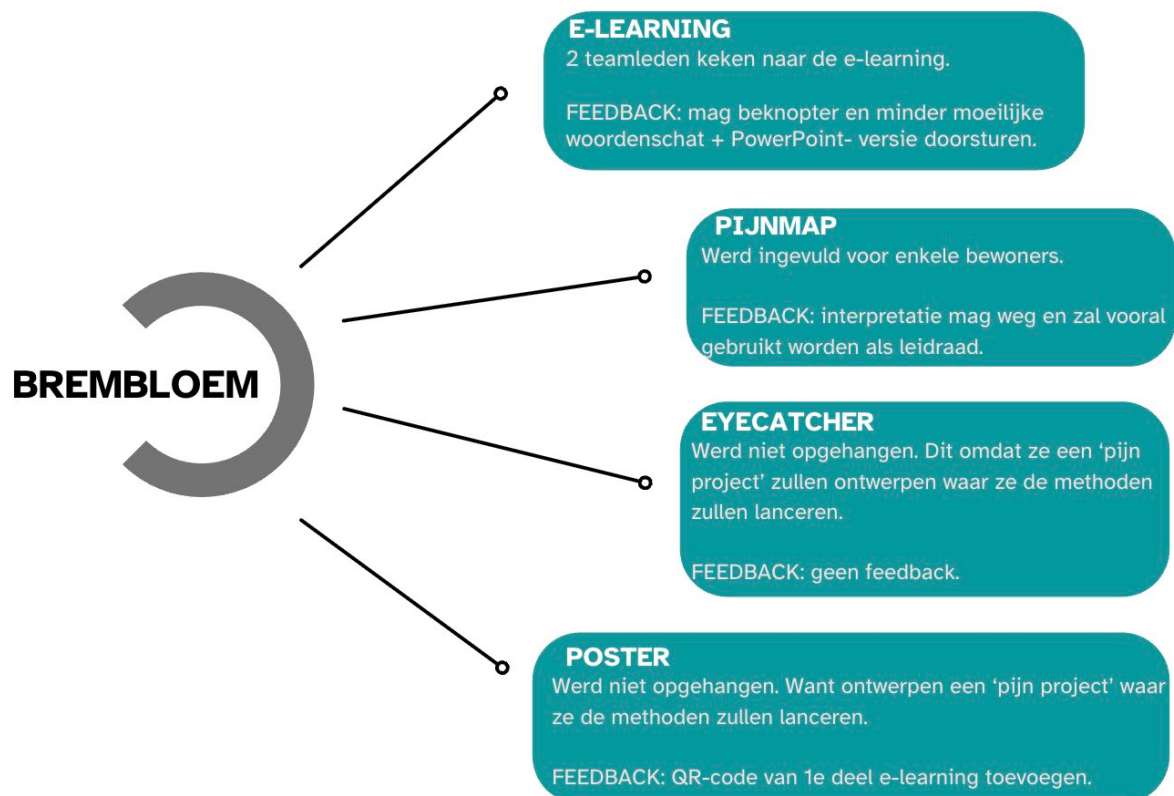
Naam WZC	Aanwezigen	Datum	Duur
WZC Brembloem	- Annelies: ergotherapeut - Nathalie: referentiepersoon dementie, ergotherapeut - Sandra: kinesitherapeut Afwezig: - Katie: verpleegkundige - Tatiana: student zorgkunde	25/04 - 6/05	+/- 10 minuten

Eén teamlid vertelde naar dezelfde signalen te kijken in vergelijking met de periode voor het aanbieden van de sensibiliseringsmethoden. Twee andere teamleden vertelden pijn op dezelfde manier te observeren, maar dit bewuster te doen. Dit team maakt geen gebruik van pijnschalen. Dit blijft hetzelfde als bij de nulmeting. Dit woonzorgcentrum gaf aan tegen oktober een project te willen starten, waarbij een pijnschaal zal geïntroduceerd worden. De helft van de respondenten gaf aan dagelijks bezig te zijn met pijn. De andere helft vertelde dit enkel bij klachten te doen. Alle teamleden scoorden 3 op 5 in kader van hun kennis rond pijn. Hun vertrouwen werd gescoord tussen de 3 en 4 op 5.

Een teamlid rapporteerde verschillen te merken sinds het gebruik van de ontwikkelde methoden. Hierdoor zijn ze bewuster van de mogelijkheden rond pijnherkenning. De meerderheid vertelde nieuwe inzichten opgedaan te hebben rond pijn. De mogelijke oorzaken van pijn werden door het team als zeer bruikbaar ervaren. Ook is het team over het algemeen bewust geworden dat ze te weinig bezig zijn met pijnherkenning. Hier wil het team verandering in brengen. Dit zullen ze doen door tegen oktober een 'Pijn project' op te starten, waarbij er gebruik wordt gemaakt van de aangeboden sensibiliseringsmethoden. Het team rapporteerde niet op andere signalen te letten voor het herkennen van pijn, maar dit gewoon bewuster te doen. De helft van de teamleden gaven aan dat de ontwikkelde methoden hun praktijk veranderd heeft. De andere helft rapporteerde dat hun manier van werken niet veranderd is, maar dat ze bewuster omgaan met pijn en hier meer aandacht voor hebben. Echter gaf ook de meerderheid aan dat pijn meer werd gecommuniceerd met collega's.

Sensibiliseringsmethoden werden nog niet aangereikt aan andere teamleden, maar ze zijn van plan om dit tegen oktober te doen. Ze zijn nu actief bezig met het ontwikkelen van een 'Pijn project' waarin de sensibiliseringsmethoden gelanceerd en geïmplementeerd zullen worden.

In volgend schema staat een overzicht van de verkregen feedback op de ontwikkelde sensibiliseringsmethoden.



3.3.4.4 Afname: WZC Bruggenpark

3.3.4.4.1 Nulmeting

We waren alle drie aanwezig en namen allemaal een rol op. De taakverdeling ging als volgt:

Notulist	Geluidsopname	Informatie over sensibiliseringsmethode	Intro en outro en afname tool afnemen
Anouk	Camille	Milena	Camille

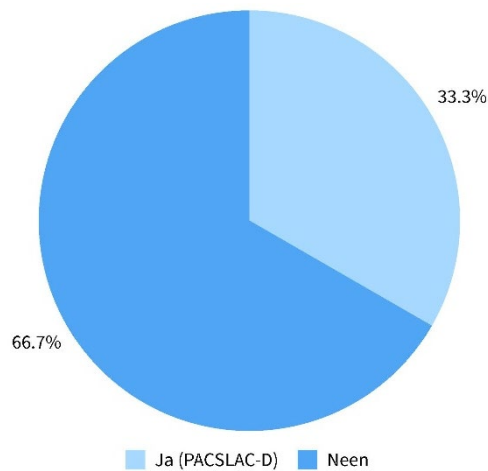
In Tabel 15 staat wie aanwezig was tijdens de afname van de tweede tool. Er sloot één nieuw teamlid aan. Het informed consent werd ook gegeven om te ondertekenen. De logopediste die tijdens de afname van de eerste tool aanwezig was, kon nu niet aanwezig zijn. Zij heeft de nulmeting op een ander moment ingevuld en werd via de andere teamleden geïnformeerd over de ontwikkelde sensibiliseringsmethoden. Met het team werd er 30 minuten samengezeten.

Tabel 15

Naam WZC	Aanwezigen	Datum	Duur
WZC Bruggenpark	- Ergotherapeut - Ilse: kinésithérapeut	9 april 2025	30 minuten
	Afwezig, maar nulmeting op ander moment ingevuld.		
WZC Bruggenpark	- Vanessa: logopediste		

Uit de afname van de nulmeting werd relevante informatie verzameld. Twee teamleden rapporteerden dat ze niet dagelijks bezig zijn met pijn, maar enkel als er signalen optreden. Een ander teamlid vertelde dit op jaarlijkse basis te doen. Dit houdt het risico in dat als er zich signalen voordoen, ze niet opgemerkt worden en dus ook niet behandeld. Ook gaven twee teamleden aan dat ze geen gebruik maken van pijnschalen en vooral op basis van hun ervaring en observaties keuzes maken. Eén teamlid vertelde een pijnschaal te kennen, namelijk de PACSLAC-D, maar deze niet te gebruiken. Echter scoorden de teamleden een 2, 3 of 4 op 5 op hun kennis rond pijn. Ook scoorden ze tussen de 2 en 4 over hoe zeker ze zich voelen in kader van pijnherkenning. Het teamlid dat bij deze twee vragen een twee scoort, ervaart als grootste uitdaging een gebrek aan kennis. De grootste uitdaging voor dit team blijft het subjectieve karakter van pijn en dus een tekort aan objectiviteit bij het herkennen van pijn bij personen met vergevorderde dementie.

In onderstaand cirkeldiagram worden de antwoorden in kader van het gebruik van een pijnschaal geïllustreerd. Dit werd onderzocht met de vraag: Maakt u momenteel gebruik van een pijnschaal of observatiemethode?



3.3.4.4.2 Evolutiemeting

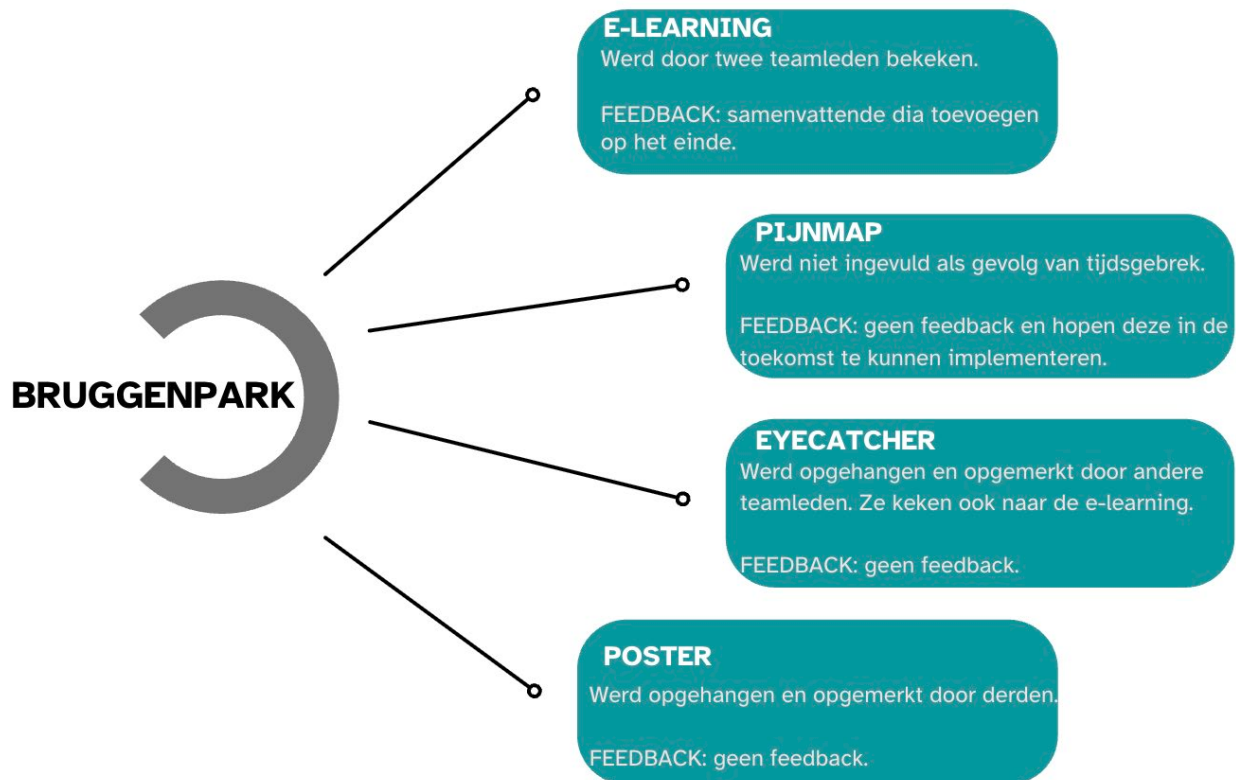
De respondenten waren voor de evolutiemeting dezelfde als voor de nulmeting. In volgende tabel staan de teamleden die de evolutiemeting hebben ingevuld via het Google Formulier.

Naam WZC	Aanwezigen	Datum	Duur
WZC Bruggenpark	- Ergotherapeut - Ilse: kinesitherapeut - Vanessa: logopediste	25/04 - 30/04	+/- 10 minuten

Uit deze evolutiemeting gaf één teamlid aan een andere kijk te hebben op het observeren van pijn. Er wordt dankzij de pijnmap op andere signalen gelet in vergelijking met voor de nulmeting. Echter gebruiken de drie teamleden geen pijnschalen om pijn te achterhalen, wat in dezelfde lijn blijft met de situatie tijdens de nulmeting. Twee teamleden rapporteerden bezig te zijn met pijn enkel als er zich klachten voordoen en één teamlid rapporteerde dit dagelijks te doen. Hier ziet men ook een evolutie in vergelijking met de nulmeting, waarin twee teamleden aangaven enkel bij klachten bezig te zijn met pijn en één teamlid dit op jaarlijkse basis te doen. Ook de score van hun kennis in kader van pijn en hun vertrouwen om pijn te herkennen is gestegen. Deze bevindt zich tussen 3 en 4 op 5 in de plaats van tussen 2 en 4 op 5.

De teamleden rapporteerden een verschil te merken tussen de periode van de nulmeting en de evolutiemeting. Ze gaven aan er meer bewust mee bezig te zijn. Ook vertelde een teamlid dat de proefperiode van twee weken kort was, maar dat ze zeker verder wil met de pijnmap. Twee teamleden rapporteerden ook nieuwe inzichten te hebben opgedaan dankzij de ontwikkelde sensibiliseringsmethoden, vooral uit de pijnmap en de lijst van signalen en mogelijke oorzaken. Deze teamleden rapporteerden nu op andere signalen te letten, vooral op gelaatsuitdrukkingen en dat ze ook hun observaties eens controleren aan de hand van de pijnmap. Ze rapporteerden dat de sensibiliseringsmethoden hun praktijk veranderd hebben. Eén teamlid bespreekt pijnherkenning meer met collega's.

In het volgend schema staat de verkregen informatie en feedback op de prototypes van de ontwikkelde sensibiliseringsmethoden.



3.3.4.5 Afname: WZC Mater Amabilis

3.3.4.5.1 Nulmeting

We waren alle drie aanwezig en namen allemaal een rol op. De taakverdeling ging als volgt:

Notulist	Geluidsopname	Informatie over sensibiliseringsmethode	Intro en outro en afname tool afnemen
Camille	Camille	Anouk	Milena

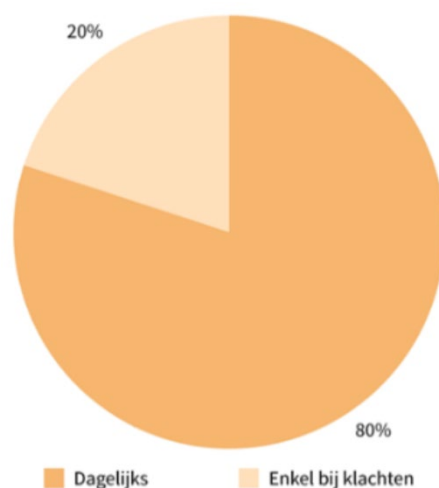
In Tabel 16 staat een opsomming van de aanwezige teamleden voor de afname van de nulmeting. Dit zijn dezelfde teamleden als de afname van de eerste tool, namelijk de SCAMPER.

Tabel 16

Naam WZC	Aanwezigen	Datum	Duur
WZC Mater Amabilis	- Hoofdverpleegkundige - Ergotherapeut en leefgroep verantwoordelijke - Ergotherapeut en beweegcoach - Orthopedagoog - Zorgkundige	10 april 2025	35 minuten

De teamleden scoorden hun kennis rond pijn en hun vertrouwen om pijn te herkennen tussen 2 en 4 op 5. Ook dit team werkt vooral op basis van hun observaties. Ze observeren het gedrag en gezichtsuitdrukkingen van de oudere met vergevorderde dementie. Ze gebruiken dus geen assessment of schalen. De reden hiervoor is dat er geen assessments binnen de organisatie geïntegreerd zijn en ze moeilijk te gebruiken zijn bij deze doelgroep. Dit sluit aan bij de uitdaging die het meest voorkwam in de nulmeting, namelijk geen standaard werkwijze binnen het team. Ook blijken onduidelijke signalen van de oudere een rol te spelen. Echter vertellen vier teamleden dagelijks met pijn bezig te zijn, één teamlid vertelt dit enkel te doen als er zich klachten voordoen.

In onderstaand cirkeldiagram wordt geïllustreerd wanneer de teamleden aandacht hebben voor pijn. Dit werd bevraagd aan de hand van de vraag: Hoe vaak evalueert u pijn bij uw patiënten?



3.3.4.5.2 Evolutiemeting

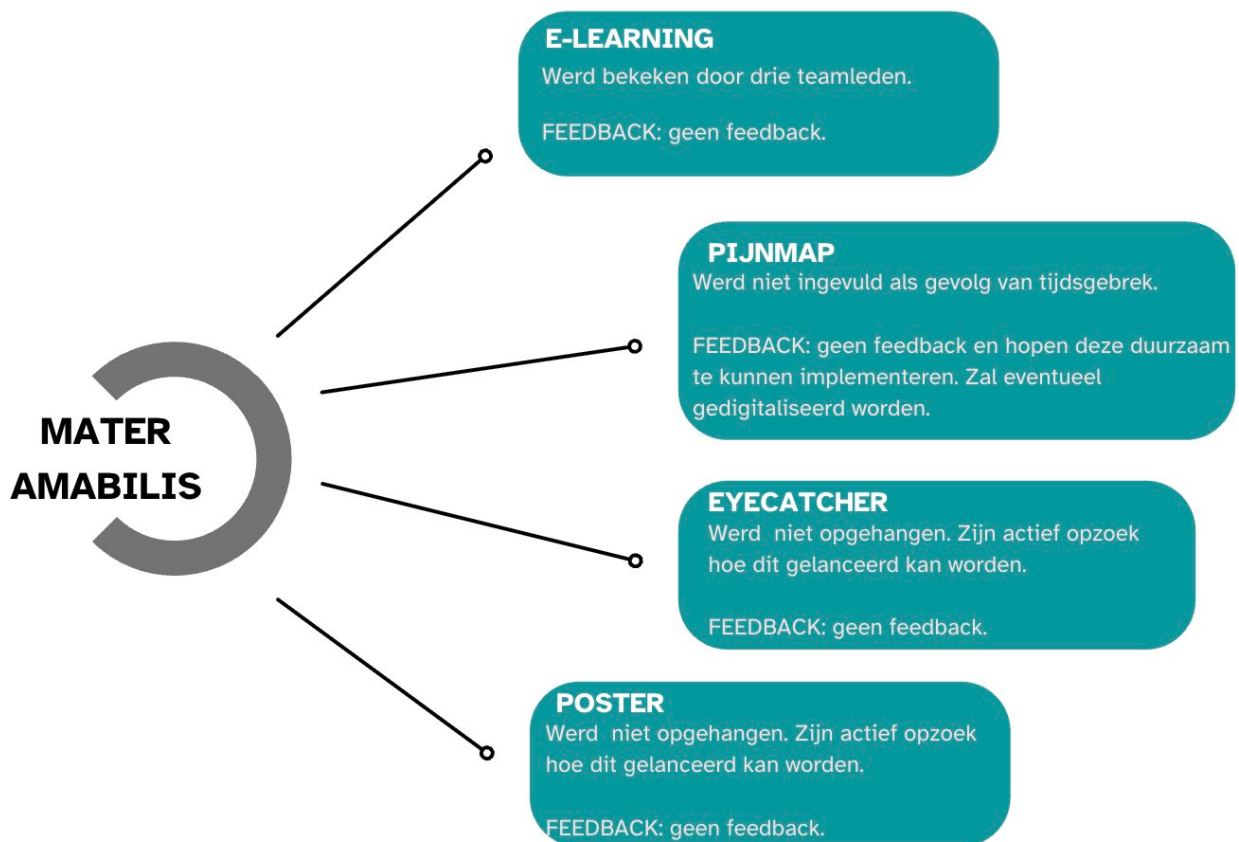
In volgende tabel staat een overzicht van de teamleden die de evolutiemeting ingevuld hebben.

Naam WZC		Aanwezig	Datum	Duur
WZC Mater	Amabilis	- Ergotherapeut en leefgroep verantwoordelijke - Ergotherapeut en beweegcoach - Orthopedagoog - Hoofdverpleegkundige - Zorgkundige	25/04 - 8/05	+/- 10 minuten

De teamleden rapporteren tussen de nulmeting en evolutiemeting op dezelfde signalen te letten om pijn te herkennen. Ook gaven de teamleden aan geen gebruik te maken van een pijnschaal. Dit blijft hetzelfde in vergelijking met de nulmeting. Drie teamleden vertelden dagelijks bezig te zijn met pijn en één teamlid vertelde dit enkel bij klachten te doen. Een ander teamlid vertelde dit enkel wekelijks te doen, terwijl dit bij de nulmeting enkel bij klachten was. De score over het vertrouwen om pijn te herkennen ligt tussen de 2 en 4. De kennis over pijn werd gescoord tussen 3 en 4 op 5. Twee teamleden merken hierin een verschil in vergelijking met de periode voor het aanbieden van de sensibiliseringsmethoden.

Alle teamleden rapporteerden nieuwe inzichten te hebben opgedaan rond pijnherkenning. De familieleden worden nauwer betrokken en ook worden teamleden bewust van de onderbehandeling van pijn en wordt er ook meer aandacht besteed aan mentale pijn. Over het algemeen wordt er ook meer gedacht aan pijnherkenning. De sensibiliseringsmethoden zijn nog niet aangeboden aan teamleden buiten de deelnemers van deze bachelorproef. De oorzaak hiervan is de korte periode tussen de nulmeting en de evolutiemeting. Echter is het team actief op zoek naar een gepaste manier om dit in hun woonzorgcentrum te lanceren. Een teamlid rapporteerde sindsdien op andere signalen te letten om pijn te herkennen. Waarbij er meer wordt gelet op externe factoren, bewegingspatronen en het slaappatroon van bewoners. 4 van de 5 teamleden vertelden dat de sensibiliseringsmethoden hun praktijk en manier van werken niet veranderd heeft, echter rapporteerden ze dat pijn meer besproken werd met collega's. Een oorzaak hiervan is dat de ontwikkelde methoden nog niet geïmplementeerd zijn in hun dagelijkse werking, dit kan verklaard worden door de korte testperiode.

Het woonzorgcentrum is actief op zoek naar een manier om de verschillende sensibiliseringsmethoden duurzaam te implementeren. In onderstaande tabel staat de verkregen feedback op de verschillende ontwikkelde sensibiliseringsmethoden.



3.4 Samenbrengen van gegevens

3.4.1 Nulmeting

In Tabel 17 staat een verzameling van de belangrijkste gegevens die uit de nulmeting zijn gekomen.

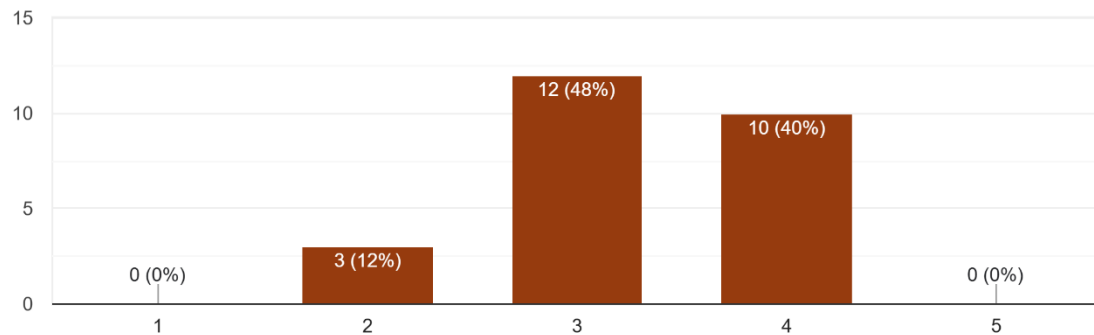
Tabel 17

Onderwerp	WZC Avondzegen	WZC Ter Caele	WZC Brembloem	WZC Bruggenpark	WZC Mater Amabilis
Gebruik van pijnschalen	Geen, enkel observatie.	REPOS, maar zelden tot niet gebruikt.	Geen, door tijdsdruk.	Eén teamlid kent de PACSLAC-D, maar wordt niet gebruikt.	Geen.
Score kennis pijn (0-5)	3-4	3-4	3-4	2-4	2-4
Score vertrouwen in pijnherkenning (0-5)	3-4	2-4	3-4	2-4	2-4
Mate van aandacht voor pijn	Dagelijks of bij klachten.	Meestal bij klachten of gedragsveran dering.	Dagelijks of bij signalen.	Meestal bij signalen.	Dagelijks of bij klachten.
Uitdagingen pijnherkenning	Onduidelijke signalen en subjectieve pijngrens.	Subjectieve observatie, pijngrens en lokalisatie van pijn.	Onduidelijke signalen en tijdsdruk.	Tekort aan kennis en subjectiviteit.	Geen standaard werkwijze en onduidelijke signalen.

Hieronder worden enkele resultaten gezamenlijk van alle woonzorgcentra weergegeven in diagramvorm ter illustratie van Tabel 17.

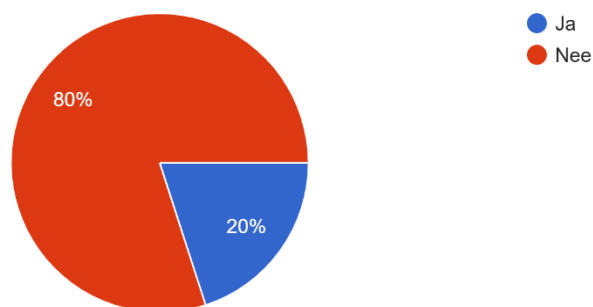
Hoe beoordeelt u uw eigen kennis over pijnherkenning bij ouderen met vergevorderde dementie?

