

5

# Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Dementie

10

## Addendum dementie als comorbiditeit in het ziekenhuis

15

20

25

### **INITIATIEF**

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie  
Nederlandse Vereniging voor Neurologie  
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

30

### **IN SAMENWERKING MET**

Nederlandse Internisten Vereniging  
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland  
Alzheimer Nederland

35

Verenso, specialisten ouderengeneeskunde  
Nederlands Instituut van Psychologen

### **MET ONDERSTEUNING VAN**

Kennisinstituut van Medisch Specialisten

40

### **FINANCIERING**

De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

## Colofon

RICHTLIJN DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN DEMENTIE

Addendum dementie als comorbiditeit in het ziekenhuis

©2015

5

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

Postbus 2704

3500 GS Utrecht

[www.nvkg.nl](http://www.nvkg.nl)

10

15

20

25

30

35

40

Alle rechten voorbehouden.

45 De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

## Inhoudsopgave

|    |  |    |
|----|--|----|
|    | Samenstelling van de werkgroep .....   | 4  |
| 5  | Samenvatting .....   | 5  |
|    | Hoofdstuk 1 Algemene inleiding .....   | 12 |
|    | Hoofdstuk 2 Methodiek Richtlijnontwikkeling.....   | 14 |
|    | Hoofdstuk 3 Screening op dementie in het algemeen ziekenhuis .....   | 16 |
| 10 | Hoofdstuk 4 Wils- en oordeelsbekwaamheid, verantwoordelijkheden en het vastleggen van behandelbeperking.....           | 19 |
|    | Hoofdstuk 5 Informatie, communicatie en bejegening van patiënten met dementie en hun naasten.....                      | 24 |
|    | Hoofdstuk 6 Omgeving en voorzieningen rondom de opname en verblijf van een patiënt met dementie in het ziekenhuis..... | 27 |
| 15 | Hoofdstuk 7 Beoordeling van pijn bij patiënten met dementie in het ziekenhuis.....                                     | 29 |
|    | Hoofdstuk 8 Voedings- en/of vochtproblemen bij patiënten met dementie.....   | 34 |
|    | Hoofdstuk 9 Doelmatige en veilige procedure van ontslag uit het ziekenhuis .....                                       | 37 |
|    | Bijlage 1 Belangenverklaringen .....   | 40 |
| 20 | Bijlage 2 Verslag invitational conference Addendum Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Dementie .....             | 42 |
|    | Bijlage 3 Checklist voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid .....   | 47 |
|    | Bijlage 4 Beoordeling van pijn bij patiënten met dementie in het ziekenhuis.....                                       | 49 |

## Samenstelling van de werkgroep

### Kerngroep

- 5 – Mw. dr. W. Knol (voorzitter), klinisch geriater en klinisch farmacoloog, UMC Utrecht
- Mw. dr. C.J.M. Schölzel-Dorenbos, klinisch geriater, freelance
- Prof. dr. F.R.J. Verhey, psychiater, Alzheimer Centrum Limburg, Maastricht UMC
- Mw. dr. J.M. Willems, internist-ouderengeneeskunde, Ziekenhuis Bernhoven
- 10 – Mw. J. van den Wijngaard-Verschuren, MANP, verpleegkundig specialist geriatrie, Elisabeth-Tweestedenziekenhuis Tilburg

### Klankbordgroep

- 15 – Drs. A. Gerritsen, specialist ouderengeneeskunde, phd student, De Wever Tilburg/Radboud UMC Nijmegen
- Mw. dr. A.W. Lemstra, neuroloog, VUmc Alzheimercentrum, Amsterdam
- Mw. drs. A. Bruijs, medewerker Belangenbehartiging en Zorgvernieuwing, Alzheimer Nederland
- 20 – Mw. drs. L. Haaring, gezondheidszorgpsycholoog, trainer en supervisor, eigen praktijk, Haarlem

Met ondersteuning van:

- Dhr. P.H. Broos MSc, adviseur, Kennisinstituut van Medisch Specialisten

## Samenvatting

5 Onderstaande is een samenvatting van de belangrijkste aanbevelingen uit het addendum  
‘dementie als comorbiditeit in het ziekenhuis’ op de richtlijn Diagnostiek en Behandeling  
van Dementie. Dit addendum beperkt zich tot patiënten met dementie als comorbiditeit  
in het ziekenhuis. Deze richtlijn heeft als doelstelling het verbeteren van de kwaliteit en  
veiligheid van zorg voor patiënten met dementie in het ziekenhuis. In deze samenvatting  
10 ontbreken het wetenschappelijk bewijs en de overwegingen die tot de aanbevelingen  
geleid hebben. Lezers van deze samenvatting worden voor deze informatie verwezen naar  
de volledige richtlijn. Deze samenvatting van aanbevelingen staat niet op zichzelf. Bij  
medische besluitvorming dient rekening te worden gehouden met de omstandigheden en  
voorkeuren van de patiënt. Behandeling en procedures met betrekking tot de individuele  
15 patiënt berusten op wederzijdse communicatie tussen patiënt, naaste(n), de arts en  
andere zorgverleners.

### Hoofdstuk 3 Screening op dementie in het algemeen ziekenhuis

20 Wat is de meest effectieve screeningsmethode om een patiënt met dementie bij opname  
in het ziekenhuis te signaleren en herkennen?

Gebruik aan het begin van het ziekenhuis traject screenende vragen om het individueel risicoprofiel op cognitieve stoornissen in te schatten. Essentieel is om naast de patiënt zelf ook een naaste deze te laten beantwoorden.

1. Heeft u geheugenproblemen of is de diagnose dementie bij u gesteld?
2. Had u in de afgelopen drie maanden hulp bij IADL handelingen nodig? Bijvoorbeeld hulp bij het regelen van uw financiële zaken of zelfstandig innemen van uw medicijnen?
3. Zijn er bij een eerdere ziekenhuisopname of ziekte perioden geweest dat u in de war was?

Neem de screeningsvragen structureel op in de anamnese en leg de uitkomsten hiervan vast in het elektronisch of verpleegkundig patiëntendossier.

Wees terughoudend met het stellen van de diagnose dementie tijdens een ziekenhuisopname en consulteer bij één positief antwoord op screenende vragen of bij complexe cognitieve stoornissen het consultatief team geriatrie/ouderengeneeskunde.

25

### Hoofdstuk 4 Wils- en oordeelsbekwaamheid, verantwoordelijkheden en het vastleggen van behandelbeperking

30 Wanneer en bij welke patiënten dient er extra aandacht te zijn ten aanzien van het maken van afspraken over wils- en oordeelsbekwaamheid, verantwoordelijkheden en het vastleggen van behandelbeperkingen?

Gebruik voor de beoordeling van wilsbekwaamheid de criteria van Appelbaum en Grisso. Kort samengevat: de patiënt in kwestie moet een keuze kunnen maken en uiten; kan de

geboden informatie begrijpen; kan de informatie waarderen voor de eigen situatie; en kan hierbij logisch redeneren. Bepaal de wettelijke vertegenwoordiger.

Bespreek direct bij opname de mogelijkheid en wenselijkheid van reanimatie en intensieve zorg met de patiënt en de naaste(n) of in geval van wilsonbekwaamheid alleen met de naaste(n). Leg het besluit vast in het medisch dossier en draag dit bij ontslag over aan relevante zorgverleners.

Hanteer de volgende werkwijze voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid:

*Wanneer*

Bij beslissingen over het beleid ten aanzien van actuele diagnostiek en behandeling waarvoor de expliciete en weloverwogen keuze van de patiënt noodzakelijk is.

*Bij wie*

Bij twijfels over de wilsbekwaamheid van de patiënt (bijvoorbeeld: eerdere diagnose dementie, ongebruikelijke antwoorden, 'plotselinge' toestemming, persistente weigering zonder toelichting, wisselende instemming, verwarde indruk).

*Hoe*

1. Maak gebruik van criteria Appelbaum en Grisso, die de volgende aspecten behelzen:
  - maken en uiten van een keuze;
  - begrijpen van informatie;
  - beseffen en waarderen van informatie voor de eigen situatie;
  - logisch redeneren.
2. Overweeg het gebruik van een beoordelingsinstrument bij het toepassen van deze criteria (bijvoorbeeld de MacCaT, Macarthur Competence assessment Tool);
3. Overweeg ter ondersteuning te overleggen met een (ouderen)psychiater of klinisch geriater/internist-ouderengeneeskunde;
4. Bij een wisselend beeld, bijvoorbeeld bij delier of wisselende comorbiditeit, moet de beoordeling herhaald plaatsvinden.