25 antwoorden



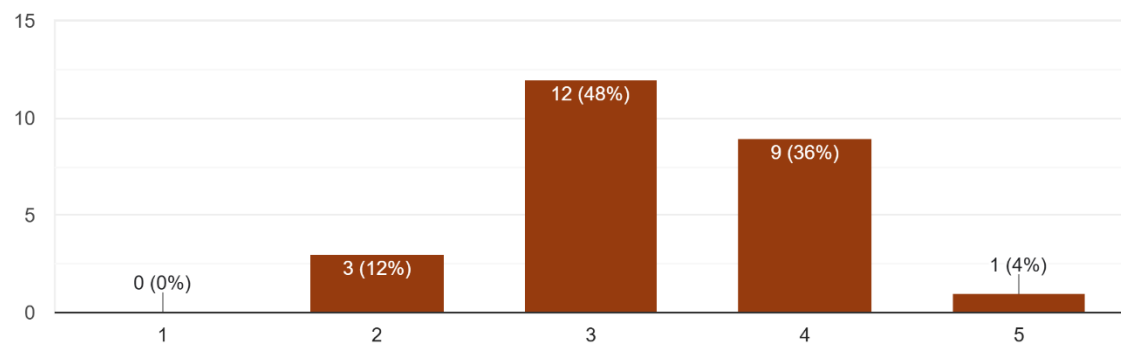
Maakt u momenteel gebruik van een pijnschaal of observatiemethode?

25 antwoorden



Hoe zeker voelt u zich bij het herkennen van pijn bij mensen met dementie?

25 antwoorden



Uit het diagram van het gebruik van pijnschalen kan er vastgesteld worden dat de meeste zorgverleners kennis hebben rond pijnherkenning bij ouderen met vergevorderde dementie. Echter voelen niet veel teamleden zich volledig vertrouwd omtrent pijnherkenning bij deze doelgroep. Twee teamleden gaven aan pijnschalen te kennen waaronder de PACSLAC-D en REPOS, maar rapporteren deze slechts zelden of niet te gebruiken in de praktijk.

3.4.2 Evolutiemeting

In Tabel 18 staat een samenvatting van de antwoorden uit de evolutiemeting.

Tabel 18

Onderwerp	WZC Avondzegen	WZC Ter Caele	WZC Brembloem	WZC Bruggenpark	WZC Mater Amabilis
Gebruik van pijnschalen	Geen, enkel observatie.	REPOS mogelijk, maar zelden gebruikt.	Geen, door tijdsdruk.	Geen, enkel observatie door tijdsgebrek.	Geen, enkel observatie door tijdsgebrek.
Score kennis pijn (0-5)	4	3-4	3	3-4	3-4
Score vertrouwen in pijnherkenning (0-5)	3-4	3-4	3-4	3-4	2-4
Mate van aandacht voor pijn	Dagelijks of enkel bij klachten.	Dagelijks of enkel bij klachten	Dagelijks of enkel bij klachten.	Dagelijks of enkel bij klachten.	Dagelijks of enkel bij klachten.
Uitdagingen pijnherkenning	Onduidelijke signalen en onvoldoende voorkennis van de patiënt.	Geen standaard werkwijze binnen het team, onduidelijk signalen en tijdsgebrek.	Geen standaard werkwijze en onduidelijke signalen.	Geen standaard werkwijze en tijdsgebrek.	Geen standaard werkwijze en tijdsgebrek.

Na de evolutiemeting kan worden vastgesteld dat er geen verschillen zijn op vlak van het gebruik van pijnschalen in de woonzorgcentra. Tijdsgebrek is de meest voorkomende oorzaak voor het beperkt gebruik van assessments of schalen. Op vlak van zelfkennis omtrent pijnherkenning is er over het algemeen een stijging van de scores. Eveneens kan uit de gegevens omtrent het vertrouwen rond pijnherkenning een stijging vastgesteld worden. Er is namelijk een merendeel van de zorgverleners die zichzelf de score vier hebben gegeven. Er zijn minder teamleden dat zich laag hebben gescoord in vergelijking met de nulmeting. De gegevens met betrekking tot de mate waarin zorgverleners aandacht schenken aan pijn, zijn over het algemeen hetzelfde in vergelijking met de eerste vragenlijst. Echter gaf de meerderheid van de zorgverleners aan meer aandacht te hebben voor pijn en er dus bewuster mee

bezig te zijn. De uitdagingen die zorgverleners ervaren in het herkennen van pijn blijven over het algemeen gelijk in vergelijking met de eerste vragenlijst.

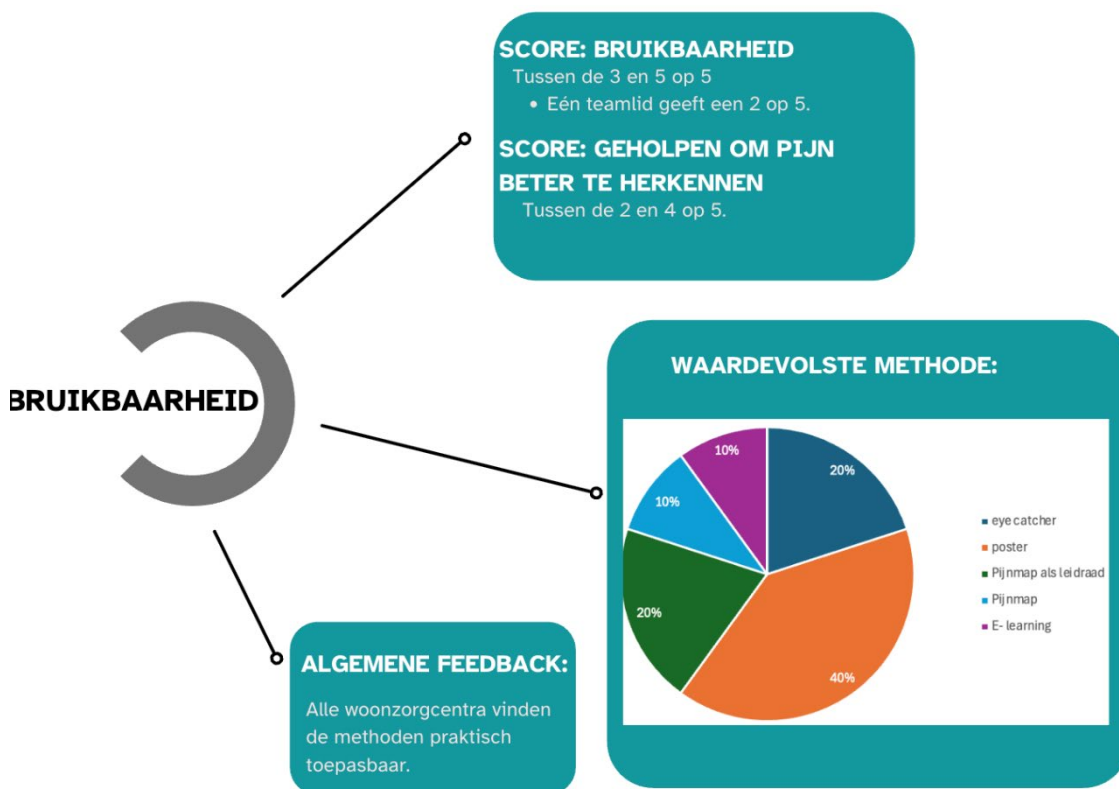
In Tabel 19 staat de feedback gekregen op de prototypes van de sensibiliseringsmethoden. Deze gegevens werden verkregen aan de hand van de evolutiemeting.

Tabel 19

	Feedback
PowerPoint/e-learning	Meest terugkomende positieve feedback: - Bruikbaar - Duidelijk - Goede uitleg - Professioneel, klaar en overzichtelijk - Mooi verwoord - Overzichtelijk gevisualiseerd Mogelijke aanpassingen: - Op het einde een korte samenvatting toevoegen - Iets te uitgebreid en te veel tekst op de slides, sommigen zouden na een tijd afhaken - Uitleg is soms te moeilijk verwoord - Soms te snel ingesproken - De PowerPoint-versie van de e-learning krijgen, zodat deze kan aangepast worden
Pijnmap	Meest terugkomende positieve feedback: - Bruikbaar - De opsommingen en het aankruisen maken het makkelijk om te gebruiken - Lijst van mogelijke oorzaken van pijn zijn zeer nuttig Mogelijke aanpassingen: - Beschrijving gedrag met en zonder pijn zijn overbodig en neemt veel tijd in - Moeilijk bruikbaar in de praktijk wegens tijdsgebrek - Interpretatie weglaten, de observatie is voldoende
Eyecatcher	Meest terugkomende positieve feedback: - Nodigt uit om te lezen - Opmaak is prima - Duidelijke en bruikbare methoden - Zeer mooi gemaakt

	Er is geen feedback voor mogelijke aanpassingen.
Poster	Meest terugkomende positieve feedback: - Trekt de aandacht - Duidelijk en mooi - Bereikt familie en vrienden - Zeer bruikbaar Mogelijke aanpassingen: - QR-code toevoegen zodat familieleden naar het eerste deel van de e-learning kunnen kijken - Voorbeelden van gedragsveranderingen noteren, zodat het voor vrijwilligers gemakkelijker is om dergelijke zaken op te merken

In volgend schema staat een overzicht van de bruikbaarheid van de prototypes van de sensibiliseringsmethoden en hoe deze door de verschillende woonzorgcentra gescoord zijn.



3.4.3 Aanpassingen sensibiliseringsmethoden

De gekregen feedback werd zo veel mogelijk toegepast. Er werd een QR-code gemaakt van het eerste deel van de e-learning en deze werd op de poster geplaatst. Ook werden enkele voorbeelden van gedragsveranderingen op de poster toegevoegd. Een samenvattende dia werd ook gemaakt voor de e-learning en de PowerPoint-versie zal doorgestuurd worden naar de woonzorgcentra zodat ze, indien ze dit wensen, zelf de PowerPoint nog kunnen aanpassen. In Bijlage 18 kunnen de definitieve poster en de samenvattende dia teruggevonden worden.

3.5 Literatuurlijst bij WP eigen gegevensverzameling

van 't Veer, J., Wouters, E., Veeger, M. & van der Lugt, R. (2023). *Ontwerpen voor zorg en welzijn*. Uitgeverij Coutinho.

4 Gezamenlijk werkpakket: Analyse tot conclusies van onderzoeks- of ontwerpproces (convergeren)

4.1 Inleiding

In dit werkpakket komen verschillende zaken aan bod. Eerst komt er een analyse, waarbij de bruikbaarheid van de tool in functie van de onderzoeksvraag geëvalueerd wordt. Ook wordt er een analyse gemaakt van de inzichten die zijn opgedaan uit het praktijkonderzoek. Een volgend deel zijn de resultaten. Dit betreft de gegevens die naar voren kwamen uit het praktijkonderzoek, aan de hand van de tools SCAMPER en Small Casestudy. Ook worden deze gegevens gekoppeld aan de literatuurstudie. Vervolgens worden de relevantste mindsets besproken, gevolgd door discussiepunten waarin de sterktes en zwaktes van het onderzoek omschreven worden. Hierna volgen de aanbevelingen in functie van vervolgonderzoek. Tot slot wordt er afgesloten met een eindconclusie, waarmee het onderzoek eindigt.

4.2 Analyse van de eigen gegevensverzameling

4.2.1 SCAMPER

Binnen het tweede werkpakket werd de SCAMPER gebruikt als divergerende tool om samen met de zorgverleners na te denken over bestaande sensibiliseringsmethoden en hoe die kunnen aangepast worden in het kader van pijnherkenning bij ouderen met vergevorderde dementie. Dit was de eerste essentiële stap richting het ontwerpen van de uiteindelijke sensibiliseringsmethoden.

De tool bleek heel geschikt binnen dit onderzoek wegens de gestructureerde en tegelijk creatieve opzet. Deze tool liet de deelnemers toe om out of the box te denken, zonder dat ze zouden vertrekken van een blanco beginpunt. Vertrekkende vanuit al bestaande sensibiliseringsmethoden, konden de deelnemers nadenken over manieren om deze aan te passen, te verbeteren of te vervangen.

De SCAMPER bood een duidelijke structuur die vasthield aan zeven onderdelen, waarbij er concrete denkvragen werden opgesteld. Hierdoor bleef het proces overzichtelijk en doelgericht. De vragen hielpen om systematisch in kaart te brengen wat er werkt, wat er niet werkt en waar er aanpassingen mogelijk zijn. Zo werden er tijdens de sessies al bestaande sensibiliseringsmethoden geëvalueerd en geschrapt.

Een ander sterk punt van de SCAMPER is de manier waarop de zorgverleners actief werden betrokken in het deelnemen aan de tool. De tool bracht een spontaan gesprek op gang, waarbij zorgverleners automatisch hun praktijkervaringen en ideeën deelden. Ze moesten bewust reflecteren over hun eigen handelen en deden aan een kritische zelfevaluatie. Dit was niet enkel nuttig voor het onderzoek, maar zeker ook voor hen als eerste sensibilisering. De deelnemers stonden stil bij gewoontes die ze anders misschien niet in vraag zouden stellen.

Hoewel de SCAMPER waardevolle inzichten gaf, zijn er ook enkele aandachtspunten. Zo viel op dat niet elk teamlid even actief of diepgaand kon bijdragen aan het gesprek. In meerdere teams waren het vaak dezelfde personen die het voortouw namen en antwoorden formuleerden. Wel boden de post-its achteraf de informatie en inbreng van ieder teamlid.

Daarnaast bleken sommige vragen uit de tool redelijk uitdagend om te beantwoorden. Om daar uitgebreid op te kunnen antwoorden werd er wel al enige kennis rond het thema pijn en sensibiliseren verwacht. Ook is het out of the box denken iets wat niet weggelegd is voor iedereen, het vraagt om verder te denken dan wat er al aanwezig is in de dagelijkse praktijk.

Alle tools werden bekeken en overwogen, maar de SCAMPER is een alomvattende tool waarbij een combinatie van creativiteit en praktische toepasbaarheid aan bod kwam. Het gaf een aanzet om een werkbare sensibiliseringstool te ontwikkelen samen met het werkveld. De zorgverleners konden de knelpunten benoemen, maar ook meedenken over concrete alternatieven en verbeteringen.

4.2.1.1 Inzichten uit praktijkonderzoek

De SCAMPER gaf inzichten die rechtstreeks bijdroegen aan het beantwoorden van de probleemstelling en de deelvragen. De probleemstelling vertrekt vanuit het gegeven dat pijn bij ouderen met vergevorderde dementie onvoldoende herkend wordt in de dagelijkse praktijk. Om dit aan te pakken werd een doel bepaald. Het doel was om een effectieve sensibiliseringsmethode te ontwikkelen die zorgverleners ondersteunt in het herkennen van pijn bij ouderen met vergevorderde dementie.

Dankzij de tool werd er samen met het werkveld nagedacht over de bruikbaarheid van bestaande sensibiliseringsmethoden en werd er gebrainstormd over hoe deze aangepast kunnen worden aan de zorgcontext. Door verschillende multidisciplinaire teams te bevragen in verschillende woonzorgcentra, werd informatie verkregen. Dit waren concrete inzichten over bruikbare toepassingen en welke noden er aanwezig zijn. Zonder deze informatie was het onmogelijk om een toepasbare methode te ontwikkelen.

Bovendien hielp de SCAMPER om het probleem te re-framen. Het gaat niet enkel om het aanreiken van informatie en bewustwording, maar vooral om de houding en acties binnen het team te veranderen in het kader van pijn. Vanuit het onderzoek rond de probleemstelling is het duidelijk dat de zorgverleners bewust moeten gemaakt worden rond het belang van tijdig herkennen en signaleren van pijn (Eggermont, S., Vanlancker, L., & Van Belle, 2024). Echter bleek dat zorgverleners zich bewust zijn van het belang van pijnherkenning, maar er onvoldoende concrete acties en vervolgstappen zijn om daar daadwerkelijk iets aan te veranderen. Dit inzicht was cruciaal voor de verdere richting van het onderzoek. Bij de resultaten zal er verder ingaan worden op waarom hier nog geen verdere actie rond is ondernomen.

4.2.2 Small Casestudy

In de deliverfase van deze bachelorproef werd ervoor gekozen om de Small Casestudy in te zetten als tool om de prototypes van sensibiliseringsmethoden uit te testen in de praktijk. Deze stap was noodzakelijk om een realistisch beeld te krijgen over de doeltreffendheid en bruikbaarheid van de prototypes in de setting van een woonzorgcentrum, voor er werd overgegaan naar het uitwerken van een eindproduct.

De Small Casestudy bleek de ideale tool te zijn om een duidelijk beeld te krijgen over de prototypes van de sensibiliseringsmethoden en of ze echt een verschil hebben gemaakt op vlak van meer bewustwording rond pijn bij zorgverleners. In plaats van een eindproduct aan te bieden, zonder feedback van de zorgverleners, kregen de zorgverleners eerst de kans om de prototypes uit te testen, om vervolgens feedback te geven rond eventuele aanpassingen.

Een voordeel van deze tool was dat het effect op individueel niveau kon gemeten worden. Zo werden verschillende disciplines betrokken op individueel niveau vanuit één multidisciplinair team. Doordat elke deelnemer afzonderlijk zijn of haar antwoorden konden geven, ontstond er een beeld van de persoonlijke ervaring van de zorgverleners. Dit zorgde dat er geen beïnvloeding was van andere zorgverleners of dat er zorgverleners op de achtergrond bleven.

De tool is ook laagdrempelig en vlot uit te voeren. Er was een duidelijk plan dat gerespecteerd moest worden. De metingen zijn uitgevoerd via Google Formulieren, waardoor de zorgverleners zelf konden inplannen wanneer ze de vragenlijsten wouden invullen. Het waren vragen omtrent de praktijkervaring van de zorgverleners, waardoor er in vergelijking met de SCAMPER, minder moest nagedacht worden over antwoorden. Bovendien stimuleerde deze vragen om de zorgverleners te doen reflecteren over hun eigen praktijk, wat het bewustwordingsproces omtrent het onderwerp pijn versterkt.

Toch moet er kritisch gekeken worden naar het gebruik van deze tool. Uit de antwoorden vanuit de vragenlijsten was het duidelijk dat sommige teamleden de vragenlijst eerder snel ingevuld hebben, wat de kwaliteit en de inhoud van de antwoorden beïnvloed kan hebben.

De resultaten blijven ook subjectief, omdat het gebaseerd is op zelfrapportage. Sommige antwoorden per team waren zeer uiteenlopend, wat aantoont dat het subjectieve informatie is. Daarom is een kritische kijk naar de antwoorden noodzakelijk.

Ter afsluiting werd er via de Small Casestudy een duidelijk beeld gevormd over de meest bruikbare sensibiliseringsmethoden en is het onderzoek tot relevante inzichten gekomen. Deze worden hieronder verder besproken.

4.2.2.1 Inzichten uit praktijkonderzoek

Het doel was om de prototypes te evalueren en na te gaan of deze duurzaam zouden kunnen gebruikt worden in de praktijk. Dankzij de Small Casestudy werd er nagegaan of de methoden een effect hadden voor het sensibiliseren van zorgverleners. Ook werd er aan de hand van de Small Casestudy nagegaan hoe de prototypes geoptimaliseerd kunnen worden om tot effectieve sensibiliseringsmethoden te komen.

Bij het afnemen van de tool was het duidelijk dat de zorgverleners openstonden voor verandering, maar het was duidelijk op basis van de antwoorden dat het moeilijk is om nieuwe stappen te implementeren in de dagelijkse praktijk. Dit heeft verschillende redenen, deze zullen verder besproken worden bij de resultaten van deze bachelorproef.

Door de afname van de Small Casestudy werd er een overzicht gemaakt van welke prototypes bruikbaar zijn en welke niet. Dit was noodzakelijk om na te gaan welke sensibiliseringsmethoden effectief zijn in het verbeteren van pijnbeoordeling. Door middel van een nulmeting en evolutiemeting werden inzichten verkregen in wat de prototypes veranderd hebben op vlak van kennis, houding en gedrag ten opzichte van pijnherkenning. Hierdoor kon het effect van de methoden gemeten worden en een antwoord geformuleerd worden op de hoofdonderzoeksvraag.

Ouderen met vergevorderde dementie ervaren vaak problemen om te communiceren. Dit maakt pijnherkenning complexer (*Pijn Signaleren Bij Mensen met Dementie*, 2015). Dit valt samen met wat er uit het praktijkonderzoek opviel. Alle woonzorgcentra ervaren pijn als een subjectief thema dat moeilijk te herkennen en te behandelen is. Dat is een gevolg van de verminderde communicatievaardigheden van de bewoners met vergevorderde dementie, wat dus aansluit bij de probleemstelling van het onderzoek.

Echter ervaren ook zorgverleners uitdagingen. Hierbij hielp de Small Casestudy ook om een antwoord te vinden op de deelvraag: Welke uitdagingen verwachten zorgverleners bij het toepassen van de sensibiliseringstool? Hoe kunnen deze overwonnen worden? De meest voorkomende uitdaging is, het gebrek van een standaardwerkwijze binnen het team, waardoor teamleden niet weten hoe en wie ze moeten gebruiken en daarnaast speelt tijdsgebrek ook een rol. Uit het praktijkonderzoek was het duidelijk dat deze op verschillende manieren kan opgelost worden, namelijk duidelijke afspraken maken en het plannen van een vast moment om bij pijn stil te staan en de prototypes te gebruiken.

Dankzij de SCAMPER was het al duidelijk welke sensibiliseringsmethoden bruikbaar zijn. Waardoor er enkel concrete feedback was voor aanpassingen op de prototypes. De feedback dat aan bod kwam, was zeer specifiek en verschillend per woonzorgcentrum. Deze sluit aan bij de specifieke noden van elk woonzorgcentrum, waardoor er voor alle woonzorgcentra een ander effect zal zijn. Echter was het dankzij de Small Casestudy mogelijk om na te gaan of de prototypes efficiënt kunnen zijn om zorgverleners te sensibiliseren.

4.3 Resultaten

4.3.1 Conclusies praktijkonderzoek

Vanuit de SCAMPER bleek dat er grote gelijkenissen waren tussen alle woonzorgcentra. Allemaal wilden ze een methode die kort, duidelijk, visueel, persoonsgebonden, frequent, flexibel, toegankelijk en praktijkgericht is. De woonzorgcentra werken vooral op basis van observaties die gebaseerd zijn op hun eigen ervaring en kennis. Om die reden worden er geen gestandaardiseerde assessments gebruikt. Ook vonden alle woonzorgcentra een pijnschaal te subjectief en te tijdrovend om te gebruiken in de dagelijkse praktijk. De vijf verschillende multidisciplinaire teams vinden allemaal dat pijn een heel belangrijk onderwerp is binnen de doelgroep van ouderen met vergevorderde dementie. Ze waren het allemaal eens, dat alle disciplines moeten betrokken worden, maar daarnaast ook familie, mantelzorgers en derden, omdat zij de bewoners het beste kennen. Echter, het was duidelijk dat niet alle teamleden zich even bewust zijn rond pijn en er behoefte is aan sensibilisering.

De SCAMPER liet ook toe om verschillen te identificeren tussen de woonzorgcentra. Zo was het duidelijk dat niet elk woonzorgcentrum een referentiepersoon dementie heeft, waardoor het moeilijker is om een aanspreekpunt te vinden in kader van pijnherkenning van ouderen met vergevorderde dementie. Bij een minderheid verloopt de algemene communicatie niet altijd vlot, maar bij de meerderheid verloopt de communicatie rond pijn wel stroef. Eveneens verloopt de communicatie tussen de arts en verpleegkundigen moeilijk rond het toedienen van medicatie. Na het afnemen van de SCAMPER werd duidelijk dat elk woonzorgcentrum andere en individuele sensibiliseringsnoden heeft. De ruwe data waaruit deze resultaten komen, zijn te vinden vanaf pagina 51 in Tabel 9.

Er kan vastgesteld worden dat een deel van de zorgverleners een verschil heeft opgemerkt sinds het gebruik van de sensibiliseringsmethoden, zoals alerter zijn tijdens het observeren en meer bewust zijn dat er sprake kan zijn van pijn bij ouderen met vergevorderde dementie. Echter, zijn er enkelen die geen verschil opmerken onder andere door de korte proefperiode, waardoor de methoden nog niet ingebed werden in de organisatie. De e-learning, de poster en de eyecatcher vinden de meesten zinvol en bruikbaar in de praktijk, in tegenstelling tot de pijnmap die een deel van de zorgverleners minder bruikbaar vinden. Tijdsgebrek speelt hierin de grootste rol. Het is duidelijk dat er enkelen de inhoud van de pijnmap willen toevoegen aan het digitaal zorgplatform of de pijnmap willen gebruiken als leidraad.

Meer dan de helft van de zorgverleners gaf aan nieuwe inzichten te hebben opgedaan over pijnherkenning dankzij de sensibiliseringsmethoden. Sommige zorgverleners scoren hun kennis ook hoger. Echter was dit niet de hoofdbedoeling van de sensibiliseringsmethoden. Bijna alle zorgverleners geven aan bewuster om te gaan met pijn en meer aandacht te hebben voor de signalen ervan. Dit was ook het hoofddoel van de sensibiliseringsmethoden. Volgens de responsen hebben de sensibiliseringsmethoden niet altijd voor verandering gezorgd, maar het heeft wel gezorgd dat er de nodige aandacht gebracht werd rond het onderwerp pijn en de bewustwording ervan, wat ten slotte het doel was.

4.3.2 Link naar de literatuur

4.3.2.1 Effectieve sensibiliseringsvormen

Uit literatuuronderzoek blijkt dat er meerdere sensibiliseringsvormen zijn zoals e-learningmodules, vormingsmomenten, casusbesprekingen, visuele reminders, coaching-on-the-job en het gebruik van observatieschalen zoals PAIC15 en PACSLAC-D (*Dementie*, z.d.-b; De Witt Jansen et al., 2016; Verenso, 2016). Belangrijke voorwaarden voor effectiviteit zijn: kort, herhaalbaar, visueel, praktisch toepasbaar, en digitale tools als ondersteuning.

Deze bevindingen uit het literatuuronderzoek werden grotendeels bevestigd tijdens de SCAMPER-tool. De zorgverleners uit alle woonzorgcentra gaven aan dat ze nood hebben aan korte, duidelijke, visuele, toegankelijke en praktijkgerichte sensibiliseringsmethoden. Eén deelnemer zei: **“Eerst moet je zaken bespreken en uitleggen, daarna kan je maar beginnen met aanbieden. Anders kijkt niemand er meer naar”**.

Uit de Small Casestudy bleek dat de poster, eyecatcher en e-learning als meest bruikbaar werden ervaren, terwijl de pijnmap minder werd gebruikt ten gevolge van tijdsdruk. Volgend citaat komt van een deelnemer: **“Tijdsgebrek is sowieso een probleem in de zorg. Er wordt te weinig aandacht besteed aan hoeveel pijn mensen ervaren”**. Sommige deelnemers gaven aan dat ze de inhoud van de pijnmap zouden willen integreren in het digitale zorgplatform, dit sluit dan weer aan bij het blended learning-principe uit de literatuur.

Zowel de literatuur als het praktijkonderzoek bevestigen dat sensibiliseringsmethoden het meest effectief zijn wanneer ze kort, visueel, toegankelijk en contextgericht zijn. Via de ontwikkelde sensibiliseringsmethoden werd de bewustwording verhoogt in de woonzorgcentra, wat ook het primaire doel was.

4.3.2.2 Multidisciplinaire samenwerking en netwerkbetrokkenheid

Volgens de literatuur is voor een effectieve pijnherkenning bij mensen met vergevorderde dementie een interdisciplinaire aanpak essentieel. Verschillende disciplines, zoals verpleegkundigen, zorgkundigen, artsen, ergotherapeuten en psychologen kunnen signalen opvangen. Familieleden en mantelzorgers spelen ook een belangrijke rol omdat zij vaak veranderingen sneller opmerken door het persoonlijk kennen van de cliënt (*Pijn-richtlijn*, z.d.-b; Van Der Burg, 2015).

Alle deelnemende woonzorgcentra bevestigen dat pijnherkenning een verantwoordelijkheid is dat met het hele team gedragen moet worden. Tijdens de SCAMPER kwam al duidelijk naar voren dat alle disciplines betrokken moeten worden, zowel familie, mantelzorgers en derden als vrijwilligers of poetspersoneel, aangezien zij bewoners goed kennen en subtiele signalen kunnen opmerken. Hierna volgen enkele citaten van deelnemers aan het onderzoek: **“De logistieke dienst komt meer in de kamer dan de zorg.”**, **“Je moet de familie meehebben in het verhaal.”** en **“Als men niet kan omgaan met mensen met dementie, kan men het item pijn ook niet bespreken.”**. Ook werd er vastgesteld dat niet alle teamleden zich even bewust zijn van hun rol in de pijnherkenning bij ouderen met vergevorderde dementie. Eén teamlid verduidelijkte: **“Sommigen staan stil bij pijn en stellen vragen, anderen doen dit niet. Daarom is herhaling essentieel”**. Dit wijst dus ook nog eens op een duidelijk tekort aan sensibilisering.

De praktijk bevestigt het belang van een multidisciplinaire aanpak, wat ook zo geschetst is in de literatuur. Niet alleen directe zorgverleners, maar ook familie en ondersteunende functies moeten betrokken worden in de sensibilisering rond pijn bij personen met vergevorderde dementie.

4.3.2.3 Subjectieve aard van pijn en het belang van observatie

Tijdens het afnemen van de SCAMPER kwam het vaak ter sprake dat pijn een zeer subjectief gegeven is. Dit wordt ook bevestigd door het artikel van El-Tallaway et al. (2023) waarin staat dat pijn een subjectief verschijnsel is en moeilijk te beoordelen is, aangezien iedereen een andere pijntolerantie heeft. Citaten uit het onderzoek, zoals **“Pijn is wat de patiënt zegt wat pijn is.”** en **“De pijngrens tussen alle bewoners is zo verschillend.”**, illustreren dit.

De woonzorgcentra geven aan vooral te werken op basis van hun observaties. Ook vertellen ze geen assessments te gebruiken in hun dagelijkse praktijk. Wel hebben enkele woonzorgcentra kennis van de bestaande assessments, maar deze worden niet duurzaam gebruikt. Dit werd duidelijk aan de hand van verschillende citaten, namelijk: **“Je mag je gevoel niet mengen met observaties. Dit is een valkuil.”**, **“Iemand doet niet zomaar opeens lastig. Je moet verder kijken dan enkel het gedrag.”** en **“Pijnschalen zijn subjectief, maar pijn op zich ook.”**.

Volgens Belleman (2023) kan pijn herkend worden aan de hand van verschillende signalen. Het is heel subjectief en verschillend van persoon tot persoon. Vaak zal zich dit uiten in gedragsveranderingen en lichaamstaal. Dit zijn zaken die opgemerkt kunnen worden aan de hand van observaties. Deze observaties kunnen verder worden verwerkt aan de hand van assessments of pijnschalen. Echter is volgens het onderzoek van Belleman duidelijk dat assessments en pijnschalen weinig tot niet gebruikt worden in de praktijk.

4.3.2.4 Kloof tussen kennis en toepassing van pijnschalen

Uit onderzoek van Dunford et al. (2022) wordt aangegeven dat de PAINAD-schaal kan worden gebruikt om signalen van pijn te observeren bij ouderen met dementie. Ze geven echter aan dat het een complex gegeven is om deze gedragingen te interpreteren. Er wordt ook aangegeven dat er een overlap is met de gedragssymptomen van dementie en de gedragssymptomen van pijn. Een positieve score kan dus wijzen op pijn of op dementie.

Verder wordt uit onderzoek van Pu et al. (2024) aangegeven dat ondanks er vele beschikbare observationele pijnbeoordelingsinstrumenten zijn, zorgverleners moeilijkheden ondervinden bij het nauwkeurig beoordelen van pijn bij mensen met vergevorderde dementie. Dit is het gevolg van onvoldoende training, tijd en weinig personeel in de ouderenzorg. Het onderwerp van onvoldoende training kwam ook aan bod tijdens de overlegmomenten met de verschillende woonzorgcentra, waar de zorgverleners ook aangaven dat ze te weinig bijscholingen kregen. De zorgkundigen gaven aan dat dit aan bod kwam tijdens hun opleiding, maar dat er verder te weinig aandacht aan besteed werd.

Deze bevindingen worden bevestigd in het praktijkonderzoek. Zorgverleners gaven aan weinig tot geen gebruik te maken van pijnschalen: **“Welke pijnschalen gebruiken wij? Ik ken geen pijnschalen.”**, **“Wij hebben geen testen geleerd, maar we hebben wel geleerd om testen te zoeken, maar dat doen we nu niet meer”**, **“Vaak hebben we wel de tools, maar worden niet gebruikt.”**, **“Pijnschalen zijn subjectief, maar pijn op zich ook.”** en **“Pijn is in het algemeen heel subjectief en zo’n pijnschaal wordt ook heel subjectief ingevuld.”**.

4.3.2.5 *Pijnbehandeling: farmacologische versus niet- farmacologische interventies*

Zoals al eerder vermeld is het van belang dat pijn herkend wordt, zodat deze op een goede manier kan behandeld worden. Uit het onderzoek is het duidelijk dat pijn heel vaak behandeld wordt aan de hand van medicatie. Waarbij de niet-farmacologische therapieën op de achtergrond komen te staan of deze niet gebruikt worden voor het behandelen van pijn. Hier zijn bepaalde teamleden zich van bewust, maar er wordt echter weinig actie ondernomen in de dagelijkse praktijk. Dit wijkt af van met wat er in de literatuur te vinden is. Dit kan ondersteund worden door verschillende citaten uit het praktijkonderzoek: **“Vaak wordt medicatie opgestart en nooit meer gestopt en niet meer geëvalueerd. Het is een gewenning geworden.”**, **“Pijn kan opgelost worden door houding aan te passen.”** en **“De schaal die men gebruikt is belangrijk, maar de aanpak van de pijn is het belangrijkste.”**.

Volgens Achterberg (2023) is er niet rechtstreeks medicatie nodig als de oudere met vergevorderde dementie pijn ervaart. Pijn kan ook veroorzaakt worden door de verwerking van prikkels, zoals strakzittend kleding. Medicatie wordt vooral gebruikt wanneer er geen duidelijke oorzaak te vinden is.

4.3.2.6 *Samenwerking met artsen*

Uit het praktijkonderzoek via de SCAMPER kwam er vaak ter sprake dat de arts moeilijk mee te krijgen was in het verhaal rond pijn bij ouderen met vergevorderde dementie. Dit resulteert soms tot lastige situaties waar de bewoner duidelijke signalen vertoont van pijn, waarbij de dokter wordt ingeschakeld om pijnstillers voor te schrijven. Wanneer de dokter echter aanwezig is, toont de bewoner duidelijk ander gedrag dan ervoor, waardoor de arts geen medicatie zal voorschrijven. Er is dus sprake van een momentopname. Uit het literatuuronderzoek van De Wit Jansen et al. (2016) werd aangegeven dat de relatie tussen verpleegkundigen en arts een directe invloed heeft op de kwaliteit van pijnbestrijding. Moeilijke relaties kunnen ontstaan omwille van het feit dat verpleegkundigen het gevoel hebben dat artsen terughoudend zijn om te assisteren bij complexe casussen of waar pijn onvoldoende behandeld werd. Dit citaat toont dit gegeven weer: **‘Arts kon niet overtuigd worden om medicatie voor te schrijven tegen pijn.’**

4.3.2.7 *Casusbesprekingen hebben een impact*

Uit de SCAMPER blijkt dat alle betrokken woonzorgcentra bij voorkeur vertrekken vanuit casussen uit de praktijk en ze dit een waardevolle manier vinden om als team over pijn te reflecteren. Omwille van de meerwaarde werd dit geïmplementeerd in de e-learning, waarbij er ruimte is voor casusbesprekingen. Deze bevinding correleert met het onderzoek van De Wit Jansen et al. (2016) waaruit blijkt dat zorgverleners de voorkeur hebben voor interactieve groepsdiscussies over casussen in combinatie met gestructureerd didactisch onderwijs. Ook het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen (z.d.) geeft aan de voorkeur te hebben voor levenslang leren boven een eenmalige cursus van één dag.

4.3.2.8 *Structurele drempels: tijdstuk en werkbelasting*

Uit onderzoek van De Wit Jansen et al. (2016) wordt aangegeven dat zorgverleners gelimiteerd zijn in hun praktijkontwikkeling vanwege beperkte tijd en werkdruk. Dit komt ook terug in het onderzoek van Jonsdottir & Gunnarsson (2020) dat aantoont dat het gebrek aan tijd om pijn te analyseren, in combinatie met een verhoogde werkdruk en verminderde communicatie tussen zorgverleners, leidt tot een grote barrière voor een efficiënte pijnbeoordeling.

Na toepassing van de SCAMPER kwamen deze barrières tot uiting. Deze ondervinding wordt bekrachtigd door deze citaat: **“Tijdsgebrek is sowieso een probleem in de zorg. Er wordt te weinig aandacht besteed aan hoeveel pijn mensen ervaren.”**. Vanuit de SCAMPER gaven zorgverleners aan dat de sensibiliseringsmethoden kort moeten zijn, vanwege hun beperkte tijd en hoge werkdruk. Via de Small Casestudy werd aangegeven dat de pijnmap het minst haalbaar was om in de praktijk toe te passen, omwille van de tijd en ruimte die deze methode vergt.

4.3.2.9 Persoonsgerichte zorg als basis voor pijnherkenning

Tot slot kwam tijdens de afname van de SCAMPER het belang van persoonsgerichte aanpak naar voor. Uit het onderzoek van Jonsdottir en Gunnarsson (2020) gaven zorgverleners aan dat het van belang is om de behoeften en voorkeuren van de bewoners te kennen om zo het gedrag beter proberen te begrijpen. Verder gaven ze aan dat ze de pijnsignalen van een patiënt beter kunnen observeren en interpreteren als ze de patiënt kennen en diens situatie of levensverhaal. Persoonsgebonden methoden zijn volgens het onderzoek van belang. Het feit dat uit de eerste onderzoeksvraag en uit het gesprek met de verschillende woonzorgcentra duidelijk werd gemaakt dat pijn een subjectief verschijnsel is, maakt dat persoonsgebonden methoden een essentiële rol spelen. Deze citaten kunnen hieraan gelinkt worden: **“Je leert je bewoners kennen en ziet snel gedrag die veranderd is.”** en **“Hoe beter je de bewoners kent, hoe sneller je zal opmerken als er iets misloopt.”**.

Uit eigen gegevensverzameling kan worden vastgesteld dat ze pijn herkennen op basis van hun kennis over de bewoner. Zo merken ze bijvoorbeeld gedragsveranderingen op, maar dit blijft afhankelijk van de ervaring van de zorgverlener. Desondanks zijn deze bevindingen tegenstrijdig met wat in het artikel wordt beschreven. Binnen het artikel van Gunnarsson (2020) wordt aangegeven dat dit in de praktijk zelden gedaan wordt, waardoor er onervulde noden aanwezig blijven bij ouderen met dementie en deze zelf niet meer kunnen aangeven.

Deze resultaten maken duidelijk dat er een sterke bereidheid is om de pijnherkenning bij personen met vergevorderde dementie te optimaliseren. De inzichten die verkregen werden uit het praktijkonderzoek sluiten nauw aan bij de literatuur, maar benadrukken tegelijk dat de effectieve sensibilisering moet ingebed zijn binnen de dagelijkse werking van de woonzorgcentra.

4.4 Prioriteiten

In functie van de geselecteerde tools, werden zeven mindsets gebruikt. De mindsets van de SCAMPER zijn: (re)frame het probleem, waardeer en stimuleer creativiteit en veel proberen is veel leren. Voor de Small Casestudy zijn de mindsets: de mens centraal, oog voor bredere context en valideer en onderbouw je ontwerp. In het volgende deel worden de drie meest relevante mindsets besproken die toegepast zijn doorheen het onderzoek.

4.4.1 (Re)frame het probleem

(Re)framen zet aan om het probleem vanuit verschillende opzichten te gaan bekijken. Binnen het praktijkonderzoek was (her)formuleren van het probleem een belangrijke mindset. Door deze manier van denken toe te passen, kon het oorspronkelijk probleem beter begrepen worden en kon er een realistisch beeld van de situatie verkregen worden. Zo werd er ontdekt dat het knelpunt niet lag bij het ontbreken van instrumenten voor pijnherkenning of onderbewustzijn rond het thema pijn, maar wel bij het onvoldoende implementeren van vervolgstappen rond pijnherkenning en effectieve integratie in de dagelijkse praktijk. Er worden geen verdere stappen ondernomen in de dagelijkse praktijk omwille van structurele, organisatorische en menselijke factoren zoals tijdsdruk, onvoldoende interdisciplinaire afstemming, gebrek aan kennis en het doorgeven ervan. (Re)framen stelt in staat om verder te kijken dan enkel de eerste indruk. Er werd gezocht naar de verdere noden in de verschillende woonzorgcentra. Dankzij deze mindset kon er uiteindelijk prototypes van sensibiliseringsmethoden ontwikkeld worden die echt inspelen op de noden van de zorgverleners (van't veer et al., 2020 pp 39 – 44).

4.4.2 De mens centraal

Als toekomstige ergotherapeuten vinden we het belangrijk om de noden en wensen van de personen centraal te stellen. In kader van het onderzoek speelt hun kwaliteit van leven een belangrijke rol. Dit werd onderzocht aan de hand van de literatuurstudie. Het boek “Onderwerpen voor zorg en welzijn” (van 't Veer et al., 2020) vermeldt dat de persoon en zijn context en/of belevingswereld altijd leidend zijn in het bedenken van nieuwe producten en diensten. Voor het ontwerpproces betekent dit, dat het van belang is dat je je kan inleven in de wereld van de gebruikers en deze zo actief betreft bij het ontwerpen van je product of dienst. Cliëntgericht werken en inlevingsvermogen zijn ook vaardigheden waarover ergotherapeuten beschikken. Ergotherapeuten stellen zich empathisch op, zodat ze zich kunnen inleven in de behoeften van mensen om hierop in te zetten. Ergotherapeuten zullen ook steeds mensen gaan betrekken in de stappen die ondernomen worden. Door ze te betrekken bij het ontwerpproces kan dit ervoor zorgen dat de producten die ontwikkeld worden blijven passen in de belevingswereld van mensen die er uiteindelijk mee aan de slag gaan. Hierdoor zal de implementatie ook gemakkelijker verlopen. Als ergotherapeut doe je niets voor de cliënten, maar je werkt samen met de cliënten. De tool Small Casestudy sloot goed aan bij deze visie. Het personeel werd bevestigd in hun werksetting. Zo konden we ons gaan inleven en vervolgstappen bespreken met de woonzorgcentra, zodat dit onderzoek vertrekt vanuit het perspectief van de zorgverleners in verband met de ouderen met vergevorderde dementie (van 't Veer et al., 2020, pp 48 - 50).

4.4.3 Valideer en onderbouw je ontwerp

Deze mindset maakt gebruik van ‘iteraties’ of ‘gronden’: het onderbouwen van het ontwerp aan de hand van verschillende kennisbronnen. Dit wordt gedaan vanuit de waar of wetenschappelijke kennis, het werkelijke of inzichten vanuit de praktijk en ten laatste het wenselijke of de mogelijke toekomst. Het doel van deze bachelorproef is om sensibiliseringsmethoden te ontwikkelen die in de praktijk toepasbaar zijn. Er is hiervoor gestart vanuit het waar. Er werd dus eerst op zoek gegaan naar bestaande informatie rond ouderen met vergevorderde dementie via het literatuuronderzoek, waarbij de combinatie van evidence-based en practice based werken hier mooi tot uiting kwam. Vervolgens werd er gewerkt vanuit het werkelijke, waarbij er voor de SCAMPER en de nulmeting van de Small Casestudy langsgegaan werd bij verschillende woonzorgcentra om samen met een multidisciplinair team te brainstormen over de meest geschikte sensibiliseringsmethoden, om daarna iets nieuws en innovatiefs te ontwikkelen. Hier bevinden we ons in het wenselijke. De informatie vanuit de bevragingen gaf een richting voor het ontwikkelen van de meest relevante sensibiliseringsmethoden om zorgverleners te sensibiliseren rond het onderwerp pijn. Echter waren dit nog maar algemene aanwijzingen. Om te weten of de sensibiliseringsmethoden effectief werkten, worden de prototypes uitgetest in de praktijk. Via vragenlijsten die werden ingevuld voor en na het gebruik van deze methoden, kon worden nagegaan of ze effectief in gebruik bleken te zijn en welke aanpassingen al dan niet nodig waren om de sensibiliseringsmethoden te optimaliseren (van 't Veer et al., 2020, pp 64 - 66).

4.5 Discussiepunten

Vanaf het begin van het onderzoek werd de keuze gemaakt om een afgebakende onderzoeksvraag te formuleren. De beslissing werd genomen om specifiek in te gaan op zorgverleners sensibiliseren voor het herkennen van pijn bij ouderen met vergevorderde dementie. Hierdoor konden woonzorgcentra gecontacteerd worden, waarbij het voor hen duidelijk was welke afbakening er was omtrent de doelgroep. Zo werd ook goed weergegeven wat we voor ogen hadden. Hiernaast werd ook alles op een efficiënte manier gepland en voorbereid, waardoor het op voorhand duidelijk was wat er bereikt moet worden en hoe dit gedaan kan worden. Zo werd er al vroeg gestart met het contacteren van woonzorgcentra. Dit zorgde voor een sterkte van het onderzoek, namelijk veel antwoorden. Er werd samengewerkt met vijf verschillende teams uit vijf verschillende woonzorgcentra over verschillende gemeenten, waarbij er in het totaal 25 verschillende zorgverleners bereikt werden. Dankzij deze sterkte kon er veel relevante informatie verwerkt worden binnen het onderzoek.

Nog een sterkte van het onderzoek is het fysiek langsgaan naar de verschillende woonzorgcentra. Dit werd gedaan voor de afname van de SCAMPER en voor de nulmeting van de Small Casestudy. De zorgverleners bleven zo in hun werkomgeving, waardoor overleg en casussen sneller aan bod kwamen. Heel vaak gingen de zorgverleners elkaar aanvullen en gingen ze over bepaalde zaken in discussie. Echter was het snel duidelijk dat sommige teamleden niet evenveel konden bijdragen in het gesprek. De oorzaak hiervan is dat sommige zorgverleners meer het voortouw nemen en anderen meer op de achtergrond staan. Echter werd hun inbreng verkregen via de geschreven responsen op de post-its bij de SCAMPER en de antwoorden op het formulier bij de Small Casestudy. Wel was het ook snel duidelijk dat de betrokken woonzorgcentra geïnteresseerd waren in het onderwerp en effectief iets wouden bijleren, om zo veranderingen te brengen in hun werking. Hierdoor werden ook diepgaande inzichten verkregen en een actieve betrokkenheid. Bijkomend werden er door het langsgaan bij de woonzorgcentra kwaliteitsvolle antwoorden verkregen op basis van hun praktijkervaring, waardoor er gewerkt werd op basis van hun perspectief en de noden in de praktijk. Dit alles draagt positief bij aan het onderzoek en de duurzaamheid ervan.

Voor de afname van de evolutiemeting werd er gewerkt met een Google Formulier, waarbij er niet meer fysiek langsgegaan werd bij de woonzorgcentra. Over het algemeen was het snel duidelijk dat, zowel bij de nulmeting als bij de evolutiemeting de vragenlijst toegankelijk was, waardoor het voor de woonzorgcentra eenvoudig in te vullen was. Echter was het bij de evolutiemeting moeilijker om alle antwoorden te krijgen. Dit kan het gevolg zijn van het niet langsgaan om de resultaten te bespreken. Van de 25 teamleden die de nulmeting ingevuld hebben, werd van 21 teamleden een respons gekregen voor de evolutiemeting. Hierbij moest er ook meerdere keren contact opgenomen worden met de woonzorgcentra om de antwoorden te krijgen.

Een zwakte van het onderzoek is tijdsgebrek, waardoor er geen langetermijneffect geëvalueerd kon worden. Echter is er een woonzorgcentrum bezig om een 'pijn project' uit te werken, waarbij de eindproducten zullen gelanceerd en geïmplementeerd worden. Ook is een ander woonzorgcentrum actief op zoek naar een duurzame manier om deze te implementeren. De andere woonzorgcentra hopen ook deze nog in de toekomst te gebruiken, waardoor er een effect op lange termijn zal ontstaan. Pijn is en zal een subjectief thema blijven. Het is echter een uitdaging om hier iets objectiefs van te maken. Hierdoor is het extra belangrijk om het effect ervan te bepalen. Er was ook een gebrek aan middelen, een belangrijk onderdeel was het digitaal maken van de pijnmap. Hier kon niet op ingezet worden, omdat er geen toegang is tot de software.

We werden positief verrast op meerdere vlakken tijdens het praktijkonderzoek. Er waren vaak veel gelijkenissen tussen de verschillende woonzorgcentra, vooral tijdens het afnemen van de SCAMPER. Daarbij kwamen er vaak dezelfde noden naar voren rond de criteria van de sensibiliseringsmethoden. Daarnaast bleek dat de multidisciplinaire teams overal eenzelfde visie deelden tegenover pijnherkenning bij ouderen met vergevorderde dementie, namelijk dat dit onderwerp nog onvoldoende structureel geïntegreerd is in de werking.

Gelijkenissen werden opgemerkt maar ook verschillen, vooral op vlak van aanpak en noden rond sensibilisering. Zo merkten we op dat elk team dezelfde criteria aanhaalde rond de sensibiliseringsmethoden, maar ze wel allemaal een andere invulling hadden van wat de ideale sensibiliseringsmethode is. Wij maakten een uniforme oplossing, maar sensibilisering moet dus ook context- en teamafhankelijk zijn. Hier waren we deels verrast over, omdat wij dachten dat er één oplossing bestaat.

Wat ons positief verraste was dat de multidisciplinaire teams over het algemeen reeds goed geïnformeerd zijn over het thema pijn. In tegenstelling tot onze verwachting bleek dat er bij veel zorgverleners al sprake is van betrokkenheid rond het thema pijn. In kader van deze bachelorproef dachten we dat dit in veel mindere mate ging zijn. Daarnaast hechten alle deelnemers duidelijk veel belang aan de pijnherkenning bij personen met vergevorderde dementie. Ze waren gemotiveerd en bereid om kritisch na te denken over hun eigen werkwijze. Een zorgverlener zei: **“Niet alles wordt hier als vanzelfsprekend beschouwd, we staan open voor verbetering.”**.

Dankzij de open houding van de zorgverleners ontstonden er constructieve gesprekken. Het is niet vanzelfsprekend dat zorgverleners hun eigen werking in vraag gaan stellen, maar ze durfden wel aangeven waar het momenteel nog wringt. Het thema pijn bij personen met vergevorderde dementie is zeker een thema dat leeft en waar zorgverleners bereid zijn om stappen te zetten naar een meer pijnbewuste praktijk.

4.6 Aanbevelingen

Er kan een positief en negatief luik worden onderscheidt als er terug wordt geblikt naar het onderzoek en het verloop ervan. Het **positieve luik** wordt gelinkt aan de vele responsen en kwaliteitsvolle antwoorden. De SCAMPER stimuleerde teamleden om actief na te denken en om met elkaar in overleg te gaan, waardoor zeer relevante en volledige informatie konden verkregen worden. Het **negatieve luik** van het praktijkonderzoek is het tekort aan langetermijneffecten van de effectiviteit van sensibiliseringsmethoden. De proeftijd van de prototypes was een periode van 2 weken, waardoor veel woonzorgcentra nog niet op een efficiënte en duurzame manier de prototypes hebben kunnen testen en evalueren. Er werd echter wel duidelijke feedback en inzichten verkregen over de bruikbaarheid en effectiviteit, maar het langetermijneffect kan verder onderzocht worden, zodat dit duurzaam geïmplementeerd kan worden.

Wanneer er verder onderzoek wordt gedaan naar deze onderzoeksvraag, is het van belang om extra in te zetten op het **langetermijneffect** van sensibiliseringsmethoden en welke duurzaam gebruikt kunnen worden. Het onderzoek liet niet toe om de effecten op lange termijn te gaan bekijken. De sensibiliseringsmethoden zouden herhaald en verhangen moeten worden zodat dit ingeslepen zit in de praktijk en er een blijvende alertheid bestaat. Het onderzoeken van de langetermijneffecten kan gedaan worden door vroeger in het onderzoek sensibiliseringsmethoden aan te bieden en een langere proefperiode te voorzien. Ook kan eventueel het gebruik van de sensibiliseringsmethoden die door dit onderzoek werden aangeboden opnieuw geëvalueerd worden, zodat deze dan nog eens kunnen geoptimaliseerd worden naar nieuwe noden in de praktijk.