*Hoe vast te leggen*

- Noteer de indicatie, inhoud en het resultaat van de beoordeling van de wilsbekwaamheid in het dossier;
- Leg vast wanneer de wilsbekwaamheid opnieuw geëvalueerd gaat worden. Dit is vooral van belang als deze gedeeltelijk en/of wisselend is.

Zie ook de checklist voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid.

Verkrijg bij wilsonbekwaamheid ten aanzien van een bepaalde behandelbeslissing vervangende toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger, in rangorde: (a) een curator of mentor, (b) een schriftelijk gemachtigde, (c) de echtgenoot of partner, of (d) een ouder, kind, broer of zus.

Consulteer bij twijfel de (ouderen)psychiater of klinisch geriater/internist-ouderengeneeskunde, de verantwoordelijkheid voor de behandelbeslissing blijft bij de hoofdbehandelaar.

Betrek de familie of wettelijk vertegenwoordiger van een patiënt met cognitieve stoornissen bij de beoordeling van de wilsbekwaamheid. Wanneer daar sprake van is, betrek deze ook bij het beleid ten aanzien van diagnostiek en behandeling.

## 5 Hoofdstuk 5 Informatie, communicatie en bejegening van patiënten met dementie en hun naasten

Wat is de meest effectieve en doelmatige wijze van informatievoorziening aan en communicatie (inclusief bejegening) met een patiënt met dementie naasten in het ziekenhuis (inclusief shared decision making)?

10

### *Aanbevelingen ten aanzien van informatievoorziening*

Zorg voor effectieve communicatie met patiënt en naasten en maak gebruik van hulpmiddelen (bv video). Geef tijdig, herhaald en duidelijk uitleg over aandoening, diagnostiek en behandeling inclusief medicatie. Voer het gesprek op een concreet niveau rekening houdend met het cognitief functioneren en de aard en omvang van de beperkingen van de patiënt (maak hierbij gebruik van de kennis van de centrale mantelzorger).

Maak een zorgplan dat rekening houdt met cognitief functioneren, beperkingen, gedragsproblemen en specifieke omgangsadviezen. Maak samen met patiënt en naasten beleidsafspraken en leg onderzoeks- en behandelbeslissingen vast.

Spreek met de patiënt en de naasten af wie fungeert als eerste aanspreekpunt en vraag veranderingen in gedrag en cognitief functioneren te melden.

Verstrek mondelinge en schriftelijke informatie over het verhoogde risico op een delier, functieverlies en de gevolgen van eventueel noodzakelijk gebruik van anesthesie.

15

### *Aanbevelingen ten aanzien van scholingsvereisten*

Analyseer het kennisniveau en de scholingsnoodzaak van verpleegkundigen, (para)medici en overige ziekenhuismedewerkers met direct patiëntencontact ten aanzien van dementie (aanbeveling op ziekenhuis/afdelingsniveau).

Verwerf basale kennis en omgangsvaardigheden ten aanzien van dementie. Maak hierbij ook gebruik van het kaartje 'Herkennen van en omgaan met dementie' van Alzheimer Nederland (aanbeveling op zorgprofessional niveau).

Schakel zo nodig een consultatief team geriatrie/ouderengeneeskunde in dat de afdeling ondersteunt en adviseert.

20

Maak een ziekenhuisbreed protocol dat rekening houdt met de consequenties van dementie. Zorg voor structurele adequate training door interne of externe inhoudsdeskundigen (aanbeveling op ziekenhuis/afdelingsniveau).

5 **Hoofdstuk 6 Omgeving en voorzieningen rondom de opname en verblijf van een patiënt met dementie in het ziekenhuis**

Met welke omgevingsfactoren moet rekening worden gehouden rondom de opname en verblijf van een patiënt met dementie in het ziekenhuis?

*Aanbevelingen ten aanzien van oriëntatie bevorderende maatregelen.*

10 Draag zorg voor oriënterende maatregelen in de kamer, bijvoorbeeld door middel van een kalender, klok en bewegwijzering die voor ondersteuning kunnen zorgen; denk ook aan douche of WC aanduidingen.

Draag zorg dat badkamer en toilet ook 's avonds en 's nachts goed vindbaar zijn (nachtverlichting / verlichting met bewegingsmelder / verlichte lichtschaakelaars).

*Aanbevelingen ten aanzien van betrokkenheid naasten*

Stimuleer participatie van naasten en bied de mogelijkheid tot vrije bezoektijden en een slaapmogelijkheid (rooming-in).