Uit dit onderzoek was het snel duidelijk dat er nood is aan het ontwikkelen van een **bruikbaar assessment**, echter werd tijdens het onderzoek opgemerkt dat de bestaande sensibiliseringsmethoden geïmplementeerd moeten worden. De aanzet van het onderzoek was om hen hierover te sensibiliseren, zodat pijn beter en sneller herkend wordt. Uit de bevindingen van het praktijkonderzoek was het duidelijk dat er nood is aan het ontwikkelen van een gestandaardiseerd en bruikbaar assessment. Vaak weten zorgverleners wel dat er assessments bestaan, maar gebruiken ze die niet in de praktijk door tijdsdruk of zijn ze niet toepasbaar in de praktijk.

Uit de literatuurstudie en het praktijkonderzoek blijkt dat er momenteel veel gebruik wordt gemaakt van **farmacologische interventies** bij de behandeling van pijn bij ouderen met vergevorderde dementie. Tijdens dit onderzoek werd vooral de focus gelegd op het sensibiliseren van zorgverleners rond het herkennen van pijn, maar verder is het noodzakelijk zorgverleners te sensibiliseren over hoe ze precies pijn het best behandelen. Dit duidt de noodzaak aan tot verder onderzoek naar hoe zorgverleners pijn het best bestrijden. Hierbij is het betrekken van de arts essentieel. Hoewel dit buiten de ergotherapeutische context valt, is het niet onbelangrijk om hun mee te nemen, gezien hun centrale rol in het toedienen van medicatie. Uit het praktijkonderzoek kwam er bovendien naar voren dat de huisarts moeilijk mee te krijgen is in het verhaal rond pijn bij ouderen met vergevorderde dementie. Er werd aangegeven dat vooral de jongere artsen terughoudend zijn om medicatie voor te schrijven, maar huisartsen moeten bewust zijn dat dit een momentopname is. Eén deelnemer gaf dit aan via volgende citaat: **'Arts kon niet overtuigd worden om medicatie voor te schrijven tegen pijn.'** Echter werd ook tijdens de praktijkonderzoek duidelijk dat artsen soms ook te snel medicatie voorschrijven, waarbij dit op lang termijn niet meer geëvalueerd wordt. Dit brengt ons tot twee extremiteiten tussen het niet en te snel aanbieden van medicatie en het belang van een goed balans tussen farmacologische en niet

farmacologische behandeling. Hier zet dit onderzoek al een eerste stap, door het gebruik van de pijnmap, waarin zorgverleners hun observaties kunnen noteren. Dit kan bijdragen aan een betere communicatie met de arts en op deze manier kunnen verpleegkundigen hun beslissingen beter onderbouwen. Er is nood aan verder onderzoek over hoe de communicatie tussen zorgverleners en arts geoptimaliseerd kan worden en hoe de samenwerking versterkt kan worden, zodat pijn beter behandeld kan worden.

Tijdens het praktijkonderzoek werd het ook duidelijk dat bewoners met dementie en een **psychiatrische problematiek** steeds vaker terechtkomen in een woonzorgcentrum. De zorgverleners gaven bij de SCAMPER aan dat dit een belangrijk onderwerp is om mee te nemen in vervolgonderzoek, omdat zij zich vaak onvoldoende uitgerust voelen om met deze complexe situatie om te gaan. Om die reden wordt het ook moeilijk om pijn te herkennen en aan te pakken. Een zorgverlener verduidelijkte: **“Hun mentale problematiek kan ook doorwegen en pijn veroorzaken, maar daar kennen we te weinig over.”**. Mentale pijn is een pijn die moeilijk zichtbaar is en een voorzichtige, empathische en multidisciplinaire aanpak vergt. Deze bewoners lopen het risico op een onderbehandeling of een misinterpretatie van hun gedrag. Daarom wordt er aangeraden om in toekomstig onderzoek meer aandacht te besteden aan mentale en psychische pijn, hoe deze geuit wordt bij mensen met vergevorderde dementie en hoe deze pijn kan bestreden worden.

4.7 Eindconclusie

Er kan aan de hand van de literatuurstudie- en praktijkonderzoek een antwoord geformuleerd worden op de onderzoeksvraag: “Welke sensibiliseringsmethoden zijn het meest effectief in het verbeteren van de pijnbeoordeling bij zorgverleners van ouderen met vergevorderde dementie?”

De resultaten van de literatuurstudie en het praktijkonderzoek lopen over het algemeen gelijk. De bevindingen uit de literatuurstudie sluiten aan met de inzichten uit het praktijkonderzoek. De betrokken woonzorgcentra erkennen het belang van het thema pijn en benadrukken de noodzaak om zorgverleners hierover te sensibiliseren. De barrières die aan bod kwamen in de literatuur werden bevestigd door de verschillende teamleden. Echter was er een opvallend verschil op te merken tussen de literatuurstudie en het praktijkonderzoek omtrent farmacologische interventies rond pijnbestrijding. Uit de literatuurstudie werd het belang van niet-farmacologische interventies benadrukt bij de behandeling van pijn. In de praktijk kwam naar voren dat ouderen met dementie vaak medicatie voorgeschreven krijgen, ook wanneer dit niet altijd noodzakelijk is. Verder was er nog een verschil te merken omtrent het persoonsgericht werken. Hoewel ze in de literatuur aangeven dat hier in de praktijk te weinig aandacht voor is, gaven de betrokken teamleden aan dat zij hier juist veel belang aan hechten en dit actief toepassen.

De verschillende teamleden hechten belang aan het bieden van kwaliteitsvolle zorg op maat van elke bewoner, zodat hun kwaliteit van leven zo hoog mogelijk kan worden gehouden. Zorgverleners die werken in woonzorgcentra ervaren veel aspecten die een invloed hebben op het bieden van kwaliteitsvolle zorg. Dit zijn zaken zoals tijdsdruk, personeelstekort, te weinig bedden in vergelijking met de vraag ernaar, ... Ondanks dergelijke redenen was tijdens het onderzoek duidelijk dat ze streven naar kwaliteitsvolle zorg en dat pijnherkenning en behandeling hier ook een essentieel onderdeel van is.

Uit de SCAMPER en Small Casestudy kwamen heel wat gegevens en inzichten aan bod. Dit was van belang om te gaan beslissen welke sensibiliseringsmethoden effectief zijn en welke niet bruikbaar zijn in de dagelijkse praktijk. De sensibiliseringsmethoden dat gezien werden als niet of minder bruikbaar zijn: e-mails, nieuwsbrieven en posters gericht op professionals. De sensibiliseringsmethoden die wel gezien werden als effectief en bruikbaar zijn: e-learning, korte meldingen of knipperlichten en bijscholing. Op basis van dergelijke gegevens werden er prototypes uitgewerkt, zoals een e-learning, eyecatcher, pijnmap en een poster voor het betrekken van familieleden en andere derden van bewoners. Deze prototypes werden op basis van dit onderzoek als bruikbaar en effectief gezien. Echter bleek de pijnmap het minst effectief te zijn. Hoewel de bachelorproef de focus legt op zorgverleners, was tijdens het onderzoek duidelijk dat familieleden en derden een essentiële rol spelen in kader van pijnherkenning. Door het aanbieden van deze eindproducten biedt dit onderzoek handvaten aan de zorgverleners. Met deze handvaten kunnen ze aan de slag in de dagelijkse praktijk, wat ook zal leiden tot een betere pijnherkenning en de behandeling ervan. Verder zal dit leiden tot het bieden van kwaliteitsvolle zorg op basis van de noden van elke bewoner.

Bovendien kwam tijdens het onderzoek het belang van interdisciplinaire samenwerking aan bod. Bijdragen aan pijnherkenning is niet het takenpakket van één specifieke discipline, maar elke discipline kan hier een bijdrage aan leveren. Zo kunnen dus ook ergotherapeuten, kinesitherapeuten... observeren en op basis van hun expertise bijdragen aan het herkennen van pijn bij een bewoner en het zoeken naar de oorzaak ervan. Als ergotherapeut kan er bijvoorbeeld op zoek gegaan worden naar oplossingen voor strakzittend kledij of schoenen bij personen met vergevorderde dementie in kader van pijn.

Ook is er nood aan extra aandacht over het onderwerp pijn binnen verschillende opleidingen. Het werd snel duidelijk dat zorgverleners hun kennis rond pijn hoog scoren, maar dit vooral op basis van hun ervaring was. Disciplines die werken met personen met vergevorderde dementie zouden meer geïnformeerd moeten zijn rond de pijn die deze personen kunnen ervaren. Pijn wordt te weinig expliciet besproken binnen opleidingen.

Door dit thema meer te integreren in opleidingen zoals ergotherapie, verpleegkunde, kan op lange termijn een betere pijnherkenning gerealiseerd worden. Zo zou in de opleiding ook moeten gefocust worden op het actief observeren van non-verbale pijnsignalen, zeker bij mensen met communicatieproblemen. Verpleegkundigen bevinden zich vaak heel dicht bij de cliënt en zijn dus in de goede positie om pijn te detecteren, maar missen de nodige opleiding om gedrag correct te interpreteren rond pijn. In de opleiding ergotherapie mag het thema pijnherkenning meer aan bod komen vanuit een functionele en gedragsgerichte invalshoek. Het is niet voldoende om enkel te spreken over comfort en positionering, er moet geleerd worden om gedrag, lichaamstaal en kleine veranderingen in participatie als mogelijke pijnsignalen te interpreteren. Ergotherapeuten kunnen een cruciale rol spelen in de pijnherkenning bij mensen met vergevorderde dementie, maar dit thema moet structureel in de opleiding ingebed zijn. Voor studenten geneeskunde is het essentieel dat ze zich bewust zijn van de complexiteit van pijn bij ouderen met vergevorderde dementie. Het is een subjectief thema waarbij het moeilijk is om de klachten te in te schatten. Pijnklachten wordt bij deze doelgroep te vaak onderschat of afgeschreven als 'normaal bij ouderdom', daardoor wordt medicatie soms te snel of onjuist voorgeschreven zonder voldoende observaties en overleg en met het zorgteam. Een arts die maar één momentopname ziet, kan het totaalplaatje missen. Geneeskundestudenten moeten kritisch leren omgaan met farmacologische en niet-farmacologische interventies, zodat de meest correcte behandeling gehanteerd wordt.

Bijgevolg wordt er geconcludeerd dat verder onderzoek over het onderwerp vereist is. Dit onderzoek richtte zich vooral op welke sensibiliseringsmethoden effectief zijn, waarbij minder langetermijneffecten nagegaan werden. Het zal het dus van belang zijn om na te gaan hoe zorgverleners duurzaam kunnen gesensibiliseerd worden rond pijn. Of dit kan met de ontwikkelde eindproducten, of dat er nog andere methoden nodig zijn, kan verder onderzocht worden. Door zorgverleners te sensibiliseren rond de signalen en oorzaken van pijn, wordt de herkenning ervan bevorderd. Er zullen ook concrete stappen en procedures kunnen gebruikt worden om pijn beter te herkennen aan de hand van onder andere assessments. Op basis van het onderzoek is niet genoeg input verzameld om een volledig bruikbaar assessment op poten te zetten. Echter kunnen de aanbevelingen van dit onderzoek helpen in functie voor verder onderzoek.

Er werd binnen de verschillende woonzorgcentra veel enthousiasme getoond rond dit onderzoek en het effect van een betere pijnherkenning en hopen dat er een aanzet is naar verder onderzoek, zodat pijn een levendig thema blijft.

4.8 Literatuurlijst bij WP Analyse tot conclusies van onderzoeks- of ontwerpproces

Achterberg, W. P., & Van Den Beuken-Van Everdingen, M. H. J. (2023). De oudere met pijnklachten. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 189–202). https://doi.org/10.1007/978-90-368-2835-2_13

Adviezen - Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. (z.d.). Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. <https://www.dementie.be/themas/adviezen/>

Bellman, S. (2023). *Evidence Summary. Dementia (Older Adults): Pain Assessment Tools.* The JBI EBP Database. JBI-ES-3159-7. https://ebpnet.be/nl/ebsources/6291?searchTerm=Pain+AND+dementia&check_logged_in=1

De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfactrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2016). Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. *Journal Of Clinical Nursing*, 26(9–10), 1234–1244. <https://doi.org/10.1111/jocn.13442>

Dementie. (z.d.-d). https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/dementie/dementie_als_comorbiditeit_in_het_ziekenhuis/beoordeling_van_pijn_bij_dementie.html

Dunford, E., West, E., & Sampson, E. L. (2022). Psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia scale in an acute general hospital setting. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 37(12). <https://doi.org/10.1002/gps.5830>

El-Tallawy, S. N., Ahmed, R. S., Shabi, S. M., Al-Zabidi, F. Z., Zaidi, A. R. Z., Varrassi, G., Pergolizzi, J. V., LeQuang, J. A. K., & Paladini, A. (2023). The Challenges of Pain Assessment in Geriatric Patients With Dementia: A Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.49639>

Jonsdottir, T., & Gunnarsson, E. C. (2020). Understanding Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review. *Pain Management Nursing*, 22(3), 281–292. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.002>

Pijn-richtlijn. (z.d.). Verenso. <https://www.verenso.nl/kwaliteit/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnendatabase/pijn>

Schrijffassistent Nederlands. (z.d.). https://www.schrijffassistent.be/index.php?fbclid=IwY2xjawKgT1VleHRuA2FlbQlXMQABHhn5Gyi4FJGoSM0O1wC50OD60MZtDXjC6sX-oWuX8uLQMvVvMoqanTH_yyRG_aem_bg2fxULlBAX0tEK03AmBKQ

Van der Burg, J. (2015). Multidisciplinaire richtlijn chronische pijn bij dementerenden. *De Verpleegkundig Specialist* 10, 8–12. <https://doi.org/10.1007/s40884-015-0004-6>

Van 't Veer, J., Wouters, E., Veeger, M. & van der Lugt, R. (2023). *Ontwerpen voor zorg en welzijn.* Uitgeverij Coutinho.

Verenso. (2016). Multidisciplinaire Richtlijn Pijn: Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen - Deel 1: Samenvatting, aanbevelingen, indicatoren en medicatietabellen met herziene tekst

2016. In Verenso, LOC, Zeggenschap in zorg, Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG), Ergotherapie Nederland (EN), & Nederlands Instituut voor Psychologen, sectie Psychologen in de Ouderenzorg (NIP), *Verenso*. https://ephor.nl/wp-content/uploads/2018/12/richtlijn-pijn-verenso_deel_1.pdf

5 Afsluitend dankwoord

Wij sluiten dit bachelorproef traject af met veel dankbaarheid en trots. Graag willen wij enkele personen en organisaties bedanken die een belangrijke rol gespeeld hebben in het tot stand komen van dit onderzoek.

Allereerst willen wij onze interne en externe promotor bedanken. Onze interne promotor Paul Philips voor het begeleiden van deze bachelorproef. We konden steeds bij hem terecht voor onze vragen. Dankzij zijn eerlijke feedback liep ons proces in goede banen. Ook onze externe promotor Veerle De Bou willen we bedanken. Wij konden haar steeds contacteren en ze was steeds bereid om tijd voor ons vrij te maken en ons te helpen. Ze hielp ons doorheen het proces aan de hand van haar waardevolle inzichten uit het werkveld. Hiernaast willen we ook de BAP- coördinator Lieve De Vos bedanken. Zij hielp ons op weg aan de hand van de inspiratiesessies, waarbij we ondersteuning kregen rond het verloop van de bachelorproef.

Graag willen we ook de verschillende woonzorgcentra die deelnamen aan het onderzoek bedanken. Hun actieve deelname, inzichten en kritische blik bracht ons waardevolle inzichten. Zonder hun openheid en bereidheid om mee te denken over hun dagelijkse praktijk, was deze bachelorproef niet mogelijk geweest. Hun enthousiasme stak ons aan om met nog meer toewijding aan dit project te werken.

Ook willen we onze families en vrienden bedanken, die ons gedurende het proces ondersteund hebben. Ons werk na kijken, ons blijven aanmoedigen en steunen. Niets was voor hen te veel. Dankzij hen konden we dit project met volle inzet afronden.

Ten slotte wille wij ook elkaar als groepsleden bedanken voor deze aangename samenwerking. Wat ons bachelorproef typeerde was onze samenwerking. Deze ervaarden we als respectvol, open en evenwichtig. We durfden elk onze mening uiten waarbij er actief naar elkaar geluisterd werd, wat ervoor zorgde dat we vlot tot compromis kwamen wanneer dat nodig was. Ook was ons vermogen tot inleving een sterkte van ons drie, waarbij we rekening hebben gehouden met elkaars persoonlijke situaties en noden, wat de samenwerking enkel positief beïnvloedde. Er werden duidelijke afspraken gemaakt, waardoor we efficiënt konden samenwerken. Hierdoor konden we ook een goed evenwicht bewaren tussen werken en ontspannen. We vulden elkaars sterktes en zwaktes perfect aan waardoor we als groep konden groeien en elkaar konden versterken. Onze samenwerking was niet alleen effectief, maar ook motiverend en waardevol voor ons proces. Op deze manier hebben we een mooi eindresultaat bekomen.

6 Inhoudstafel bijlages

Bijlage 1: Projectplan.....	101
Bijlage 2: Draaiboek SCAMPER	106
Bijlage 3: PowerPointpresentatie SCAMPER	109
Bijlage 4: Eerste opgestelde mail	111
Bijlage 5: Sjabloon notulist SCAMPER	113
Bijlage 6: Uitgeschreven versie post-its	115
WZC Seniorengroep Philippus Neri Eeklo	115
WZC Ter Caele	118
WZC Bruggenpark	123
WZC Brembloem	125
WZC Mater Amabilis	128
Bijlage 7: Pijn Poster	130
Bijlage 8: Inge vulde fiche pijnmap	131
Bijlage 9: E-learning presentatie (met tekst)	134
Bijlage 10: Eyecatcher	147
Bijlage 11: Eerste vragenlijst/nulmeting Small Casestudy	148
Bijlage 12: Tweede vragenlijst/evolutiemeting Small Casestudy	156
Bijlage 13: Mail afspraken Small Casestudy	167
Bijlage 14: Sjabloon notulist tweede bijeenkomst	168
Bijlage 15: Draaiboek Small Casestudy	169
Bijlage 16: Informed consent voor SCAMPER en Small Casestudy	171
Bijlage 17: Informed consent voor Small Casestudy	173
Bijlage 18: Definitieve poster en samenvattende dia	175

7 Bijlagen

Bijlage 1: Projectplan

	Centrale acties omschrijven per maand / per projectweek	Knelpunten omschrijven	Oplossingen omschrijven	Taakverdeling
November 2024	1° projectweek 20/11/2024 - 23/11/2024 - Opstart van de bachelorproef. - Ontwerpen van de onderzoeksvraag en stilstaan bij de probleemstelling. - Verkenning van de vorige bachelorproef. - Literatuurstudie over het onderwerp bekijken. - Keuze Double Diamond en verkenning van de fasen. - Keuze van de tools. - Feedback bespreken en toepassen. - Kennismaking via mail met externe promotor.	- Het opmaken van een onderzoeksvraag vonden we niet simpel. We waren onzeker over de populatie (P) binnen de onderzoeksvraag. - We wilden ons niet te veel focussen op de voorafgaande bachelorproef, zodat we met originele ideeën naar voren kwamen. - We hadden onzekerheden over de deelvragen en het formuleren van ons onderzoeksvraag.	- Veel brainstormen. - De probleemstelling en gegeven literatuur nog goed doornemen. - Tijdens het uitschrijven van onze ideeën hebben we de voorgaande bachelorproef niet geopend om zo niet te vergelijken. - Brainstormen en vragen aan interne en externe promotor.	Individueel: - Voorgaande bachelorproef doornemen. - Probleemstelling + gekregen literatuur lezen. Samen: - Literatuurstudie over het onderwerp. - Uittypen van de probleemstelling. - Uitschrijven van de Double Diamond.

		- Het kiezen van de meest efficiënte tools vonden we moeilijk. Het uitwerken ervan was ook niet simpel.	- De microcollege 's bekijken en de tools via het boek 'ontwerpen voor zorg en welzijn' goed doornemen.	
December 2024	Week 2 - 15/12/24 Indienen FB groepswerk: Probleemstelling tot projectplan.	/	/	- Milena dient feedback versie van de probleemstelling tot projectplan in.
Februari 2025	Week 1 – 2 - Individuele literatuurstudie opstarten. - Feedback groepswerk: probleemstelling tot projectplan toepassen. - WZC zoeken die willen deelnemen aan ons onderzoek. Week 3 – 4 - 23/02/25: Indienen definitief groepswerk: probleemstelling tot projectplan.	- Onderscheid maken tussen evidence-based en practice based. - Tijdsdruk met stage. - Bij het contacteren van de woonzorgcentra, moeten lang wachten op een antwoord.	- Informatie vragen aan interne promotor. - Goede planning opmaken. - Meer contact opzoeken met WZC. We zijn langsgesegaan en hebben gebeld.	Individueel: - Individuele literatuurstudie. - Contacteren WZC. Samen: - Feedback toepassen. - Overleggen en opmaken planning.

	- Individuele literatuurstudie afwerken. - Indien nodig actief verder zoeken naar andere WZC die willen deelnemen aan ons onderzoek.			
Maart 2025	Week 1 - 03/03/25: Indienen FB individueel WP1: literatuurverkenning 2° projectweek 19/03 - 25/03 - Start groepswerk WP 2 gegevensverzameling a.d.h.v. tools. - SCAMPER ontwerpen en gaan afnemen. - Deel WP2 over SCAMPER afwerken. - Prototypes maken van de sensibiliseringsmethoden dat we willen aanbrengen. - Small Casestudy voorbereiden.	- Keuzes maken en afbakenen voor het ontwerpen van onze tool. - Tijdsdruk om de gegevens te verzamelen. - Sensibiliseringsmethode kiezen. - Tijdsdruk om sensibiliseringsmethode uit te werken. (Prototype)	- Goede communicatie en samenwerking. Ons even tijd geven om hierover te brainstormen. - Een goede planning en onderlinge afspraken. - Nagaan wat de gemeenschappelijke noden waren uit de verschillende WZC. - Goede planning en afspraken om dit buiten de projectweek vorm te geven.	Individueel: - Literatuurstudie (deelvragen). - Anouk: PowerPoint. - Camille: draaiboek SCAMPER. - Milena: draaiboek SCAMPER. Samen: - SCAMPER vormgeven. - SCAMPER afnemen. - Gegevens en resultaten verwerken.

April 2025	Week 2-3: Paasreces - Small Casestudy: eerste bevraging maken bij de multidisciplinaire teams. - Prototypes maken en voorstellen aan de verschillende teams. - Gegevens verwerken. - Feedback van externe promotor toepassen. Week 4: - Small Casestudy: Forms doorsturen voor tweede bevraging. - Deel WP2 Small Casestudy afwerken.	- Onze tool relevant en bruikbaar maken. - Tijdsdruk om de gegevens te verzamelen en goed te verwerken. - Planning voor bezoek met woonzorgcentra aanpassen en haalbaar maken. - Technologische moeilijkheden, vb. QR-code dat niet meer werkt. - Niet alle teamleden en woonzorgcentra die reageren op de tweede vragenlijst. Door technische moeilijkheden of andere redenen.	- Zoveel mogelijk gebruik maken van de informatie dat we tijdens de afname van onze eerste tool gekregen hebben. - Goede planning maken samen dat past voor iedereen. - Goede planning maken en mailen naar het betrokken woonzorgcentrum. - Samenzitten en nagaan waar er moeilijkheden zijn om zo tot oplossingen te komen. - Goed plannen, mailen en bellen naar de woonzorgcentra. Deadline wat verlengen, zodat het in orde wordt gebracht.	Week 2-3: Individueel: - Milena: pijnmap sjabloon - Anouk: Poster en Forms maken voor onze small casestudy. - Camille: PowerPoint vorming rond pijn en bijhorende tekst. Samen: - De prototypes afwerken en eindproduct creëren. - Gegevens verwerken uit eerste en tweede tool. - Feedback van externe promotor toepassen. - Afronden van WP 2. - Opmaak en inhoud van document in orde brengen.
-------------------	---	---	--	--

Mei 2025	Week 1 - Afwerken WP 2. - 4/05/25 Indienen DEF individueel WP 1 + DEF groepswork WP 2 3° projectweek: 19/05 - 23/05 - Groepswork WP 3 opstarten en afwerken. - Nadenken over pitch. Week 4: 26/05 - 30/05 - BAP afwerken. - Pitch maken en afwerken.	- Nog steeds niet van alle teamleden een respons gekregen op de vragenlijst van de evolutiemeting. - In het begin moeilijkheden met de opstart. Het was niet helemaal duidelijk wat er verwacht werd bij WP3. - Technische moeilijkheden met de pitch door betalende functies.	- Er werd samengezeten en de woonzorgcentra werden nog eens opgebeld. - Overleg met de interne promotor. Daardoor kregen we meer duidelijkheid. - Samenzitten en overleggen om beslissingen te nemen.	- Eerst hebben we samen de feedback van WP2 verwerkt. - Daarna gezamenlijk gestart aan WP3. We hebben elk deeltje samen overlopen en kort beantwoord. Daarna hebben we sommige delen verdeeld en uitgetypt. - Wij zijn de week samen geëindigd en hebben dan de eindconclusie, het abstract en het dankwoord geschreven. - Gezamenlijk de pitch vormgeven. - Iedereen leest de BAP en haalt schrijffouten eruit.
Juni 2025	Week 1 - 31/05 - 2/06: Indienen volledige bachelorproef Week 2 - 31/05 - 10/06 Indienen pitch			

Bijlage 2: Draaiboek SCAMPER

We gaan langs bij het WZC dat we gecontacteerd hebben. Hier komen we voor de eerste keer in contact met het team dat we zullen bevragen. We zullen de tool afnemen in een rustige en afgezonderde ruimte, hierdoor willen we privacy hanteren. We starten met het document informed consent af te geven. Dit document verklaart dat we de afname van de tool mogen opnemen en de informatie ervan mogen gebruiken in kader van onze bachelorproef.