Stel een dagprogramma op (bv goed leesbaar op een whiteboard) zo mogelijk in samenspraak met de betrokken disciplines en vraag naasten om kleine vertrouwde spullen of om foto's van familie welke voor een vertrouwd en gerust gevoel kunnen zorgen.

15 *Aanbeveling ten aanzien van handhaving dag- en nachtritme*

Benader zoveel mogelijk het werkelijke dag- en nachtritme en vermindering van slaapverstoring, dus in de ochtend de gordijnen open of bijvoorbeeld lampen aan overdag, en zet interventies in om mobiliteit en activiteiten overdag te bevorderen

*Aanbevelingen ten aanzien van veilig verplegen en valpreventie*

Zorg voor een rustige, zo gestructureerd mogelijke, veilige omgeving voor de patiënt met (vermoeden op) dementie. Geef een patiënt met dementie bij voorkeur een 1 persoonskamer, centraal op de afdeling.

Zorg bij een verhoogd valrisico voor valpreventie maatregelen (volgens VMS kwetsbare ouderen, deel 2 vallen)

20 Verwijder zo snel als mogelijk materialen die bijdragen tot het veroorzaken en in stand houden van onrustig gedrag of een delier (catheters, drains, infusen). Vermijd fixaties aangezien dit een risicofactor kan zijn voor toename van onrustig gedrag. Gebruik alternatieve interventies als 'rooming-in' of posey bed (tentbed).



## Hoofdstuk 7 Beoordeling van pijn bij patiënten met dementie in het ziekenhuis

Wat is de meest geschikte methode om in het ziekenhuis bij patiënten met cognitieve stoornissen pijn te beoordelen en te behandelen?

5

Vraag twee tot driemaal daags, als onderdeel van de dagelijkse zorg en in het contact met een patiënt met milde tot matige cognitieve stoornissen en communicatieve beperkingen, of men pijn ervaart (met behulp van termen zoals 'pijn', 'zeer', 'gevoelig') en registreer bevindingen in het patiëntendossier.

Raadpleeg naasten voor extra informatie over de mogelijke aanwezigheid van pijn en eerdere ervaringen met pijnmedicatie. Vooral bij patiënten met ernstige cognitieve stoornissen is dit van belang.

Gebruik bij patiënten met cognitieve stoornissen, die hun pijn niet kunnen aangeven met een VAS of NRS, een observationele pijnschaal (PAINAD, REPOS of PACSLC-D) voor het vaststellen van de aanwezigheid van pijn en voer deze twee tot driemaal daags uit en registreer de score in patiëntendossier.

Pas bij een pijnscore van 4 of hoger, of wanneer er sterke aanwijzingen zijn dat de patiënt door pijn wordt gehinderd, protocollaire pijnbehandeling toe, evalueer effect en geef de patiënt voorlichting en betrek hierin naasten.

Overweeg ergotherapeutische, (geriatrie-)fysiotherapeutische en/of psychologische interventies bij behandeling van pijn bij patiënten met dementie naast de medicamenteuze behandeling.

Gebruik de WHO-pijnladder als uitgangspunt voor de medicamenteuze behandeling van pijn met uitzondering van restricties in voorschrijven van NSAID's bij patiënten met nierfunctiestoornissen, gastro-intestinale of cardiovasculaire problemen en sla het voorschrijven van codeïne of tramadol over vanwege een zwakker pijnstillend effect tegenover een vergelijkbaar of verhoogd risico op bijwerkingen in vergelijking met een (laag gedoseerd) sterk werkend opioïd.

10

Evalueer tijdens een behandeling met opioïden bij patiënten met cognitieve stoornissen structureel de bijwerkingen waarop zij een verhoogd risico hebben (verwardheid of hallucinaties) en informeer patiënt en naaste bij start van de behandeling over het verhoogde risico op negatieve cognitieve invloed.

## Hoofdstuk 8 Voedings- en/of vochtproblemen bij patiënten met dementie

Op welke wijze dient de voedings- en vochtstatus te worden gemonitord en gemanaged bij een opname in het ziekenhuis van patiënten met dementie?

15

Vraag bij opname de voedings- en vochtsituatie, de voorkeuren en gewoontes wat betreft voeding en vocht na bij naasten van de patiënt en probeer toepassing te realiseren. Inventariseer de mogelijkheid om naasten te betrekken bij inname van voeding en vocht.

Laat een patiënt zittend in een stoel aan tafel eten als de fysieke conditie dit toelaat en indien mogelijk samen met anderen.

Screen klinische patiënten met dementie met een gevalideerd screeningsinstrument (SNAQ of MUST) op ondervoeding, en doe bij de groep ernstig ondervoede patiënten aanvullende diagnostiek (volgens VMS kwetsbare ouderen, deel 3 ondervoeding).

Pas bij ondervoeding een behandelplan toe ter verbetering van ondervoeding (volgens VMS kwetsbare ouderen, deel 3 ondervoeding) en zorg bij ontslag voor overdracht van een voedingsadvies aan relevante zorgverleners.

Draag zorg voor toezicht op adequate inname van vocht, voeding en medicatie, ook als er geen sprake is van ondervoeding of dehydratie. Betrek naasten van patiënt hierin indien mogelijk. Schakel de ergotherapeut in bij functionele beperkingen bij het eten.

5

Draag zorg voor behoud of optimalisatie van voedings- en vochtsituatie wanneer een patiënt met dementie tijdelijk nuchter moet zijn vanwege een ingreep.

Raadpleeg een logopedist bij een vermoeden op slikstoornissen.

### **Hoofdstuk 9 Doelmatige en veilige procedure van ontslag uit het ziekenhuis**

10 Wat is de meest doelmatige en veilige procedure van ontslag uit het ziekenhuis en welke nazorg is voor een patiënt met dementie nodig?

Maak de ontslagprocedure inzichtelijk door gebruik van een standaard stappenplan of checklist in het verpleegkundig dossier. Neem hierin tenminste de onderstaande aanbevelingen op.

Vraag in de verpleegkundige anamnese naar de toereikendheid van de zorg en de ervaren belasting van naasten.

Inventariseer binnen 48 uur na opname premorbide functioneren, zorgbehoefte en bestaande (in)formele zorgverlening in de thuissituatie (waaronder casemanager dementie). Noteer dit in medisch en verpleegkundig dossier.

15

Vraag bij opname toestemming aan patiënt en/of naasten om medische gegevens te delen met betrokken zorgverleners teneinde continuïteit van zorg te waarborgen.

Plan een tijdig ontslaggesprek met patiënt en/of naasten. Bespreek hierin verloop van de opname en sta stil bij de beleving van beiden. Ga na of de zorgbehoefte tijdens de opname gewijzigd is.

Stel een zorgplan op met alle betrokkenen. Neem hierin indien van toepassing een advies op over afbouwen of continueren van psychofarmaca die tijdens de opname zijn gestart. Bij ontslag wordt een volledige medische en medicatieoverdracht meegegeven, inclusief vermelding van gestopte medicatie met reden.

Regel na- en thuiszorg rekening houdend met de eventueel veranderde zorgbehoefte en betrek daarbij relevante zorgverleners, zoals een eventueel reeds betrokken casemanager dementie.

Bespreek met de patiënt en naasten de mogelijkheid tot verwijzing voor aanvullende cognitieve diagnostiek.

## Hoofdstuk 1 Algemene inleiding

### Aanleiding

5 Nederland telt op dit moment ruim 260.000 mensen met dementie (waarvan 150.000 nog  
zonder diagnose), terwijl nog veel meer ouderen geheugenklachten hebben. Ook op  
jongere leeftijd kunnen mensen dementie krijgen; naar schatting zijn er in Nederland ruim  
10.000 mensen jonger dan 65 jaar met dementie. Er worden steeds meer mensen met  
10 dementie voor een andere aandoening opgenomen in het ziekenhuis. Cijfers uit Groot-  
Britannië tonen dat 25% van de ziekenhuisbedden wordt bezet door 65-plussers met  
dementie (Alzheimer's Society, 2009). De verwachting is dat dit aantal in de toekomst  
verder zal stijgen vanwege toename van de levensverwachting en toename van de  
prevalentie van dementie. De redelijkerwijs te verwachten toename van het aantal  
15 patiënten met dementie in de Nederlandse ziekenhuizen vraagt inhoudelijke en  
organisatorische aanpassingen ter verbetering van de zorg in het ziekenhuis.