Goeiemorgen/Goeiemiddag, wij zijn Milena, Anouk en Camille. Wij zijn derdejaarsstudenten in de bacheloropleiding Ergotherapie aan HoGent. We willen jullie eerst en vooral bedanken voor jullie deelname aan onze bachelorproef en hopen tot een relevant resultaat te komen. Ons onderzoeksvraag klinkt als volgt: “Welke sensibiliseringsmethoden zijn het meest effectief in het verbeteren van de pijnbeoordeling bij zorgverleners van ouderen met vergevorderde dementie?”

We zullen, voor dat we ons onderzoek starten, jullie een document geven, namelijk het informed consent document, dit gaat over uw privacy en welke gegevens we mogen verwerken van u in ons onderzoek. De deelname aan ons onderzoek is volledig vrijwillig. Ook is er geen onmiddellijk therapeutisch voordeel. Jullie deelname weigeren of terugtrekken is op elk moment mogelijk, dit brengt ook geen nadelen met zich mee.

Ook zouden we graag een geluidsopname maken van dit gesprek. Dit staat allemaal vermeld in dit document. Als u dit document tekent, betekent dit dat u akkoord gaat met wat vermeld wordt. De opname zullen we echter enkel gebruiken voor onze bachelorproef, zo kunnen we een samenvatting maken, zonder dat we relevante informatie kwijt geraken. Hierna zal de opname verwijderd worden. Bij het ondertekenen van dit document wordt u ook rechtstreeks betrokken bij de afname van onze tweede tool, namelijk de “Small Casestudy”. Ons prototype zal echter ontwikkeld worden op basis van wat nu besproken zal worden. Om die reden is het relevant om jullie bij beide afnames te betrekken.

Daarna beginnen we de opname en geven we een woordje uitleg vooraleer we van start gaan met het interview.

Onze bachelorproef heeft als doel om een doeltreffende sensibiliseringsmethode te ontwikkelen om zorgverleners bewust te maken rond pijn die ouderen met vergevorderde dementie ervaren. Het richt zich dus op de noodzaak van betere pijnherkenning, omdat pijn vaak niet opgemerkt wordt door onder andere beperkte communicatie.

Daarom doen wij onderzoek bij verschillende woonzorgcentra, in samenwerking met een multidisciplinair team, om zo de meest geschikte en effectieve sensibiliseringsmethode te ontwikkelen.

We streven dus naar een methode die zorgverleners helpen in de pijnherkenning, om zo de kwaliteit van het leven van ouderen met vergevorderde dementie te optimaliseren.

Na wat uitleg gegeven te hebben over onze bachelorproef, zullen we van start gaan met onze tool. Tijdens het gesprek, zal één teamlid typen wat de professionals zeggen. De rest van de groep zal het gesprek leiden en zorgt voor een vlotte interactie.

We zullen dadelijk beginnen met de vragen, we willen jullie informeren dat we de antwoorden zullen typen.

Nu onze inleiding afgerond is, zullen we van start gaan met de afname van onze eerste tool. We zullen ook post-its geven zodat jullie even kunnen brainstormen, vooraleer we dit in groep bespreken. Wees vrij om te antwoorden.

We kunnen eventueel eerst eens starten met elkaar voor te stellen. We zullen iedereen overlopen, met de vraag: Wat is uw naam, discipline en hoe lang staat u in het werkveld (wat is uw ervaring met personen met vergevorderde dementie?). Als u nog andere zaken wilt meedelen mag dit zeker.

Het doel van deze sessie is om samen met zorgverleners te reflecteren over bestaande sensibiliseringsmethoden en te onderzoeken hoe deze verbeterd, aangepast of vernieuwd kunnen worden om de herkenning en beoordeling van pijn bij ouderen met vergevorderde dementie te optimaliseren.

Nu gaan we specifiek over naar de afname van onze tool. Deze wordt zo vormgegeven (tabel tonen op PowerPoint). Met dus vijf onderdelen, namelijk substitute, combine, adapt, magnify/modify, put to another use, eliminate en reverse. We zullen nu over gaan naar de specifieke vragen:

Substitute – vervangen

Op basis van jullie ervaring (stages, werkpraktijk, probleemsituaties): Wat hebben jullie meegemaakt in functie van pijnherkenning en hoe hebben jullie gehandeld?

Zouden jullie in deze situatie anders hebben gehandeld met een betere oplossing als gevolg?

Wat zou dat zijn?

Kunnen we traditionele lezingen vervangen door interactieve leermethoden, zoals simulaties of casusbesprekingen?

Combine – combineren

Kunnen we sensibiliseringsmethoden integreren in teamvergaderingen, intervisies of casusbesprekingen? Zien jullie nog andere combinaties?

Zijn er andere methoden of situaties waarin sensibilisering geïntegreerd kan worden?

Kunnen we oefeningen rond pijnherkenning verwerken in de dagelijkse routine in plaats van ze in aparte opleidingen te gieten? Hoe zou dat eruitzien?

Adapt – aanpassen

Hoe kunnen bestaande sensibiliseringsmethoden aangepast worden aan de dagelijkse praktijk? Denk aan tijdsduur, vorm (online, fysiek), visuele ondersteuning, praktijkoefeningen...

Welke aanpassingen kunnen we doen zodat de methoden beter aansluiten bij de tijdsdruk en werkomstandigheden van zorgverleners?

Magnify/Modify - uitvergroten

Kunnen we microlearning inzetten, bijvoorbeeld korte reminders via posters, apps of schermen in het woonzorgcentrum?

Welke andere methoden kunnen we inzetten om sensibilisering toegankelijker en visueler te maken?

*Kunnen kortere, maar frequentere sensibiliseringsmomenten effectiever zijn dan lange sessies?
Hoe zien jullie dit in de praktijk?*

Put to another use – anders gebruiken

*Welke disciplines zouden het meest gebruik maken van de sensibiliseringsmethoden?
Welke andere disciplines of personen (familie) zouden hier ook gebruik van maken?
Zou de sensibiliseringsmethoden voor een ander doeleinde kunnen gebruikt worden?*

Eliminate – elimineren

*Welke sensibiliseringsmethoden vinden jullie moeilijk bruikbaar en waarom?
Welke methoden werken wél goed? Hoe kunnen we ze verder vereenvoudigen en toegankelijker maken? Denk aan taalgebruik, complexiteit of de praktische toepassing.
Wat zou geschrapt kunnen worden uit bestaande methoden om ze effectiever en gebruiksvriendelijker te maken?*

Reverse/Rearrange - omkeren/herstructureren

Stel dat er helemaal geen bestaande sensibiliseringsmethoden rond pijnherkenning zijn, hoe zouden jullie dan je team bewust maken van dit probleem? Welke stappen zouden jullie ondernemen?

Kunnen we het proces omdraaien en starten vanuit concrete casussen en praktijkvoorbeelden, in plaats van theoretische sensibilisering?

*Welke sensibiliseringsmethoden lijkt jullie het meest geschikt en haalbaar? Waarom?
Zijn er nog andere opmerkingen of vragen die jullie hierover hebben?*

Daarna gaan we de afname van de tool afronden en een datum vastleggen voor de tweede tool, namelijk de Small Casestudy.

Het interview is afgerond, we zullen nu de opname stoppen. We willen jullie alvast bedanken voor de antwoorden. Kunnen wij eventueel nu eens kijken voor een datum voor de afname van de volgende tool. Deze zou plaatsvinden in de paasvakantie (week van 7/04- 20/04). Hoe kunnen we hier afspraken rond maken?

Nadat de tool voltooid is, wordt het gesprek afgerond.

Bijlage 3: Powerpointpresentatie SCAMPER

BACHELORPROEF

MILENA, CAMILLE EN ANOUK

ONDERZOEKSVRAAG

Welke sensibiliseringsmethoden zijn het meest effectief in het verbeteren van de pijnbeoordeling bij zorgverleners van ouderen met vergevorderde dementie?

DOEL

Een doeltreffende sensibiliseringsmethode ontwikkelen om zorgverleners bewust te maken rond pijn die ouderen met vergevorderde dementie ervaren.

Het richt zich dus op de noodzaak van betere pijnherkenning, omdat pijn vaak niet opgemerkt wordt door onder andere beperkte communicatie.

SCAMPER TOOL

DOEL

- Samen reflecteren op bestaande sensibiliseringsmethoden
- Onderzoeken hoe deze verbeterd, aangepast of vernieuwd kunnen worden
- Optimalisatie van pijnherkenning en beoordeling bij ouderen met dementie

VOORBEELDEN VAN SENSIBILISERINGSMETHODEN

- Workshops en opleidingen
- E-learning modules (bv. PAIC15-training)
- Case-based learning
- Interne scholing en bijscholing
- Overlegmomenten binnen pijnteam
- Supervisie, coaching en interventie
- Richtlijnen en protocollen
- Kwaliteitsmetingen en feedback
- Posters, pijnkaarten en checklists
- Sociale media en nieuwsbrieven

SCAMPER – METHODE

- Substitute – vervangen
- Combine – combineren
- Adapt – aanpassen
- Magnify/Modify – uitvergroten
- Put to another use – anders gebruiken
- Eliminate – elimineren
- Reverse/Rearrange – omkeren/herstructureren

SUBSTITUTE – VERVANGEN

- Op basis van jullie ervaring (stages, werkpraktijk, probleemsituaties): Wat hebben jullie meegemaakt in functie van pijnherkenning en hoe hebben jullie gehandeld?
- Zouden jullie in deze situatie anders hebben gehandeld met een betere oplossing als gevolg? Wat zou dat zijn?
- Kunnen we traditionele lezingen vervangen door interactieve leermethoden, zoals simulaties of casusbesprekingen?

COMBINE – COMBINEREN

- Kunnen we sensibiliseringsmethoden integreren in teamvergaderingen, interviews of casusbesprekingen? Zien jullie nog andere combinaties?
- Zijn er andere methoden of situaties waarin sensibilisering geïntegreerd kan worden?
- Kunnen we oefeningen rond pijnherkenning verwerken in de dagelijkse routine in plaats van ze in aparte opleidingen te geven? Hoe zou dat eruitzien?

ADAPT – AANPASSEN

- Hoe kunnen bestaande sensibiliseringsmethoden aangepast worden aan de dagelijkse praktijk? Denk aan tijdsduur, vorm (online, fysiek), visuele ondersteuning, praktijkoefeningen...
- Welke aanpassingen kunnen we doen zodat de methoden beter aansluiten bij de tijdsdruk en werkomstandigheden van zorgverleners?

MAGNIFY/MODIFY - UITVERGROTEN

- Kunnen we micro-learning inzetten, bijvoorbeeld korte reminders via posters, apps of schermen in het woonzorgcentrum?
- Welke andere methoden kunnen we inzetten om sensibilisering toegankelijker en visueel te maken?
- Kunnen kortere, maar frequentere sensibiliseringsmomenten effectiever zijn dan lange sessies? Hoe zien jullie dit in de praktijk?

PUT TO ANOTHER USE – ANDERS GEBRUIKEN

- Welke disciplines zouden het meest gebruik maken van de sensibiliseringsmethode?
- Zouden andere disciplines (zoals familieleden, mantelzorgers, vrijwilligers) hier ook mee geholpen zijn? Hoe kunnen we hen betrekken?
- Zou de sensibiliseringsmethode voor een ander doeleinde kunnen gebruikt worden?

ELIMINATE – ELIMINEREN

- Welke sensibiliseringsmethoden vinden jullie moeilijk bruikbaar en waarom?
- Welke methoden werken wél goed? Hoe kunnen we ze verder vereenvoudigen en toegankelijker maken? Denk aan taalgebruik, complexiteit of de praktische toepassing.
- Wat zou geschrapt kunnen worden uit bestaande methoden om ze effectiever en gebruiksvriendelijker te maken?

REVERSE/REARRANGE - OMKEREN/HERSTRUCTUREREN

- Stel dat er helemaal geen bestaande sensibiliseringsmethoden rond pijnherkenning zijn, hoe zouden jullie dan je team bewust maken van dit probleem? Welke stappen zouden jullie ondernemen?
- Kunnen we het proces omdraaien en starten vanuit concrete casussen en praktijkvoorbeelden, in plaats van theoretische sensibilisering?

EXTRA

Welke sensibiliseringsmethode lijkt jullie het meest geschikt en haalbaar? Waarom?

BEDANKT!

Bijlage 4: Eerste opgestelde mail

Onderwerp: Uitnodiging deelname bachelorproef

Beste

Wij zijn Milena, Camille en Anouk, drie laatstejaarsstudenten in de afstudeerrichting Professionele Bachelor in de Ergotherapie aan HoGent. Momenteel zijn wij bezig met onze bachelorproef, waarin we onderzoeken hoe pijnherkenning bij personen met dementie kan worden geoptimaliseerd en hoe een multidisciplinair team hierin gesensibiliseerd kan worden. Het is de bedoeling dat we in juni een afgewerkt product kunnen voorleggen waarmee we teams kunnen sensibiliseren omtrent het belang van pijnherkenning bij mensen met dementie.

In het kader van ons onderzoek zouden we graag een multidisciplinair team op drie verschillende momenten ondervragen. Dit team zou ons prototype ook moeten uittesten. In bijlage vindt u een korte planning voor de gesprekken met het team. Uiteraard kan deze planning aangepast worden aan uw beschikbaarheden.

Wij garanderen de privacy van alle deelnemers gedurende het volledige onderzoek. Hiervoor zullen wij een document 'informed consent' meenemen.

Voor verdere vragen of bij interesse in deelname kunt u contact met ons opnemen via dit e-mailadres.

Alvast bedankt voor uw tijd en overweging!

Met vriendelijke groeten,
Milena, Camille en Anouk

In bijlage: Planning onderzoek

Eerste contactname

Wanneer?

Tussen 19 en 20 maart 2025

19/03/25: enkel na 11 uur

20/03/25: heel de dag

Wat staat er op de planning?

Afnemen van de eerste tool met een multidisciplinair team.

Onze eerste tool is de SCAMPER:

We zullen een multidisciplinair team laten nadenken over verschillende sensibiliseringsmethoden rond pijnherkenning en waarom ze deze wel of niet zouden gebruiken.

De disciplines die we graag vertegenwoordigd zouden zien, zijn ergotherapie, verpleegkunde, zorgkunde en kinesithérapie.

Andere disciplines mogen zeker ook aanwezig zijn.

Graag zouden we een team bevragen die werkt met personen met vergevorderde dementie.

Tweede contactname

Wanneer?

Eerste week van de paasvakantie. Dit valt tussen 7 en 10 april.

Wat staat er op de planning?

Afnemen van onze tweede tool met heel het multidisciplinair team.

Onze tweede tool is de Small Casestudy:

Eerst gaan we een nulmeting uitvoeren aan de hand van een vragenlijst omtrent de pijnherkenning en -verzorging bij mensen met dementie.

Nadien zullen we ons prototype aanbieden van onze sensibiliseringsmethode. Dit prototype zal voortkomen uit de SCAMPER-tool die we in de eerste contact name hebben afgenomen.

Graag zijn dezelfde teamleden aanwezig als bij het eerste gesprek.

Derde contact name

Wanneer?

Ongeveer twee weken na het aanbieden van ons prototype.

Wat?

We zullen dezelfde vragenlijst als bij de nulmeting van contact name 2 doorsturen per e-mail naar de teamleden. Alle teamleden kunnen de vragenlijst vervolgens zelfstandig invullen. Wij zullen bij deze contact name dus niet fysiek aanwezig zijn.

Na het invullen van de vragenlijst kunnen wij de uitkomsten bekijken, waardoor we de evolutie van de nulmeting kunnen vergelijken met de resultaten na het gebruiken van ons prototype. Op basis van de evaluatie kunnen we ons prototype verder verfijnen, zodat we onze bachelorproef afsluiten met een concreet en goed onderbouwd eindproduct.

Algemeen

Doel van onze BAP: ontwikkelen van een methode zodat er meer aandacht is binnen multidisciplinaire teams rond het herkennen van pijn bij ouderen met dementie.

Onze contactgegevens:

camille.vanderstraeten@student.hogent.be

milena.demesmaeker@student.hogent.be

anouk.bassle@student.hogent.be

Bijlage 5: Sjabloon notulist SCAMPER

Afname tool: WZC...

Aanwezig:

...

Inleiding:

Duur afname: ...

Gesprek:

...

Vervangen:

Duur afname: ...

Gesprek:

...

Combineren:

Duur afname: ...

Gesprek:

...

Aanpassen:

Duur afname: ...

Gesprek:

...

Uitvergroten:

Duur afname: ...

Gesprek:

...

Anders gebruiken:

Duur afname: ...

Gesprek:

...

Elimineren:

Duur afname: ...

Gesprek:

...

Omkeren/ herstructureren:

Duur afname: ...

Gesprek:

...

Extra vraag:

Welke sensibiliseringsmethoden meest haalbaar:

Zijn er nog andere opmerkingen of vragen:

Volgende datum:

...

Bijlage 6: Uitgeschreven versie post-its

WZC Seniorengroep Philippus Neri Eeklo

S	Persoon 1 • Teamoverleg • Verder observeren en rapporteren • Raad vragen aan de kiné • Casusbesprekingen tijdens een MDO Persoon 2: • Casusbesprekingen tijdens een MDO met de verpleegkundigen, ergotherapeuten, kinesitherapeuten en zorgkundigen • Traditionele lezingen vervangen met interactieve leermethoden Persoon 3: • Bij een vermoeden van pijn -> signaleren en eventueel veranderen van houding • Pijn herkennen door de grimassen van de persoon • Neen, spreekbuis van de bewoner • Ja, echte situaties uit het werkveld hebben de voorkeur Persoon 4: • Melden aan de verpleegkundigen • Gegevens in de computer zetten voor als de arts langs komt. • Vragen aan de bewoner waar hij pijn heeft Persoon 5: /
C	Persoon 1: • We kunnen sensibiliseringsmethoden integreren in teamoverleg of MDO • Er wordt dagelijks geobserveerd. Het zit in het takenpakket en dagelijkse routine Persoon 2: • Alle informatie wordt steeds opgenomen in het digitaal verslag • Wijzigingen noteren • Aan de deur van de kamer of aan rolstoel hangen Persoon 3: • Ja, tijdens overdrachtsmomenten • Eerst in aparte opleiding verwerken en eens dit voldoende gekend is, implementeren in de dagelijkse zorg Persoon 4: • Dagelijkse routine • Opvolgen en in de computer registreren Persoon 5: • Elke dag bespreken
A	Persoon 1: • Vorm -> pijnschalen van 1-10 of met smileys

	• Het moet een onderdeel zijn van de dagelijkse praktijk • Een schaal ontwikkelen Persoon 2: • Deelnemen aan overleg 1x per dag • Speciale melding • Aanpassen Persoon 3: • Aandacht voor visuele herinnering bij het openen van het zorgdossier • Wanneer de zorg afgetekend wordt is het de bewoner Persoon 4: • Door de zorg en de handelingen die je doet kan je al veel zien • Posters aan de deuren hangen Persoon 5: /
M	Persoon 1: • Knipperlicht in kader van pijn • Geen poster • Reminders (kort en bij overdrachtmomenten) • Kort maar frequente sensibilisering i.p.v. lange sessies Persoon 2: • Melding op app • Visueel maken • Tijdens overdracht • Kort en uitvergroten Persoon 3: • Scherm of knipperlicht bij het openen van het zorgdossier • Kort voor de start van de dag • Ochtendroutine, avondroutine en tijdens overdracht Persoon 4: • Iets dat opvalt of als je het zorgdossier opent • Posters aan de deuren Persoon 5: • Brief op ramen • Privé
P	Persoon 1: • Alle disciplines: zorg, kiné, ... • Bij familiebijeenkomsten Persoon 2: • Zorg/verpleging • Via mail • Bijscholingen Persoon 3: /

	Persoon 4: • Vragen stellen over de pijn die ze hebben • Eventueel verpleegkundigen of dokter erbij halen • Uit casusbespreking kan je veel leren Persoon 5: • In computer zetten • Methode met sticker of symbool waarbij enkel wij de betekenis ervan weten
E	Persoon 1: • Wij gebruiken weinig sensibiliseringsmethoden Persoon 2: • Kort overleg • Pijnperspectief • Kort vooropleiding Persoon 3: / Persoon 4: • Goed communiceren met zorgverlener • Bewegingen laten doen Persoon 5: /
R	Persoon 1: • Eerst praktijk, dan theorie • Vertrekken vanuit de casus Persoon 2: • Theorie uitleggen • Bewoner observeren • ADL en overleg • Kinebehandelingen - o Stijve spieren - o Vragen stellen aan de bewoner - o Massage of warmte toedienen Persoon 3: / Persoon 4: • Mondeling communiceren • Je vangt meer op in de praktijk Persoon 5: /

S	Persoon 1: • Herhaaldelijke klachten van de persoon • Persoon zacht aanspreken, geruststellen en observeren • Casussen en simulaties zijn beter Persoon 2: • Gedragsveranderingen, verkrampen • Dokter bellen • Zelf proberen inschatten wat de oorzaak is, wij kennen de bewoner goed • Casusbespreking i.p.v. algemeen theorie Persoon 3: • Soms word ik bij een bewoner geroepen die pijnklachten heeft. Door oefeningen proberen we klachten te benoemen om het te objectiveren. Veel observeren en opvolgen. • Casusbesprekingen zijn heel belangrijk Persoon 4: • Pijn op basis van mimiek • Pijnschalen: voor iemand kan het een nul zijn en voor een ander een negen, bijvoorbeeld bij een breuk • Ze evalueren op basis van vroegere behandelingen • Persoonsgebonden gaan kijken Persoon 5: • Volgens pijnschaal bekeken -> gelaatsuitdrukkingen, lichaamshouding • Bij bewoners -> geen verbale communicatie mogelijk • Niet gemakkelijk om te interpreteren door verschillende personen, het is eerder gevoelsmatig Persoon 6: • De bewoners hun dagelijks handelingen kennen en hierin verschillen opmerken, want deze verschillen kunnen wijzen op pijn • Pijnschaal gebruiken • Interactieve leermethodes lijken me efficiënter
C	Persoon1: • Regelmatig overleg momenten waarbij persoonlijke ervaringen met individuele personen worden besproken • Steeds alert zijn voor veranderingen in gedrag Persoon 2:

	• Op IDO waar familie aanwezig is: familie kent bewoner goed en zijn voorgeschiedenis • Dagelijks overdracht: kort aanhalen met concrete situaties Persoon 3: • Vooral accent leggen op observeren van de verschillende disciplines en opvolgen bij teambesprekingen • Geen opgestelde oefentool, alles persoonsgebonden Persoon 4: • / Persoon 5: • Tijdens briefingmomenten worden dergelijke casussen besproken met al dan niet gebruik van de pijnschaal en de observaties • Eventueel korte leermomenten inplannen rond pijn en pijnbeleving • Eigen gevoel niet mengen met duidelijke observatie Persoon 6: • Tijdens multidisciplinair overleg • IDO met familie
A	Persoon 1: • Contextgericht werken en durven nadenken, objectiveren in de realiteit Persoon 2: • Papieren gaan snel verloren in apotheek of bureauruimte. • Eenvoudig in te vullen, te lezen en zichtbaar. • Integreren van oefeningen in bestaande overlegstructuren -> geen extra momenten Persoon 3: • Goede begeleiding bij overleg van teamcoach Persoon 4: • / Persoon 5: • Integreren in teamoverleg, casusbespreking in team. • Eventueel e-Learning -> keuze tijdstip Persoon 6: • Casusbesprekingen van bewoners uit WZC -> is duidelijker dan fictieve casus
M	Persoon 1: • Medewerkers kort informeren via interne kanalen en werkruimtes • Herhaling stimuleren

	Persoon 2: • Poster in apotheek, instrument op tablet van zorg en verpleging • Kort en frequent, veel herhaling is belangrijk • Dagelijkse overlegmomenten, IDO's, .. Persoon 3: • In de apotheek kunnen kleine posters opgehangen worden • Steeds opnieuw herhalen, frequentie is belangrijk • In de computer iets lang laten staan, wordt dan niet meer gelezen Persoon 4: • Vragen stellen i.v.m. gedrag van de patiënt in de laatste 2-3 dagen om beter zicht te hebben • Kort en af en toe laten projecteren op de schermen van de ingang Persoon 5: • Korte reminders, zoals screensaver op de tablets • Kalender: tip van de dag • Kort maar frequente reminders Persoon 6: • Posters, ect... worden volgens mij minder bekeken, daarom is het volgens mij effectiever om korte mondelinge momenten in te lassen
P	Persoon 1: • Disciplines overstijgend gebruik en voortdurend overleg blijkt noodzakelijk • Nadien komt/moet familie geïnformeerd worden -> signaalfunctie Persoon 2: • KERA en verpleging maken er het meest gebruik van • Zeker belangrijk om familie te betrekken via IDO • Ook belangrijk voor studenten, leren alert zijn voor signalen van pijn Persoon 3: • Zeker interdisciplinair, familie bevragen • Vrijwilligers iets moeilijker Persoon 4: • Ergo, kiné, zorg (verpleegkundigen en zorgkundigen), vrijwilligers, familieleden, ... Persoon 5: • Alle disciplines • Feedback vragen aan familie, mantelzorgers via familieavonden

	- De methode kan voor andere doeleinden gebruikt worden zoals, weerstand in de zorg, oorzaken en hoe ermee omgaan Persoon 6: - Belangrijk dat alle disciplines hierin betrokken zijn - Sneller opmerken zorgt om sneller tot oplossingen te komen - Familie, ect... betrekken -> hoe was het vroeger met de bewoner?
E	Persoon 1: - Algemene methoden, zoals opleidingen lijken moeilijker, omwille van de grote individuele verschillen - Observeren, vastleggen en bespreken Persoon 2: - Nieuwbrieven en e-mails: niet iedereen leest dit - Langdurige opleidingen: soms te lastig, geen cursus of folders - Korte directe link met praktijk -> ook snel opvolgen van 1^e sessie: evaluatie! Persoon 3: - Overlegmomenten - Soort werking WZC - Direct reageren - Persoonsgebonden werking Persoon 4: - Familieleden kunnen subjectief reageren - Ook niet via mails - Extra opleidingen zijn wel oké Persoon 5: - Inplannen van extra opleidingen -> niet gericht op de casussen op de afdeling - Kwaliteitsmeting/controle - De briefing: wat hebben we gedaan? Wat kan beter? Hoe pakken we dit in de toekomst aan? - Via briefing: Casusbespreking Persoon 6: - Overleg in team met verschillende disciplines - Korte reminders -> in één oogopslag leesbaar, korte tips
R	Persoon 1: - Observeren van gedragsveranderingen - Bespreken van vormingen - Beleid formuleren en vormgeven

Persoon 2:

- Starten vanuit probleemstelling -> van daaruit werken naar overkoepelende visie en beleid
- Bij nieuwe probleemstelling -> verwijzen naar eerdere situatie

Persoon 3:

- Uitleg en korte opleidingen
- Meer werken op praktijkgerichte items

Persoon 4:

- Briefing, echte casussen bespreken

Persoon 5:

- Vanuit de casussen op de afdeling vragen: Waarom denk je aan pijn? Gedragsveranderingen? Suf of eerder actief? Duizeligheid? Agressie? Parameters -> pols, temperatuur, ...

Persoon 6:

- Starten vanuit de praktijk -> is duidelijk en makkelijk te begrijpen
- Medewerkers attent maken, handvaten aanrijken -> door in overleg te bespreken

S	Persoon 1 • Mevrouw was al enkele keren gevallen, maar had geen zichtbare letsels. Ze was zeer onrustig, klaagde vooral van buikpijn en dit werd aan verpleegkundige en dokter doorgegeven • Eventueel een overzicht maken van wanneer pijn zich voordoet • Zeker een voorstander van simulaties, het is realistischer Persoon 2: • Patiënt met CVA, halfzijdig verlamd (linkerzijde). Hij heeft veel pijn bij de mobilisatie. Ik mobiliseerde dan binnen de pijngrens en tegelijkertijd communiceerde ik goed met de bewoner • Verbaal communiceren over andere dingen helpen om de pijn af te leiden • Bespreking met verschillende verzorgenden is belangrijk
C	Persoon 1: • Ja, in personeelsvergaderingen en MDO's • Integratie op vorming en familieavonden • Oefeningen en kleine teambuildingen met zorgpersoneel, simulaties van pijnervaringen Persoon 2: • Teamvergaderingen MDO (bespreken patiënten) • Communicatie in ploeg waar je die dag werkt (overdracht) • Realisatie oefeningen en oefeningen in de snoezelruimte
A	Persoon 1: • Eén persoon als referentiepersoon aanduiden die dit op regelmatige momenten opvolgt • Eén vast moment voor een infosessie Persoon 2: /
M	Persoon 1: • Mededeling via de Korian app • Reminders via posters, na een infosessie gehad te hebben • E-learning rond pijn op regelmatige basis verplichten • Frequentere sensibiliseringsmomenten zijn effectiever, maar moeilijk haalbaar Persoon 2: • E-Learning en teamvergaderingen waarbij verschillende methoden worden besproken om te leren herkennen • Korte info via app
P	Persoon 1: • Zorg- en verpleegkundigen, kiné, ergo, ...

	• Zeker een meerwaarde voor families -> uitnodigen op familieavonden en MDO's • Palliatieve opvolging Persoon 2: • Zorg, ergo, kiné, ... • Familie goed informeren, dit kan via familieraad • Persoonlijk contact
E	Persoon 1: • Pijnschalen: moeilijk qua interpretatie, soms primeert het gevoel van zorgverlener • Beter om gedetailleerde en frequenter te observeren in diverse situaties (zorgmomenten/activiteiten) • Verbale antwoorden op de vragen weglaten, want ze kunnen dit verbaal toch niet aangeven Persoon 2: • Pijnschalen • Observatie en communicatie door zorgverlener • Pijnschalen zijn subjectief, maar pijn op zich ook
R	Persoon 1: • Bestaande situaties nabootsen en in team bespreken. • Starten vanuit praktijkvoorbeelden is veel beter dan theoretische sensibilisering. Persoon 2: • Dagelijks/wekelijks via app communiceren over pijn • Persoonlijke communicatie met personeel en familie • Proces zeker omdraaien

S	Persoon 1 • Niet anders behandelen. • Sneller een pijnstiller geven en kijken of de pijn blijft. • Bewoners die het niet kunnen zeggen -> doorgeven aan verpleging en zij gaan dan de dokter bellen. • We merken het als de persoon gespannen is en zich anders gedraagt. Persoon 2: • Pijn is te zien aan de grimassen • Sommige zeggen ook pijn te hebben, maar kunnen het niet lokaliseren. • Het geven van pijnmedicatie mag nog niet direct, we moeten eerst de arts contacteren. • Afwachten hoe dit verder verloopt • Koortsig zijn • Stil zijn Persoon 3: • Vooral veel observeren naar bijvoorbeeld verandering in gedrag, ... en dokter bellen om pijnstillers te geven. • Opvolgen zodat zaken sneller gaan opvallen. • Theorie en praktijk uit de zorg, werken met casussen, visueel maken en ondervindingen koppelen aan de theorie. Persoon 4: • Gezichtsuitdrukkingen die pijn vertonen -> bewegingen doen om de locatie te bepalen • Kijken of de bewoners anders gaan reageren.
C	Persoon 1: • Bespreken in team • Standaard pijnmedicatie geven • Andere methoden opstarten: kiné of ijskompressen Persoon 2: • Bij overleg kan je dit terugkoppelen • Kan in team, in overleg of met posters • De vragenlijsten erbij halen wanneer de bewoner ander gedrag vertoont en er steeds op wijzen dat dit document bestaat. Persoon 3: • Casusbesprekingen worden nu in teamvergaderingen gedaan • Belang van herhalen bij collega's • Via affiches • MDO's • In dagelijks overdracht voor meer aandacht Persoon 4: • In team • Overdracht

	• MDO • Overzicht maken van punten die kunnen wijzen op pijn.
A	Persoon 1: • Posters • ThemawEEK Persoon 2: • In belevingsmomenten • Herhaling • Korte reminders • Zorgkundigen, verpleegkundigen, ergotherapeuten, kiné, vrijwilligers, ... • Posters, er op wijzen tijdens vergaderingen, in de nieuwsbrief verzenden op de computer, ... Persoon 3: • Een bijscholing over het onderwerp pijn, werken rond het thema • Meer integreren in dagelijks overdracht Persoon 4: • Zo kort mogelijk • Duidelijk fysiek
M	Persoon 1: • Ja, via de schermen in inkom • Brochures • Korte uitleg op papier • Korte momenten -> tijdens overdracht • Herhaling werkt beter Persoon 2: • Posters • Korte sessies -> overdracht Persoon 3: / Persoon 4: • Inzetten via posters, app of via scherm in WZC • Beleefmomenten • Steeds herhalen
P	Persoon 1: • Voor iedereen belangrijk, maar voor verpleegkundigen het meest • Voor tijdens zorg of om goed te observeren in de leefgroep Persoon 2: • Alle disciplines • Familie/vrijwilligers en poetsdienst Persoon 3: • Theorie blijft niet goed hangen -> praktische zaken, kleine reminders blijven meer hangen • Niet te veel tekst Persoon 4:

	• Regelmatig herhalen • Heel het team
E	Persoon 1: • Praktische oefeningen • Voorbeelden werken beter • Persoonlijke informatie geven is beter dan een affiche. • Korter en eenvoudig, zodat het voor iedereen bruikbaar is. Persoon 2: • Mondeling en steeds herhalen is het meest bruikbaar. • Kort en bondig, hou het simpel Persoon 3: / Persoon 4: /
R	/

S	Persoon 1: • Oefentherapie • Mimiek • Oefeningen aanpassen • Persoon kan op iedere moment anders zijn, soms wel en soms geen pijn • Ja, casusbesprekingen zijn effectief toe te passen Persoon 2: • Mimiek van de bewoners • Koorts meten • Andere houding • Wenen • Ongeduldig gedrag • Kreunen • Meer slapen • Verminderde mobiliteit Persoon 3: • Zeker alles noteren • Overdracht Persoon 4: • Pijn/moeite met plassen • Urinestraal • Urineweginfectie • Interactieve leermethoden is zeker te gebruiken in de praktijk, aandacht stijgt en de informatie blijft langer hangen. Persoon 5: • Roepgedrag • Onrust • Ogen dicht • Depressie: massages • Wenen: aroma's en therapie • Koorts: urineweginfectie • Verward
C	Persoon 1: • Ja, het moet specifiek zijn en van korte duur • Communicatie is van belang • Korte reflectiemomenten na de zorg Persoon 2: • Casusbesprekingen • Overleg met verschillende disciplines • Familieraad • Dagelijkse routine

	• Snoezelen • Muziek • Aromatherapie Persoon 3: • Overleg in team • Dat we ons aan een tijdstip houden • Overleg met ergotherapeut (hoe en wat we kunnen doen) Persoon 4: • Tijdens teamvergaderingen is hier minder ruimte voor • Casusbesprekingen zijn heel effectief • Vormingen -> e-learning, weinig tijdrovend Persoon 5: • Casussen per team zijn van belang • Jaarlijkse vormingen
A	Persoon 1: • Zo kort en simpel mogelijk • Visueel maken via bv. posters Persoon 2: • Casusbesprekingen • Overleg • Noteren in patiëntendossier Persoon 3: • Korte bevestigingen • Via tablets • Visueel maken met pictogrammen Persoon 4: / Persoon 5: /
M	Persoon 5: • Korter en herhalen
P	Persoon 1: • Familie en vrijwilligers • Logistiek en poetshulp • Huisarts
E	Persoon 5: • Poster, infobundel • E-learning is heel belangrijk
R	/

PIJN HERKENNEN = PIJN VERLICHTEN

Ben jij vrijwilliger, mantelzorger of familie van iemand met VERGEVORDERDE DEMENTIE?

Jij speelt een sleutelrol in het herkennen van pijn!

Jouw rol bij pijnherkenning?

1. Let goed op signalen van pijn



Kijk aandachtig

2. Hoe herken je pijn?

- Verandering in gedrag
- Verandering in lichaamstaal
- Verandering in gezichtsuitdrukking



3. Geef het door aan de zorgverleners.



Meld het direct aan een zorgverlener!
Jouw observatie kan veel betekenen.

Samen maken we het verschil!
Door pijn tijdig te herkennen, zorgen we voor meer comfort en welzijn.

Bijlage 8: Inge vulde fiche pijnmap

Pijnfiche van: Marcel		DATUM: 7/04/2025
MEDISCHE GESCHIEDENIS DIE PIJN KAN BEÏNVLOEDEN OF VEROORZAKEN:		
• Diabetes type 2. ◦ Meerdere jaren stabiel dankzij behandeling. • Artrose in handen, knieën en heupen. ◦ Last van stijfheid. ◦ Pijn kan erger worden bij weersveranderingen. • In het verleden last van decubituswonden ter hoogte van het zitvlak in periodes van verminderde mobiliteit. ◦ Door diabetes genezen de wonden trager.		
GEDRAG ZONDER PIJN:	GEDRAG MET PIJN:	
• Is meestal rustig. • Glimlacht veel naar zorgverleners. • Houdt van klassieke muziek. • Communiceert zelden verbaal. • Reageert op aanraking. • 'Normale' eetlust. • Is graag omgeven door andere mensen. • Behoeft e aan nabijheid: houdt vaak de hand vast. • Kan soms fysiek onrustig zijn: trekken aan kleding.	• Weigert hulp van zorgverleners. • Trekt zich terug. • Snel overprikkeld, waardoor agressief gedrag kan worden vertoond. • Ver toont gespannen gezichtsuitdrukkingen en glimlacht niet. • Verminderde eetlust.	

Naam: Ella

Discipline: Ergotherapeut

Datum: 7/04/2025

SIGNALEN VAN PIJN EN OBSERVATIE:

- | | |
|---|---|
| ☐ Specifieke geluiden, zoals auw, oef | ☐ Algemene verandering in beweeglijkheid: |
| ☒ Kreunen en kermen | ☐ Slaapproblemen: |
| ☐ Grimas | ☐ Passief gedrag |
| ☒ Wenkbrauwen fronsen | ☐ Somberheid, depressieve stemming, ect. |
| ☐ Ogen bijna dichtknijpen | ☐ Fysieke agressie: |
| ☐ Pijnlijke plek aanraken en vasthouden of beschermen | ☒ Verbale agressie: scheldwoorden gebruiken |
| ☒ Niet aangeraakt willen worden | ☐ Inhouden adem/stokken ademhaling |
| ☒ Niet coöperatief/weerstand tegen de zorg | ☐ Andere: |
| ☒ Algemene verandering in lichaamstaal: stijf en ineengedoken | |

Observatie:

Deze ochtend tijdens de ADL (wassen en aankleden) wil Marcel niet gewassen worden en biedt weerstand. Hij wees de zorgverlener af toen ze hem wou helpen bij het wassen en trok zijn arm terug. Tijdens het verplaatsen kreunt hij zacht en zit hij ineengedoken en stijf. Er is spanning te zien in zijn gezicht (het fronsen van de wenkbrauwen). Hij maakt geen oogcontact en reageert nauwelijks op aanraking. Tijdens de groepsactiviteit sluit hij zich af en verkiest hij een plek apart in de ruimte. Ook heeft hij niet deelgenomen aan de groepsactiviteit.

Gebruikte assessment en score/ conclusie: geen assessments gebruikt.

MOGELIJKE OORZAKEN VAN PIJN EN INTERPRETATIE:

- | | |
|--|--|
| ☐ Gebitsproblemen: | ☒ Te lang in een bepaalde positie liggen/zitten. |
| ☐ Ontstekingen: | ☐ Te koud of te warm hebben |
| ☐ Blauwe plek: | ☒ Strak zittend kledij of schoenen |
| ☒ Wonden: decubituswonden | ☐ Andere:
..... |
| ☐ Ingegroeide teennagels: | |
| ☒ Andere aandoeningen: | |

Interpretatie:

Gezien zijn medische voorgeschiedenis lijkt de pijn vooral voort te komen uit zijn artrose. Het terugtrekken en ineengedoken lichaamstaal wijzen erop dat hij discomfort ervaart. Mogelijk kan er ook sprake zijn van overprikkeling door te strak zittende kledij. Het kreunen bij verplaatsing en een ingedoken houding kunnen een gevolg zijn van lichamelijke pijn, zoals decubituswonden, doordat hij lang in dezelfde houding heeft gezeten.

NEEMT DE BEWONER AL PIJNMEDICATIE OF PSYCHOFARMACA?

Voor zijn artrose wordt er Ibuprofen gegeven. Enkel toegediend indien nodig.

HOE REEDS GEHANDELD? WAT WERKT EN WAT NIET?

Klassieke muziek wordt aangezet om hem te doen kalmeren, wat goed werkt bij pijnvrije momenten. Als hij onrustig was, werd er geprobeerd om met zachte aanrakingen en nabijheid (hand vasthouden) geruststelling te bieden. Deze aanpak lijkt minder effectief bij pijnmomenten. Hij weigert namelijk aanraking en trekt zich terug.

EVALUATIE EN FOLLOW UP:

Het zorgteam gaat dagelijks kort in overleg bij overdracht om opvallend gedrag van pijn te bespreken. Er wordt bekeken om een pijnobservatieschaal (PACSLAC-D) structureel te gebruiken om signalen van pijn objectiever in kaart te kunnen brengen. Ook wordt de arts betrokken in het kader van de behandeling.

De familie van Marcel wordt betrokken bij het evalueren. De follow-up zou bestaan uit wekelijkse evaluaties van zijn gedrag, eetlust en het contact met de andere bewoners en familie om veranderingen sneller te kunnen signaleren.

Bijlage 9: E-learning presentatie (met tekst)



Welkom bij deze e-learning. Wij zijn Anouk, Camille en Milena. We hebben deze e-learning gemaakt in kader van onze bachelorproef rond pijnherkenning bij ouderen met vergevorderde dementie. Het eerste deel van deze e-learning is bedoeld voor zorgverleners, logistieke dienst, poetshulp, vrijwilligers en familieleden of derden van de bewoners. In het tweede deel gaan we verder in op assessments en adviezen voor zorgverleners.

INLEIDING:

Vanaf 75jaar ervaren 2 op de vijf ouderen in België pijn.

Volgens het onderzoek van Ziekenhuis Oost-Limburg (2023) heeft 80% van de bewoners in een woonzorgcentra pijn.

Waarbij minstens 60% van ouderen met dementie pijn ervaren. Die in vele gevallen onbehandeld is.

40% van patiënten met dementie wordt hierdoor ook gehinderd in hun activiteiten.

Ernstige lichamelijke pijn naar kenmerken, bevolking van 15 jaar en ouder
Vlaams Gewest, 2018, in %

Mannen	55%
Vrouwen	65%
15-24 jaar	25%
25-34 jaar	50%
35-44 jaar	55%
45-54 jaar	65%
55-64 jaar	65%
65-74 jaar	65%
75 jaar en ouder	80%

Met deze korte inleiding willen wij jullie duidelijk maken dat pijn een belangrijk onderwerp is dat meer in de kijker moet gezet worden. Het komt vaker voor dan men zou kunnen denken. 60% van ouderen met dementie ervaren pijn en deze is in vele gevallen onderhandeld, dit kan veroorzaakt worden door verminderde communicatievaardigheden.



In deze presentatie zullen verschillende zaken aan bod komen, hier zien jullie een overzicht van onze inhoudstabel.

WAT IS PIJN?

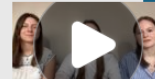
- Medische definitie:
Een onaangename sensorische en emotionele ervaring die verband houdt met daadwerkelijke of mogelijke weefselschade, of die in termen van dergelijke schade wordt beschreven. (Raja et al., 2020)
- Algemene betekenis:
Pijn is heel subjectief, iedereen reageert anders op een pijnprikkel. Het is belangrijk om heel persoonspecifiek te gaan kijken. Het is wel een signaal van je lichaam dat vertelt dat er iets mis is. Echter kan het variëren van een kleine irritatie tot een intense, ondraaglijke gewaarwording.



Het herkennen van pijn blijft heel subjectief en afhankelijk van persoon tot persoon. Niet alle ouderen met vergevorderde dementie zullen pijn op dezelfde manier ervaren en uiten. Een individuele benadering van de zorgverleners en derden is dus van belang. Pijn is een signaal van je lichaam dat vertelt dat er iets mis is. Echter kan het variëren van een kleine irritatie tot een intense, ondraaglijke gewaarwording.

BELANG VAN PIJNHERKENNING:

- Nood aan multidisciplinaire aanpak!
 - Nood aan het betrekken van familieleden/ derden. (Personen die de cliënt goed kennen)
- Verbetering van de kwaliteit van leven van de bewoners.
- Pijn heeft niet enkel een impact op de oudere met dementie, maar ook zijn omgeving, ...



Pijnherkenning is essentieel voor het welzijn van ouderen met dementie. Omdat zij vaak moeite hebben om pijn onder woorden te brengen. Zorgverleners sensibiliseren over pijnbeleving bij mensen met vergevorderde dementie vereist een gerichte en multidisciplinaire aanpak, waarbij familieleden of derden die de cliënt goed kennen ook betrokken moeten worden. Pijn heeft niet alleen een impact op de oudere zelf, maar ook op zijn of haar omgeving. Waarbij onbehandelde pijn grote gevolgen kan hebben die jullie als familieleden, mantelzorgers en andere derden van de bewoner als belastend ervaren kan worden. Door pijn tijdig te herkennen en adequaat te behandelen, kunnen we niet alleen het comfort van de bewoner verhogen, maar ook de draaglast voor de omgeving verlichten. Uiteindelijk draagt dit alles bij aan een betere levenskwaliteit en een menswaardigere zorg.

SOORTEN PIJN

- Acute pijn: kortdurend, bijvoorbeeld een snee of verbranding.
- Chronische pijn: langdurig, bijvoorbeeld rugklachten of Arthritis
- Neuropathische pijn: als gevolg van zenuwbeschadiging, zoals diabetes.
- Nociceptieve pijn: weefselpijn, vaak het gevolg van een trauma. Bijvoorbeeld: breuk, spierscheuring, ...
- Mentale/ emotionele pijn: het gevolg van een reactie op een emotionele ervaring, zoals verlieservaring. In sommige gevallen kan deze leiden tot lichamelijke pijn, maar het kan zich op verschillende manieren uiten. Bijvoorbeeld: schaamte, onrust, boosheid, ...
- Uitstralende pijn, fantoompijn, ...



Pijn kan op verschillende manieren ervaren worden en wordt ingedeeld in diverse categorieën op basis van de oorzaak en de duur ervan. Het is voor zorgverleners van belang om deze soorten van pijn te herkennen, zodat de juiste behandeling en zorg kan geboden worden. Omdat pijnbeleving subjectief is en van persoon tot persoon verschilt, is het essentieel om pijn serieus te nemen en een passende aanpak te bieden. Zowel lichamelijke als mentale pijn kunnen een grote invloed hebben op de levenskwaliteit, en een juiste diagnose en behandeling zijn cruciaal voor het welzijn van de persoon. Hier ziet men een opsomming van verschillende soorten pijn, echter zijn er nog veel andere soorten zoals, uitstralende pijn, fantoompijn, ...

OORZAKEN VAN PIJN: - HEEL DIVERS

- Gebitsproblemen (vb. tandvleesaandoeningen)
- Ontstekingen
- (bot)breuken
- Wondes
- Ingegroeide teenagels
- Blauwe plekken
- Comorbiditeit
- ...

MAAR OOK:

- Strakzittende kleding
- Knellende schoenen of pantoffels
- Strakke haarbanden
- Slecht zittend gebit
- Te lang in een bepaalde positie liggen/zitten
- Koud of te warm hebben
- ...



Pijn wordt niet enkel veroorzaakt door factoren dicht van de bewoner, zoals een wonde, ontstekingen, breuken, maar ook door externe factoren. Dit zijn zaken, zoals temperatuurschommelingen, te lang in een bepaalde houding blijven zitten, strakzittend of niet comfortabele stof van kleding, ... Omdat pijnbeleving subjectief is, is het belangrijk om alert te zijn op signalen. Dit onderscheid is van belang in kader van de behandeling. Bij pijn veroorzaakt door externe factoren kan een niet-farmacologische behandeling ingezet worden, we kunnen denken aan de bewoner van positie veranderen, andere kledij aandoen, ... Medicatie is zeer nuttig, maar is niet altijd de oplossing op lang termijn in kader van pijn, vooral als de pijn veroorzaakt wordt door externe factoren. Als familie of derde van de bewoner, kan het zijn dat jullie dergelijke externe factoren opmerken, meld die dan zeker aan een zorgverlener. Geef dan ook mee wat jullie denken dat de oorzaak is. Door oorzaken tijdig te herkennen en aan te pakken, kan pijn verminderd worden en het welzijn aanzienlijk verbeteren.

GEVOLGEN:

- Agressief gedrag
- Vermindering in kwaliteit van leven: verminderde levenslust, ...
- Isolatie
- Passief gedrag
- Gedragsverandering
- Slaapproblemen
- Verminderde beweeglijkheid
- Sombereheid, depressieve stemming, ...
- ...

! Vaak psychofarmaca krijgen, i.p.v goede pijnbehandeling. Dit maskeert de pijn, maar neemt de pijn niet weg.



Pijn kan een groot scala aan gevolgen met zich meebrengen. Hier ziet men een opsomming van enkele van deze gevolgen. Als de persoon opeens agressief verdrag vertoont, kan het bijvoorbeeld van belang zijn om eerst na te gaan of er sprake is van pijn. In plaats van deze rechtstreeks te isoleren of te begrenzen. Echter is dat niet exclusief, het is niet omdat de bewoner gedragsverandering vertoont dat

hij rechtstreeks te kampen heeft met pijn. Wel blijft dit een belangrijke indicator. Deze gevolgen kunnen ook progressief ontstaan, het hoeft dus niet altijd plotseling te zijn.

HOE KAN JE HET HERKENNEN?

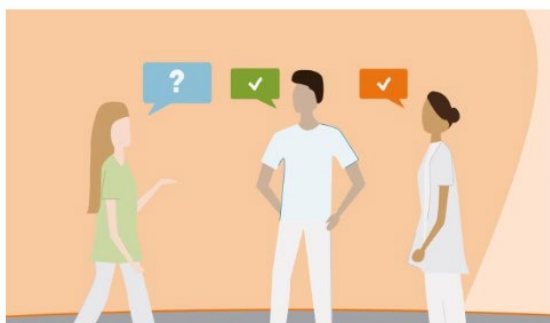
- Minder en slechter slapen en/ of eten.
- Minder bewegen in vergelijking met enkele dagen ervoor.
- Gedragsveranderingen
- Boosheid, onrustigheid, angst, ...
- Fronsens, vernauwen van de ogen, optrekken van de bovenlip, ... (gezichtsuitdrukkingen)
- Verstarren, aannemen van beschermende houding, weerstand bieden tegen zorgtaken, wrijven over bepaalde lichaamsdelen...
- Scheel kijken, blozen, rood gezicht, niet aangeraakt willen worden, krabben, op lip bijten, ...
- Stemgeluiden, zoals: kreunen, mompelen, klagen, schreeuwen, ...
- Woorden uiten verbonden aan pijn, zoals auw, oef, ...



OBSERVEREN

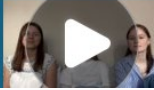


Pijn is zoals eerder gezegd zeer subjectief. Iedereen zal dit op een andere manier uiten, wat het ook moeilijk maakt om signalen van pijn te gaan herkennen en bepalen. Als familie of derde kent u de cliënt beter, waardoor sommige signalen sneller herkend kunnen worden. Bij ouderen met dementie kan er echter sprake zijn van veranderde pijnervaringen. Iets dat gisteren pijnlijk was, kan nu anders ervaren worden. Hier moeten we aandacht voor hebben en dit vereist dus een goede observatie. Het minder eten kan bijvoorbeeld wijzen op gebitsproblemen. Boosheid, onrustigheid, angst, ... kunnen wijzen op ongemak. Dergelijke signalen wijzen niet enkel op pijn; het is niet omdat uw bewoner dergelijke signalen uit dat het rechtstreeks pijn is. Echter kan het wel een indicator zijn.

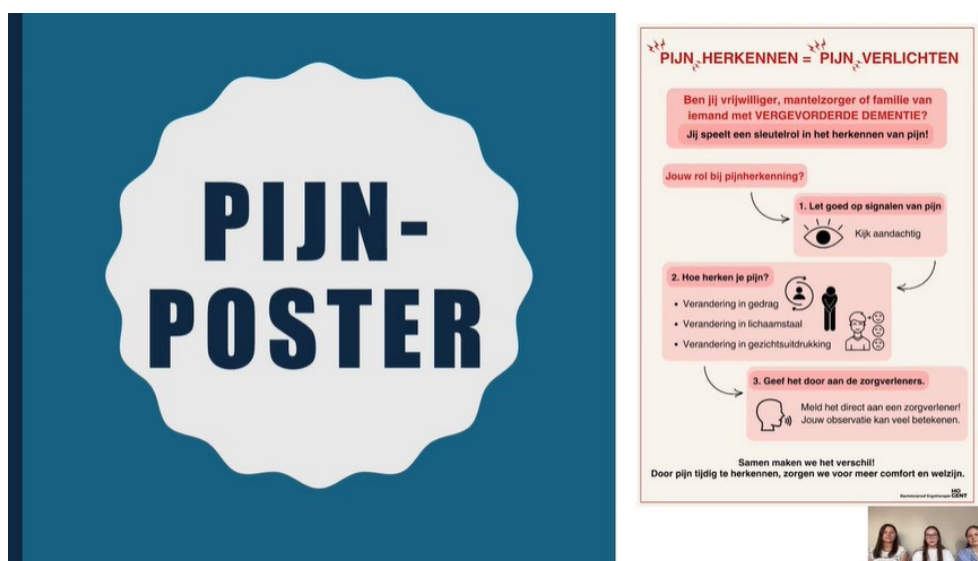


WAT KAN JE DOEN ALS FAMILIELID/ DERDE?

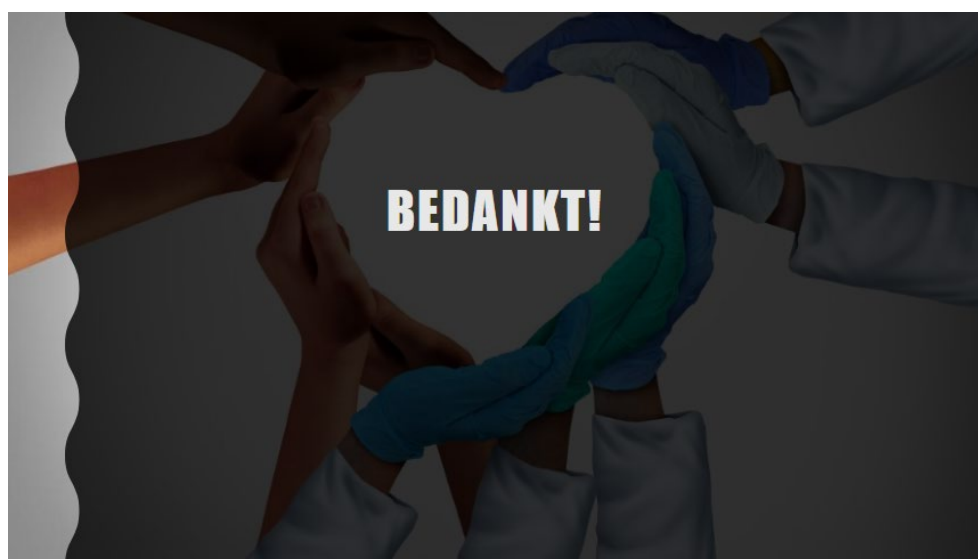
SIGNALEREN/ COMMUNICEREN



Jullie kennen jullie oudere het best, dit zorgt ervoor dat jullie eventueel zaken opmerken wat de zorgverleners niet opmerken. Bijvoorbeeld verandering in stemming. Het belangrijkste is om wat je gezien hebt te vertellen aan een zorgverlener. Zo kunnen zij dit in de gaten houden en een meer gepaste zorg bieden aan uw oudere.



Dit is onze pijnposter, deze is bedoeld om jullie te ondersteunen in het herkennen en signaleren van pijn. Hierin staat in stappen hoe je pijn kan herkennen en wat je dan kan doen. Het doel van onze poster is jullie te laten herinneren om op pijn te letten.

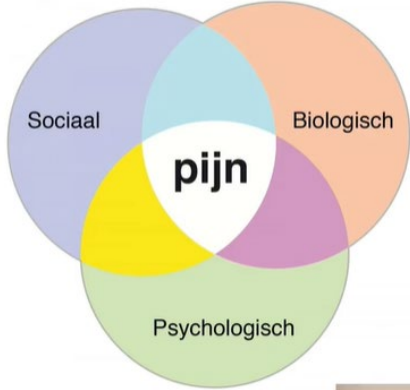




De volgende dia's zijn bedoeld voor de zorgverleners. Hier gaan we wat verder in op hoe je kan handelen, assessments en adviezen.

HOE HANDELEN?

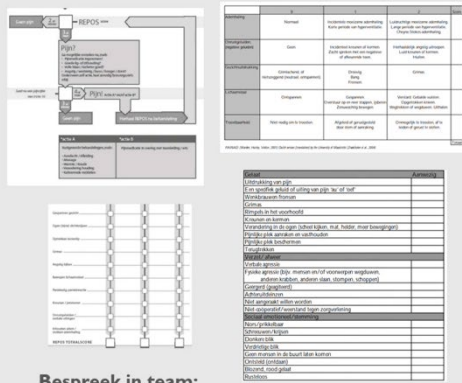
1. Observeren.
2. Als het mogelijk is, communiceren met de bewoner.
3. Signaleren en rapporteren.
 1. Pijn map (Zie volgende dia's).
4. Samenzitten en vervolgstappen bepalen.
5. Evaluatie en follow-up




Eén van de belangrijkste aspecten bij pijn is observeren. Door dit te doen krijgt men een overvloed aan informatie. Wel blijft dit zeer subjectief en moet dit meer objectief gemaakt worden.

Hiervoor kan altijd gecommuniceerd worden met de cliënt, echter is vaak verbale communicatie niet meer mogelijk. Toch kan men altijd proberen om na te gaan waar de pijn zich bevindt. Ook moeten we in ons achterhoofd houden dat pijnervaring bij personen met vergevorderde dementie kan veranderen. Iets dat gisteren pijnlijk was, kan nu anders ervaren worden. Het kan nuttig zijn om bepaalde assessments te gebruiken. De meest bruikbare komen aan bod in de volgende dia. Deze schalen vereisen niet dat de bewoners zich verbaal kunnen uiten en focussen dus vooral op non-verbale pijnsignalen. Eenmaal er belangrijke en relevante zaken waargenomen zijn, is het van belang om dit te rapporteren en communiceren naar andere teamleden. Dit kan tijdens overdrachtsmomenten maar ook snel tussendoor, wanneer er je iets heel belangrijk is opgevallen. Hiervoor kan ook onze sensibiliseringsmethode gebruikt worden, namelijk de pijnmap dat verder in

deze presentatie besproken zal worden. Tijdens wekelijks en maandelijks overleg zal het van belang zijn om pijn te bespreken. Hier kunnen jullie als team vervolgstappen afspreken om de beste zorg op maat te bieden aan de bewoner en rekening te houden met zijn/haar pijnervaring.



Besprek in team:

Welke assessments hebben jullie ter beschikking in het woonzorgcentra? Welke vormen kunnen hiervoor gevolgd worden? Bij welke bewoner gebruiken we best een assessment?

Welke vinden we het meest bruikbaar?

MOGELIJKE PIJN ASSESSMENTS:

PAINAD
= PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA SCALE

REPOS
= ROTTERDAM ELDERLY PAIN OBSERVATION SCALE

PACSLAC-D
= PAIN ASSESSMENT CHECKLIST FOR SENIORS WITH LIMITED ABILITY TO COMMUNICATE

PAINAD verkrijgbaar via:

<https://www.venvn.nl/media/do4e1olr/vvnp-painad.pdf>

REPOS verkrijgbaar via:

<https://www.kennispleingehandcaptensector.nl/tips-tools/tools/pijnobservatielijst-repos>

OF

https://palliaweb.nl/getmedia/cac6a3a8-9262-4b25-8630-f6db84022ff8/Meetinstrument_REPOS.pdf

PACSLAC-D verkrijgbaar via:

<https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/pain-assessment-checklist-for-seniors-with-severe-dementia/>

ADVIES:

- Reminders/ screen savers/ knipperlichten/ kalenders.
 - Week tegen pijn: 6/10/2025 - 12/10/2025
- Familieavonden en – raad, waarbij men poster in de kijker zet.
- Symbool gelinkt aan pijn ophangen in kamer van iemand met (chronische) pijn.
 - Kan ook gebruikt worden om aan te tonen dat jullie bezig zijn met het behandelen van de pijn en de medicatie op punt aan het stellen zijn.
- Pijn in agendapunten integreren.
- Eyecatcher eens verhangen.



Pas de datum van de week tegen pijn aan voor de komende jaren.

Uit ons onderzoek blijkt dat korte en kleine reminders een grote rol kunnen spelen. Wij raden jullie zeker aan om dit via jullie telefoon, knipperlichten of andere zaken in te schakelen. Zo kan men zeker één keer per maand herinnerd worden om aandacht te hebben voor pijn. Ook kan dit genoteerd worden op een kalender in bijvoorbeeld jullie vergaderlokaal. Ook is het in de week van 6 tot 12 oktober 2025 de week tegen pijn, schrijf dit alvast maar in jullie kalender.

Ook kunnen wij het advies meegeven om op bepaalde plaatsen in het woonzorgcentrum of kamers onze poster voor familieleden, ... op te hangen. Deze kan zeker gebruikt worden tijdens familieavonden of familieraad.

Een symbool gelinkt aan pijn ophangen in de kamer van iemand met pijn kan zeer bruikbaar zijn voor logistieke diensten, studenten, vervangers, ... Zo kan men snel vaststellen dat iemand pijn heeft bij het binnenkomen van de kamer.

Als jullie bepaalde sjablonen gebruiken voor MDO's, wekelijks of dagelijks overleg, voeg zeker een puntje pijn toe. Dit kan dan geroutineerd worden. Onze pijnmap, dat we in volgende slide zullen bespreken kan hiervoor zeker gebruikt worden.

Ook hebben we een eyecatcher gemaakt om zorgverleners te herinneren op pijn en onze e-learning. Het kan nuttig zijn om deze af en toe eens te verplaatsen, zodat de aandacht er eventueel meer op gevestigd blijft.



Dit zijn symbolen dat wij kunnen linken aan pijn, echter zijn jullie vrij om intern een symbool te zoeken of te maken. Vervang deze drie gerust met jullie symbool en de uitleg waarom deze gelinkt wordt aan pijn, zo zijn alle hulpverleners hiervan op de hoogte.

PIJN-MAP:

Naam: Ella **Discipline:** Ergotherapie **Datum:** 7/04/2025

Pijnfiche van: Marcel **Datum:** 7/04/2025

MEDISCHE GESCHIEDENIS DIE PIJN KAN BËINVLOEDEN OF VERDOORZAKEN:

- Diabetes type 2.
 - Meerdere jaren stabiel dankzij behandeling.
- Actrose in handen, knieën en heupen.
- Last van stijfheid.
- Pijn kan erger worden bij weersveranderingen.
- In het verleden last van decubituswonden ter hoogte van het zitvlak in periodes van verminderde mobiliteit.
 - Door diabetes genezen de wonden trager.

GEDRAG ZONDER PIJN:

- Is meestal rustig.
- Glimlacht veel naar zorgverleners.
- Houdt van klassieke muziek.
- Communiqueert zelden verbaal.
- Reageert op aanraking.
- 'Normale' eetlust.
- Is graag omgeven door andere mensen.
- Behoefte aan nabijheid houdt vaak de hand vast.
- Kan soms fysiek ernstig zijn trekken aan kleding.

GEDRAG MET PIJN:

- Weigert hulp van zorgverleners.
- Trekt zich terug.
- Snel overprikkeld, waardoor agressief gedrag kan worden veroorzaakt.
- Vernoot gespannen gezichtsuitdrukkingen en glimlacht niet.
- Verminderde eetlust.

SIGNALEN VAN PIJN EN OBSERVATIE:

- Specifieke geluiden, zoals auw, oef
- Kreunen en kermen
- Grimas
- Werkbrauwen fronsen
- Ogen bijna dichtkrijgen
- Pijlijke plek aanraken en vasthouden of beschermen
- Niet aangesproken willen worden
- Niet cooperatief/weerstand tegen de zorg
- Algemene verandering in lichaamstaal: stijf en meegedrukt
- Algemene verandering in bewegelijkheid:
- Stapproblemen:
- Pessief gedrag
- Somberheid, depressieve stemming, etc.
- Fysieke agressie:
- Verbaal agressie: scheldwoorden gebruiken
- Inhouden adem/stoppen ademhaling
- Andere: _____

MOGELIJKE OORZAKEN VAN PIJN EN INTERPRETATIE:

Gedragproblemen:

- Te lang in een bepaalde positie liggen/ zitten.
- Te koud of te warm hebben
- Blauwe plek:
- Wonden: decubituswonden
- Ingegronde teennagel:
- Andere aandoeningen:

Interpretatie:

Gezien zijn medische voorgeschiedenis lijkt de pijn vooral voort te komen uit zijn actrose. Het terugkruiken en meegedruken lichaamstaal wijzen erop dat hij discomfort ervaart. Mogelijk kan er ook sprake zijn van overprikkeldheid door te strak zittende kleding. Het kreunen bij verplaatsing en een ingedoken houding kunnen een gevolg zijn van lichamelijke pijn, zoals decubituswonden, doordat hij lang in dezelfde houding heeft gezeten.

NEEMT DE BEWONER AL PIJNMEDICATIE OF PSYCHOFARMACA?

Voor zijn actrose wordt er fluopifen gegeven. Enkel toegediend indien nodig.

HOE REEDS GEHANDELD? WAT WERKT EN WAT NIET?

Klassieke muziek wordt aangezet om hem te doen kalmeren, wat goed werkt bij pijnlijke momenten. Als hij ernstig was, werd er geprobeerd om met zachte aanrakingen en nabijheid (hand vasthouden) geruststelling te bieden. Deze aanpak lijkt minder effectief bij pijnmomenten. Hij weigert namelijk aanraking en trekt zich terug.

EVALUATIE EN FOLLOW UP:

Het zorgteam gaat dagelijks kort in overleg bij overdracht om opvallend gedrag van pijn te bespreken. Er wordt bekeken om een pijnbeoordelingschaal (PACSLAC-2) structureel te gebruiken om signalen van pijn objectiever in kaart te kunnen brengen. Ook wordt de arts betrokken in het kader van de behandeling.

De familie van Marcel wordt betrokken bij het evalueren. De follow-up zou bestaan uit wekelijkse evaluaties van zijn gedrag, en/of en het contact met de andere bewoners en familie om veranderingen sneller te kunnen signaleren.

Gebruikte assessment en score/ conclusie: geen assessments gebruikt.

Dit sjabloon is via mail doorgestuurd en kan aangepast worden aan de noden en werking van het woonzorgcentrum.

Wij hebben een pijnmap ontwikkeld die bestaat uit twee onderdelen. Het eerste is een voorblad dat dient als voorstellingsblad van de cliënt. Op dit blad staat de naam, hoe de bewoner is zonder pijn en met pijn. Ook kunnen aandachtspunten en richtlijnen om cliënt gecentreerd te handelen genoteerd worden. Als er een vermoeden is van pijn, kan men dit document gebruiken om te controleren of er effectief sprake is van pijn. Dit is ook handig voor stagiairs, jobstudenten, vervangers of over het algemeen zorgverleners die de bewoner minder goed kennen. Dit kan een belangrijk element zijn om een schets te krijgen van de bewoner.

Achter dit voorblad wordt het tweede onderdeel geplaatst. Deze bestaat uit: datum en discipline dat het ingevuld heeft, observatie, eventueel gebruik van assessments, mogelijke oorzaken van pijn,

interpretatie, gebruik van psychofarmaca, hoe er gehandeld werd of kan gehandeld worden en de evaluatie en follow-up.

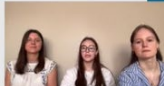
Dit document kan tijdens administratieve momenten ingevuld worden, maar ook tijdens overleg. Hier kan de map erbij genomen worden om mogelijks relevante beslissingen te nemen. Het kan ook gebruikt worden om aan te tonen aan artsen dat pijn bij deze bewoner vaak voorkomt en een bepaalde behandeling van belang kan zijn.

We zijn ervan bewust dat dit extra tijd in beslag neemt. Echter is er nood om meer aandacht te hebben voor pijn en hier meer mee bezig te zijn. Ook kan elke keer iemand anders aangesteld worden om de pijnmap up-to-date te houden, of permanent één persoon, maar ook kunnen jullie kiezen om hier als team een gezamenlijke verantwoordelijkheid van te maken. Deze is dus flexibel om aan te passen aan de werking van jullie voorziening.



CASUSBESPREKING:

- Korte schets van de bewoner en zijn medische geschiedenis en de medische geschiedenis die pijn kan beïnvloeden of veroorzaken.
- Korte schets van de situatie en het probleem ervan (observaties).
- Analyse: hoe denkt het team erover? Mogelijke oorzaken die we zien als team?
- Plan van aanpak: hoe hebben we al gehandeld? Wat hebben we geprobeerd? Wat werkt en wat werkt niet?
- Evaluatie en follow- up



Ook kwam tijdens ons onderzoek het belang van casusbesprekingen aan het licht. Echter was het extra belangrijk om vanuit jullie ervaringen en setting/WZC te vertrekken. We hebben echter een korte lijst gemaakt van mogelijke punten die besproken kunnen worden bij een casus. Dit is weer aan te passen aan de werking van het WZC. De volgende dia's dienen om jullie zelf casus(sen) te laten aanvullen zodat deze dan overlopen en gebruikt kunnen worden tijdens vormingsmomenten of vergaderingen.

Wij hebben ervoor gekozen om geen fictieve casus uit te werken, omdat deze vaak niet kan geïntegreerd worden in de dagelijkse praktijk.

CASUSBESPREKING

Dupliceer deze dia en vul deze aan met real life casussen in verband met pijn die jullie in team kunnen bespreken.

- Medische geschiedenis die pijn kan beïnvloeden of veroorzaken:

.....

.....

- Observaties:

.....

.....

- Analyse: welke mogelijke oorzaken voor pijn zien we als team?

.....

.....

- Wat hebben we al geprobeerd? Wat werkt en wat werkt niet?

.....

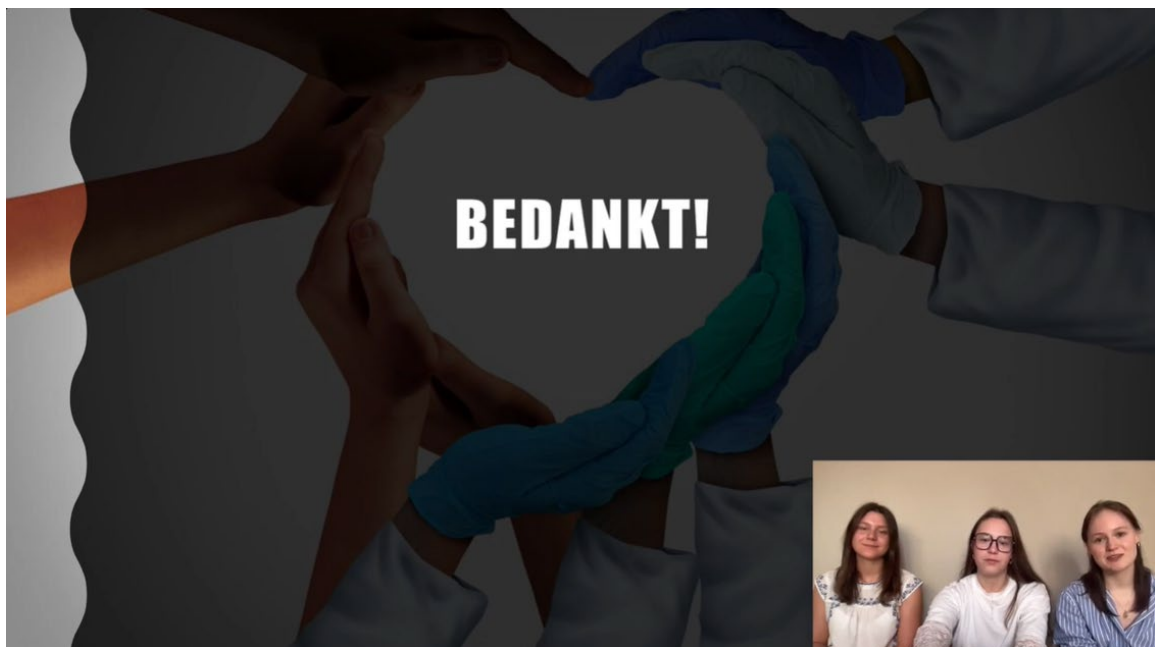
.....

- Evaluatie en follow- up

.....

.....

Dupliceer deze dia en vul deze aan met real life casussen in verband met pijn die jullie in team kunnen bespreken.



Bedankt om deze e-learning te volgen, hopelijk heeft dit een effect op het herkennen van pijn in jullie WZC. Ons doel was om jullie te sensibiliseren rond pijn, om de levenskwaliteit bij personen met vergevorderde dementie te verbeteren en hopen hierin geslaagd te zijn. Elke kleine stap in herkenning betekent een grote stap in comfort en levenskwaliteit. Samen zorgen we beter.

GEBRUIKTE BRONNEN:

- Geelen, R. (2014). Pijn. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 119–131). https://doi.org/10.1007/978-90-368-0772-2_7
- Idé, I. D.-. (z.d.). Pijnbeoordeling bij dementie met de PAINAD methode - Innovatiekring Dementie - IDé. Innovatiekring Dementie - IDé. <https://www.innovatiekringdementie.nl/a-2118/pijnbeoordeling-bij-dementie-met-de-painad-methode/>
- Meetinstrumenten in de zorg. (2020b, april 15). *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate - Dutch – Meetinstrumenten in de zorg*. Meetinstrumenten in de Zorg. <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/pain-assessment-checklist-for-seniors-with-severe-dementia/>
- Pijnobservatielijst REPOS. (2025, 14 januari). Kennispleingehandictensector_NL. <https://www.kennispleingehandictensector.nl/tips-tools/tools/pijnobservatielijst-repos>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020b). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

GEBRUIKTE BRONNEN:

- Scherder, E. (2006). De invloed van dementie op pijnbeleving. *Tijdschrift Voor VerpleeghuisGeneeskunde*, 31(6), 217–221. <https://doi.org/10.1007/bf03075206>
- Sobot, K. (2024c). Pijn bij dementie: een onderschat probleem. *Nursing*, 30(2), 50–55. <https://doi.org/10.1007/s41193-024-1126-y>
- Van Schepdael, L. (z.d.). *PAINAD: Waardevol instrument voor de detectie van pijn bij personen met gevorderde dementie?* [Masterproef, KU Leuven]. ICHO vzw. <https://www.icho-info.be/application/content/downloadthesis/id/111>
- Weefselpijn. (z.d.). Universitair Pijn Centrum Maastricht. <https://www.pijn.com/weefselpijn>
- Zwakhalen, S. (2018). Pijn meten bij ouderen met dementie. *TVZ - Verpleegkunde in Praktijk en Wetenschap*, 128(4), 26–27. <https://doi.org/10.1007/s41184-018-0177-4>

WIL JIJ MEER LEREN OVER PIJNHERKENNING?

Tools voor een betere pijnherkenning:

1. E-learning



- Korte ingesproken PowerPoint van 12 minuten.
- Leer pijn herkennen bij personen met vergevorderde dementie.
- Ga via onderstaande QR-code rechtstreeks naar de PowerPoint.



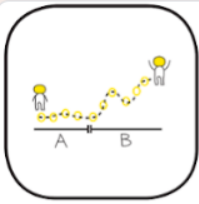
2. Pijnmap



- Vraag naar de pijnmap.
- Noteer en deel je observaties voor betere zorg.
- Gebruik de pijnmap om signalen snel door te geven aan zorgverleners.
- Haal de pijnmap boven bij een overleg.

Vraag meer info bij

Bijlage 11: Eerste vragenlijst/nulmeting Small Casestudy



Small casestudy

Testen door een prototype op individueel niveau uit te proberen en de uitkomsten te meten met hulp van het sociale netwerk

Small Casestudy - Nulmeting

Beste zorgverlener,

Bedankt dat u de tijd neemt om deze vragenlijst in te vullen. Dit onderzoek maakt deel uit van onze bachelorproef, waarin we ons richten op het verbeteren van pijnherkenning bij ouderen met vergevorderde dementie.

Met deze vragenlijst willen we een nulmeting uitvoeren. We brengen in kaart hoe pijnherkenning momenteel wordt toegepast en welke uitdagingen u als zorgverlener ervaart.

Wat houdt dit in?

- Dit formulier duurt ongeveer 5-10 minuten om in te vullen.
- Uw antwoorden kunnen anoniem ingevuld worden.
- Er zijn geen foute antwoorden; we zijn vooral geïnteresseerd in uw persoonlijke ervaring en mening.

Op een later moment zullen we een tweede vragenlijst sturen, nadat u kennis heeft gemaakt met onze sensibiliseringsmethode. De tweede vragenlijst zal voor een deel overlappen met deze nulmeting met daarbij ook een evaluatie en feedback over onze methode. Hiermee willen we evalueren of onze sensibiliseringsmethode effect heeft gehad en hoe we deze nog kunnen verbeteren.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Vriendelijke groeten,
Milena, Camille en Anouk
Studenten Ergotherapie, HoGent

Algemene gegevens

Wat is uw naam?

Jouw antwoord

In welk woonzorgcentrum bent u tewerkgesteld? *

Jouw antwoord

Wat is uw functie

- ☐ Zorgkundige
- ☐ Verpleegkundige
- ☐ Ergotherapeut
- ☐ Kinesitherapeut
- ☐ Logopedist
- ☐ Arts

☐ Anders: _____

Hoeveel jaar ervaring heeft u in de zorg?

☐ 0 - 2 jaar

☐ 3 - 5 jaar

☐ 6 - 10 jaar

☐ Meer dan 10 jaar

☐ Anders: _____

Werkt u dagelijks met ouderen met vergevorderde dementie? *

☐ Ja

☐ Nee, sporadisch

☐ Nee, nooit

☐ Anders: _____

Kennis over pijnherkenning

Hoe beoordeelt u uw eigen kennis over pijnherkenning bij ouderen met vergevorderde dementie? *

	1	2	3	4	5	
Zeer beperkt	☐	☐	☐	☐	☐	Zeer goed

Welke signalen gebruikt u momenteel om pijn te herkennen bij personen met dementie? *

Jouw antwoord _____

Maakt u momenteel gebruik van een pijnschaal of observatiemethode? *

☐ Ja

☐ Nee

Gebruik van een pijnschaal of observatiemethode

Waarom gebruikt u geen pijnschaal of observatiemethode? *

Jouw antwoord _____

Attitude & huidige werkwijze

Hoe vaak evalueert u pijn bij uw patiënten? *

- ☐ Dagelijks
- ☐ Wekelijks
- ☐ Enkel bij klachten
- ☐ Nooit
- ☐ Anders: _____

Hoe zeker voelt u zich bij het herkennen van pijn bij mensen met dementie? *

- | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Helemaal niet zeker | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | Zeer zeker |

Welke uitdagingen ervaart u bij het beoordelen van pijn? *

- ☐ Tijdsgebrek
- ☐ Onvoldoende kennis
- ☐ Onduidelijke signalen van de patiënt
- ☐ Geen standaard werkwijze binnen het team
- ☐ Anders: _____

Bedankt voor uw deelname!

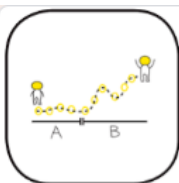
Wij waarderen uw tijd en waardevolle input. Uw antwoorden helpen ons om een beter inzicht te krijgen in de huidige praktijk van pijnherkenning bij ouderen met dementie.

In een volgende fase van ons onderzoek zullen we een sensibiliseringsmethode introduceren. Nadien ontvangt u een tweede vragenlijst om de mogelijke impact hiervan te evalueren.

Mocht u nog vragen of opmerkingen hebben, aarzel dan niet om contact met ons op te nemen.

Vergeet niet om dit formulier te verzenden.

Bijlage 12: Tweede vragenlijst/evolutiemeting Small Casestudy



Small casestudy

Testen door een prototype op individueel niveau uit te proberen en de uitkomsten te meten met hulp van het sociale netwerk

Small Casestudy - Tweede vragenlijst

Beste zorgverlener,

Alvast bedankt voor uw deelname aan de eerste vragenlijst en het kennismaken met onze sensibiliseringsmethode!

In deze vragenlijst willen we nagaan of uw kennis, werkwijze en houding ten opzichte van pijnherkenning veranderd zijn. Daarnaast zijn we benieuwd naar uw feedback over de methode die we hebben geïntroduceerd.

Wat houdt dit in?

- Dit formulier duurt ongeveer 10 minuten om in te vullen
- Uw antwoorden kunnen anoniem ingevuld worden
- Uw feedback is voor ons van grote waarde om de sensibiliseringsmethode verder te verbeteren

Dankzij uw deelname kunnen we een methode ontwikkelen die echt een verschil maakt in de praktijk.

Alvast bedankt voor uw tijd en input!

Vriendelijke groeten,
Milena, Camille en Anouk
Studenten Ergotherapie, HoGent

Algemene gegevens

Wat is uw naam?

Jouw antwoord

In welk woonzorgcentrum bent u tewerkgesteld? *

Jouw antwoord

Wat is uw functie

- ☐ Zorgkundige
- ☐ Verpleegkundige
- ☐ Ergotherapeut
- ☐ Kinesitherapeut
- ☐ Logopedist
- ☐ Arts
- ☐ Anders: _____

Hoeveel jaar ervaring heeft u in de zorg?

- ☐ 0 - 2 jaar
- ☐ 3 - 5 jaar
- ☐ 6 - 10 jaar
- ☐ Meer dan 10 jaar
- ☐ Anders: _____

Werkt u dagelijks met ouderen met vergevorderde dementie? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee, sporadisch
- ☐ Nee, nooit
- ☐ Anders: _____

Huidige kennis en werkwijze rond pijnherkenning

Hoe beoordeelt u uw eigen kennis over pijnherkenning bij ouderen met vergevorderde dementie? *

	1	2	3	4	5	
Zeer beperkt	☐	☐	☐	☐	☐	Zeer goed

Welke signalen gebruikt u momenteel om pijn te herkennen bij personen met dementie? Zijn deze hetzelfde als tijdens de vorige vragenlijst? *

Jouw antwoord

Maakt u momenteel gebruik van een pijnschaal of observatiemethode? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Indien ja, welke pijnschaal of observatiemethode gebruikt u?

Jouw antwoord

Indien nee, waarom gebruikt u geen pijnschaal of observatiemethode?

Jouw antwoord

Frequentie en zekerheid in praktijk

Hoe vaak evalueert u pijn bij uw patiënten? *

- ☐ Dagelijks
- ☐ Wekelijks
- ☐ Enkel bij klachten
- ☐ Nooit
- ☐ Anders: _____

Hoe zeker voelt u zich bij het herkennen van pijn bij mensen met dementie? *

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------|
| Helemaal niet zeker | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | Zeer zeker |

Merkt u hierin een verschil in vergelijking met de periode voor het gebruiken van onze sensibiliseringsmethode? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Effect van de sensibiliseringsmethode

Merkt u verschillen sinds het gebruiken van onze methoden? *

Jouw antwoord

Waarom is er wel of geen impact? *

Jouw antwoord

Is uw score over het herkennen van pijn gestegen dankzij onze sensibiliseringsmethoden? *

☐ Ja

☐ Nee

☐ Anders: _____

Welke uitdagingen ervaart u bij het beoordelen van pijn? *

☐ Tijdsgebrek

☐ Onvoldoende kennis

☐ Onduidelijke signalen van de patiënt

☐ Geen standaard werkwijze binnen het team

☐ Anders: _____

Heeft u dankzij de sensibiliseringsmethode nieuwe inzichten opgedaan over pijnherkenning?

*

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Gedeeltelijk

Indien ja, welke nieuwe inzichten heeft u opgedaan rond pijnherkenning?

Jouw antwoord

Hoe hebben jullie onze sensibiliseringsmethoden aangeboden aan andere teamleden? Is dit gelukt?

*

Jouw antwoord

Verandering in werkwijze en teamimpact

Gebruikt u nu andere of nieuwe signalen om pijn te herkennen? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Indien ja, welke andere signalen gebruikt u om pijn te herkennen?

Jouw antwoord

Gebruikt u nu vaker een pijnschaal of observatiemethode? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Anders: _____

Indien nee, waarom niet?

Jouw antwoord

Heeft u pijnherkenning vaker besproken met collega's? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Hebben de methoden uw praktijk veranderd? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Indien ja, op welke manier?

Jouw antwoord

Indien nee, waarom niet?

Jouw antwoord

PowerPoint / e-learning

Hoe bruikbaar vond u de PowerPoint / e-learning? *

	1	2	3	4	5	
Niet bruikbaar	☐	☐	☐	☐	☐	Heel goed bruikbaar

Heeft u deze bekeken? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Zo nee, waarom niet?

Jouw antwoord

Wat zou u zelf nog toevoegen aan onze PowerPoint/ e-learning? Missen er zaken? *

Jouw antwoord

Heeft u nog feedback op de PowerPoint / e-learning? *

Jouw antwoord

Pijnmap

Werd de pijnmap aangevuld voor enkele bewoners? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Werd de pijnmap gebruikt in de dagelijkse praktijk of tijdens een overleg moment? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Anders: _____

Zijn er zaken die missen / overbodig zijn in het sjabloon voor de pijnmap? *

Jouw antwoord _____

Heeft u nog feedback op de pijnmap? *

Jouw antwoord _____

Eyecatcher

Heeft u onze eyecatcher ergens opgehangen? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Hebben we via onze eyecatcher nog andere zorgverleners buiten het team kunnen bereiken? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Hebben zorgverleners buiten het team gekeken naar de e-learning of de pijnmap dankzij de eyecatcher? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Anders: _____

Heb je nog feedback op onze eyecatcher? *

Jouw antwoord _____

Poster

Heeft u onze poster opgehangen? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Werd onze poster opgemerkt door familie/mantelzorgers/vrijwilligers...?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Missen er nog zaken op de poster? *

Jouw antwoord

Heeft u nog feedback op de poster? *

Jouw antwoord

Algemene beoordeling en feedback

Hoe toegankelijk vond u de sensibiliseringsmethoden? *

	1	2	3	4	5	
Niet toegankelijk	☐	☐	☐	☐	☐	Heel toegankelijk

Vond u de methoden praktisch toepasbaar? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Indien nee, waarom niet?

Jouw antwoord

Welke aspecten vond u het meest waardevol? *

Jouw antwoord

In welke mate hebben onze sensibiliseringsmethoden u geholpen bij het beter herkennen van pijn? *

	1	2	3	4	5	
Helemaal niet	☐	☐	☐	☐	☐	Heel veel

Heeft u nog suggesties of feedback? *

Jouw antwoord

Bedankt voor uw deelname!

Wij waarderen uw tijd en waardevolle input. Uw antwoorden helpen ons om de effectiviteit van onze sensibiliseringsmethode te evalueren en verder te verbeteren.

Dankzij uw medewerking kunnen we bijdragen aan een betere pijnherkenning bij ouderen met dementie.

Mocht u nog vragen of opmerkingen hebben, aarzel dan niet om contact met ons op te nemen.

Vergeet niet om dit formulier te verzenden.

Met vriendelijke groeten,

Milena, Camille en Anouk

Studenten Ergotherapie, HOGENT

Bijlage 13: Mail afspraken Small Casestudy

Onderwerp: Info tweede bijeenkomst bachelorproef

Beste

Allereerst willen we u en uw team nog eens bedanken voor de medewerking tijdens de vorige afname van onze tool. We hebben belangrijke inzichten verkregen en deze waren heel waardevol om onze sensibiliseringsmethoden te ontwikkelen.

Volgende week komen we samen op [datum] en gaan we over naar de volgende tool: de Small Casestudy. Die bestaat uit twee onderdelen:

Nulmeting - een eerste vragenlijst die peilt naar de huidige situatie.

Tweede vragenlijst – dit zijn ongeveer dezelfde vragen met daarbij een evaluatie van onze sensibiliseringsmethode.

We voegen de link naar de nulmeting alvast toe, zodat u deze nu al kunt invullen: <https://forms.gle/tXXzffEuRqcVhqG39>. Daarnaast vindt u in bijlage een QR-code die u kunt scannen om rechtstreeks naar de vragenlijst te gaan.

U kunt de vragenlijst ook tijdens onze bijeenkomst invullen. In dat geval vragen we u om een smartphone mee te brengen. Daarna gaan wij onze sensibiliseringsmethoden voorstellen.

Belangrijke data:

Woensdag 9 april 13u30: Volgende bijeenkomst

Maandag 14 april: Laatste dag om de nulmeting in te vullen. Na deze datum wordt de vragenlijst gesloten.

Vrijdag 25 april: U ontvangt van ons een tweede vragenlijst om de impact van onze sensibiliseringsmethoden te meten.

Woensdag 30 april: Laatste dag om de tweede vragenlijst in te vullen. Na deze datum wordt de vragenlijst gesloten.

Mochten er nog collega's willen deelnemen, dan voorzien wij nieuwe informed consent-documenten om de privacy en anonimiteit te garanderen.

Mochten jullie nog vragen hebben, aarzel dan niet om ons te contacteren.

Alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,
Milena, Camille en Anouk
Studenten Ergotherapie, HOGENT

In bijlage:

QR-code nulmeting

Informed consent voor nieuwe leden

Bijlage 14: Sjabloon notulist tweede bijeenkomst

Nulmeting meeting multidisciplinair team

WZC Bruggenpark

Mogelijke citaten:

...

WZC Avondzegen

Mogelijke citaten:

...

WZC Ter Caele

Mogelijke citaten:

...

WZC Mater-Amabilis

Mogelijke citaten:

...

WZC Brembloem

Mogelijke citaten:

...

Bijlage 15: Draaiboek Small Casestudy

We gaan langs bij het WZC dat we gecontacteerd hebben en die deelgenomen hebben aan de afname van onze eerste tool, namelijk de SCAMPER. We komen hiervoor de tweede keer fysiek in contact met het multidisciplinair team. Ook hier nemen we de tool af in een rustige en afgezonderde ruimte, hierdoor willen we privacy hanteren. We starten met het document informed consent af te geven als er eventueel nieuwe deelnemers zijn. Dit document verklaart dat we de afname van onze tool mogen opnemen en de informatie ervan mogen gebruiken in kader van onze bachelorproef.

Goeiemorgen/Goeiemiddag, wij zijn Milena, Anouk en Camille. Wij zijn de derdejaarsstudenten in de bacheloropleiding Ergotherapie aan HoGent. We willen jullie nogmaals bedanken voor het zeer interessant overleg van de vorige keer. Hier hebben we zeer relevante informatie kunnen meenemen en we willen jullie nog eens bedanken voor jullie deelname aan onze bachelorproef.

Zijn er leden die de vorige keer niet aanwezig waren? Zo ja, zullen we jullie een document geven, nl. het informed consent. Deze gaat over uw privacy en welke persoonlijke gegevens we al dan niet mogen verwerken in ons onderzoek. De deelname aan ons onderzoek is volledig vrijwillig. Ook is er geen onmiddellijk therapeutisch voordeel. Jullie deelname weigeren of terugtrekken is op elk moment mogelijk, dit brengt ook geen nadelen met zich mee.

Ook zouden we graag weer een geluidsopname maken van dit interview. Dit staat allemaal vermeld in dit document. Als u dit document tekent, betekent dit dat u akkoord gaat met wat vermeld wordt. De opname zullen we echter enkel gebruiken voor onze bachelorproef, zo kunnen we een samenvatting maken, zonder dat we relevante informatie missen. Hierna zal de opname verwijderd worden.

Daarna zullen we de opname beginnen en de afname van de tool starten.

We zullen nu overgaan naar de afname van de tool. Als er leden zijn die deze nog niet ingevuld hebben dan mogen jullie deze nu invullen, deze sluit op 14 april 2025. Zo kunnen we nog de informatie verwerken. Op 25 april 2025 ontvangen jullie de tweede vragenlijst, deze zal dan openstaan tot 30 april 2025. We weten dat dit wat kort in tijd is, maar we hopen dat jullie hier wat tijd voor kunnen maken, noteer dit dus zeker in jullie agenda. De vragenlijst duurt ongeveer 5 tot 10 min.

Hierna geven we een woordje uitleg over wat we ontwikkeld hebben en wat verder de bedoeling is.

*We hebben op basis van de informatie die we verzameld hebben tijdens de overlegmomenten met verschillende woonzorgcentra, belangrijke criteria uitgehaald voor het ontwikkelen van onze sensibiliseringsmethoden. Deze zijn kort, duidelijk en visueel, frequent, flexibel, toegankelijk, praktijkgericht, persoonsgebonden, ook vinden we het belangrijk om informatie aan te reiken vooraleer we zaken aanbieden en werd het duidelijk dat het van belang is om familie of andere derden van de bewoner hierin te betrekken. Dit omdat zij de bewoners soms het beste kennen. We kwamen tot het idee om een soort van **e-learning tool** aan te reiken. Dit hebben we vormgegeven in een ingesproken PowerPointpresentatie. Deze heeft als doel om jaarlijks of meerdere keren per jaar gebruikt te worden om het onderwerp pijn weer in de kijker te zetten. Ook is het eerste deel van deze e-learning bedoeld om te kunnen gebruiken tijdens familieavonden, waarbij zo de familie/derden kunnen meegenomen worden in het verhaal. Wij zullen deze bewust niet laten afspelen, omdat we willen zien hoe jullie dit zouden vormgeven om dit te bekijken. Dit kan in een vast overlegmoment, maar je kunt medewerkers ook de vrijheid geven om de e-learning te laten bekijken wanneer ze willen, eventueel met een*

*deadline. We hebben ook een **eyecatcher** gemaakt zodat personen die niet deelnemen aan deze bachelorproef toch kort weten waarmee we bezig zijn en eventueel het filmpje kunnen bekijken zonder verdere deelname te hanteren. Het zou ook de bedoeling zijn dat als zorgverleners buiten dit team het bekijken, ze het kunnen terugkoppelen aan één van jullie. Zodat jullie dit kunnen invullen op het laatste Google formulier dat zal doorgestuurd worden.*

*Via onze PowerPoint willen we de familie en zorgverleners sensibiliseren en informeren over pijn. Voor zorgverleners zal er niet alleen maar nieuwe informatie zijn, maar we hopen dat dit eventueel zaken opfrist en jullie toch weer eens bewust maakt rond pijn. Ook willen we via de PowerPoint onze **poster** voor familieleden en vrijwilligers introduceren. Deze kunnen jullie eventueel uithangen in de gang en plekken waar familie veel voorbijkomt. Ook introduceren we in de PowerPoint de **pijnmap** voor zorgverleners. Deze bestaat uit een voorblad per bewoner, met specifieke informatie over de cliënt met en zonder pijn en hoe men juist kan handelen bij deze cliënt. Hierna volgt een sjabloon dat ingevuld kan worden om zo de pijn te objectiveren.*

Meer informatie zullen we jullie niet geven, de rest krijgen jullie te horen aan de hand van onze e-learning/PowerPoint.

Nadat we alle informatie gegeven hebben over de methoden zullen we vragen of de zorgverleners nog verdere vragen hebben. Daarna wordt het gesprek afgerond.

Het interview is afgerond, we zullen nu de opname stoppen. We willen jullie alvast bedanken voor de antwoorden en voor jullie samenwerking. De volgende keer komen we niet fysiek langs, maar zal de vragenlijst doorgestuurd worden van 25 tot 30 april 2025. We zullen onze methoden doorsturen via mail naar de contactpersoon en we geven 1 afgedrukte poster met bijhorend eyecatcher waar de QR-code op staat mee en het leeg sjabloon van de pijn-map.

We zullen nog contact opnemen via mail eenmaal onze bachelorproef afgerond is.

Bijlage 16: Informed consent voor SCAMPER en Small Casestudy

TOESTEMMINGSFORMULIER of INFORMED CONSENT voor PERSONEEL

“Welke sensibiliseringsmethoden zijn het meest effectief in het verbeteren van de pijnbeoordeling bij zorgverleners van ouderen met vergevorderde dementie?”

Beste mevrouw, mijnheer,

Hierbij wensen we u deelname te vragen aan de bachelorproef van Milena De Mesmaeker, Anouk Basslé en Camille Vanderstraeten door het toezeggen aan *SCAMPER* en *Small Casestudy*.

Het onderwerp van de bachelorproef gaat over: Welke sensibiliseringsmethoden zijn het meest effectief in het verbeteren van de pijnbeoordeling bij zorgverleners van ouderen met vergevorderde dementie?

Het hoofddoel is een sensibiliseringsmethode ontwikkelen om zorgverleners attent te maken op de pijn die personen met vergevorderde dementie ervaren.

De vraag tot medewerking wordt gesteld in kader van een bachelorproef voor de opleiding ergotherapie van HOGENT. Indien u wenst mee te werken, zal de student een afspraak met u maken voor een gesprek. Dit gesprek duurt ongeveer één uur en kan plaatsvinden binnen het woonzorgcentrum. Het tijdstip voor de afname wordt in samenspraak met u vastgelegd.

Het gesprek gaat in op het onderwerp van herkenning van pijn bij personen met vergevorderde dementie en wordt onderverdeeld in een aantal deelrubrieken zoals sensibiliseringsmethoden, pijnherkenning bij ouderen met vergevorderde dementie, het gebruik van pijnassessment.

Het gesprek wordt opgenomen met een audiorecorder om een waarheidsgetrouwe neerslag te kunnen maken. Het volledig letterlijke transcript wordt niet opgenomen in de bachelorproef of niet verder verspreid. Het gesprek wordt in de bachelorproef verwerkt als een samenvatting onder de bevraagde rubrieken en eventueel geïllustreerd met een passende uitspraak of ‘quote’.

Bij deelname vragen we om het informed consent op de achterzijde in te vullen.

Alvast dank om uw deelname te overwegen,

Ondergetekende, verleent zijn/ haar toestemming voor deelname aan de gegevensverzameling voor de bachelorproef van Milena De Mesmaeker, Anouk Basslé en Camille Vanderstraeten.

Ondergetekende verklaart hierbij dat hij/zij,

Een uitleg over de inhoud en werkwijze van het praktijkonderzoek/de bachelorproef bovenstaand heeft gelezen en dat de mogelijkheid werd geboden om bijkomende informatie te verkrijgen.

Totaal uit vrije wil deelneemt aan het praktijkonderzoek/de bachelorproef.

Op de hoogte is van de mogelijkheid om de deelname aan het onderzoek/de bevraging op ieder moment stop te zetten.

Ervan op de hoogte is dat men op aanvraag een digitale samenvatting van de onderzoeksresultaten/de bachelorproef kan krijgen.

De toestemming geeft om het gesprek op te nemen en de resultaten op een vertrouwelijke en afgesproken wijze te verwerken en te rapporteren. Bij deze wenst ondergetekende als volgt vermeld te worden in de bachelorproef: *(aankruisen van de gewenste vermelding)*

Met persoonlijke naam & benaming van de functie

Enkel benaming van de functie, geen vermelding van de persoonlijke naam

Geen vermelding van functie & persoonlijke naam, anoniem aangeduid als 'personeelslid van de organisatie'

Voor akkoord,

Plaats en datum

Naam + handtekening van het personeelslid

.....

.....

Plaats en datum

Naam + handtekening van de bachelorproef-student

.....

.....

Bijlage 17: Informed consent voor Small Casestudy

TOESTEMMINGSFORMULIER of INFORMED CONSENT voor PERSONEEL

“Welke sensibiliseringsmethoden zijn het meest effectief in het verbeteren van de pijnbeoordeling bij zorgverleners van ouderen met vergevorderde dementie?”

Beste mevrouw, mijnheer,

Hierbij wensen we u deelname te vragen aan de bachelorproef van Milena De Mesmaeker, Anouk Basslé en Camille Vanderstraeten door het toezeggen aan *Small Casestudy*.

Het onderwerp van de bachelorproef gaat over: Welke sensibiliseringsmethoden zijn het meest effectief in het verbeteren van de pijnbeoordeling bij zorgverleners van ouderen met vergevorderde dementie?

Het hoofddoel is een sensibiliseringsmethode ontwikkelen om zorgverleners attent te maken op de pijn die personen met vergevorderde dementie ervaren.

De vraag tot medewerking wordt gesteld in kader van een bachelorproef voor de opleiding ergotherapie van HOGENT. Indien u wenst mee te werken, zal de student een afspraak met u maken voor een gesprek. Dit gesprek duurt ongeveer één uur en kan plaatsvinden binnen het woonzorgcentrum. Het tijdstip voor de afname wordt in samenspraak met u vastgelegd.

Het gesprek gaat in op het onderwerp van herkenning van pijn bij personen met vergevorderde dementie en wordt onderverdeeld in een aantal deelrubrieken zoals sensibiliseringsmethoden, pijnherkenning bij ouderen met vergevorderde dementie, het gebruik van pijnassessment.

Het gesprek wordt opgenomen met een audiorecorder om een waarheidsgetrouwe neerslag te kunnen maken. Het volledig letterlijke transcript wordt niet opgenomen in de bachelorproef of niet verder verspreid. Het gesprek wordt in de bachelorproef verwerkt als een samenvatting onder de bevraagde rubrieken en eventueel geïllustreerd met een passende uitspraak of ‘quote’.

Bij deelname vragen we om het informed consent op de achterzijde in te vullen.

Alvast dank om uw deelname te overwegen,

Ondergetekende, verleend zijn/ haar toestemming voor deelname aan de gegevensverzameling voor de bachelorproef van Milena De Mesmaeker, Anouk Basslé en Camille Vanderstraeten

Ondergetekende verklaart hierbij dat hij/zij,

De uitleg over de inhoud en werkwijze van het praktijkonderzoek/de bachelorproef bovenstaand heeft gelezen en dat de mogelijkheid werd geboden om bijkomende informatie te verkrijgen.

Totaal uit vrije wil deelneemt aan het praktijkonderzoek/de bachelorproef.

Op de hoogte is van de mogelijkheid om de deelname aan het onderzoek/de bevraging op ieder moment stop te zetten.

Ervan op de hoogte is dat men op aanvraag een digitale samenvatting van de onderzoeksresultaten/de bachelorproef kan krijgen.

De toestemming geeft om het gesprek op te nemen en de resultaten op een vertrouwelijke en afgesproken wijze te verwerken en te rapporteren. Bij deze wenst ondergetekende als volgt vermeld te worden in de bachelorproef: *(aankruisen van de gewenste vermelding)*

Met persoonlijke naam & benaming van de functie

Enkel benaming van de functie, geen vermelding van de persoonlijke naam

Geen vermelding van functie & persoonlijke naam, anoniem aangeduid als 'personeelslid van de organisatie'

Voor akkoord,

Plaats en datum

Naam + handtekening van het personeelslid

.....

.....

Plaats en datum

Naam + handtekening van de bachelorproef-student

.....

.....



SAMENVATTENDE DIA:

- Er bestaan verschillende soorten pijn die ook verschillende gevolgen met zich meebrengen. Pijn kan ook veroorzaakt worden door verschillende oorzaken, die in vele gevallen aangepakt kunnen worden.
- Pijn kan op verschillende manieren herkend worden, jullie kunnen hiervoor gebruik maken van de pijnmap. Ook de eye-catcher en poster zijn nuttige tools om zorgverleners en derden van bewoners met vergevorderde dementie te sensibiliseren rond pijn.
- Er bestaan hierbij ook assessments, zoals de PAINAD, REPOS en PACSLAC-D
- Pijn is een heel belangrijk onderwerp, het komt vaak aanbod bij ouderen met vergevorderde dementie. Een efficiënte pijnherkenning is noodzakelijk in functie van een goede behandeling. Hiervoor wilden we inzetten op het sensibiliseren van zorgverleners.