Patiënten met dementie in het ziekenhuis zijn kwetsbaarder voor het ontwikkelen van  
een delier, toename van cognitieve stoornissen, functionele achteruitgang,  
voedingsproblemen en bijwerkingen van medicijnen. Zij hebben een verhoogd risico op  
20 een langere duur van ziekenhuis opname, opname in een verpleeg- of verzorgingshuis en  
sterfte (Alzheimer's Australia, 2014; Sampson, 2009). Bij aanwezigheid van een bekende  
of niet eerder vastgestelde dementie kan heroverweging van diagnostiek of behandeling  
nodig zijn door verschuiving in balans tussen winst en risico's. Bij deze patiënten is  
bijzondere aandacht nodig voor herkenning van cognitieve stoornissen, een respectvolle  
25 omgang, herkenning en behandeling van pijn, voldoende ondersteuning bij eten en  
drinken en inname van medicatie, passende communicatie en zorgplanning en het  
voorlichten en betrekken van naasten in besluitvorming (Report of National Audit UK  
2011, Russ 2012). Specifieke omgevingsfactoren in het ziekenhuis en voldoende getraind  
30 personeel kunnen de kwaliteit van zorg voor kwetsbare patiënten met dementie in het  
ziekenhuis verbeteren en de duur van de ziekenhuisopname verkorten.

### Doel

Het doel van dit addendum op de richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Dementie is  
35 het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg voor patiënten met dementie in het  
ziekenhuis. Hiertoe is een selectie van de belangrijkste probleemsituaties die zich  
voordoen in het ziekenhuis gemaakt en beschreven, is wetenschappelijke en praktijk  
gebaseerde kennis en ervaring verzameld en zijn aanbevelingen opgesteld omtrent het  
bieden van adequate zorg voor patiënten met dementie in het ziekenhuis. Deze richtlijn  
40 vormt een handzame leidraad voor de dagelijkse praktijk van alle Nederlandse  
ziekenhuizen en biedt concrete aanbevelingen tot implementatie door zorgprofessionals  
waarbij facilitering door beleidsmakers in de ziekenhuisorganisaties een voorwaarde is. Er  
is gestreefd om aan te sluiten bij bestaande richtlijnen en het VMS Veiligheidsprogramma  
om integratie in de dagelijkse praktijk in ziekenhuizen te bevorderen. De richtlijn sluit  
45 tevens aan op de bestaande indicatoren, welke op basis van deze richtlijn kunnen worden  
aangepast.

### **Afbakening van de richtlijn**

De richtlijn richt zich op handelen bij patiënten met cognitieve stoornissen opgenomen in het algemeen ziekenhuis. Op de specifieke problematiek van patiënten met cognitieve stoornissen in het psychiatrisch ziekenhuis wordt niet ingegaan. Aansluitend bij de VMS kwetsbare ouderen beperkt de aanbeveling tot screening op cognitieve stoornissen zich tot patiënten vanaf 70 jaar. De dementie bij jongvolwassenen (jonger dan 65 jaar) heeft een specifieke context, waarmee ook goed rekening moet worden gehouden bij een eventuele opname in het ziekenhuis. Deze groep wordt niet als aparte groep beschreven, maar de aanbevelingen in deze richtlijn zijn ook op deze groep van toepassing

Om de leesbaarheid te bevorderen kan overal in deze richtlijn waar “naasten” wordt gebruikt ook familie, mantelzorger of wettelijke vertegenwoordiger worden gelezen indien van toepassing.

### **Beoogde gebruikers van de richtlijn**

Deze richtlijn is geschreven voor bestuurders en beleidsmakers in ziekenhuisorganisaties en alle zorgprofessionals in het ziekenhuis die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met cognitieve stoornissen.

### **Kennislacunes**

Omdat er relatief weinig onderzoek en literatuur beschikbaar is over zorg voor patiënten met dementie in het ziekenhuis berusten de aanbevelingen in deze richtlijn veelal op consensus. De werkgroep is van mening dat de omvang van de populatie en de ernst van de problemen nader wetenschappelijk onderzoek urgent maakt. Ten aanzien van screening op cognitieve stoornissen bij in het ziekenhuis opgenomen patiënten is het onvoldoende duidelijk wat een geschikte en valide methode is en wat de resultaten zijn van screening. Valide gegevens over het effect van de toepassing van de VMS screeningsvragen voor delier ontbreken en het is onbekend of de bestaande screeningsvragen cognitieve stoornissen kunnen detecteren en kunnen differentiëren tussen delier en dementie. Vergelijkend onderzoek van de VMS-schermingsvragen en een gevalideerde screeningstesten voor delier en cognitieve stoornissen is wenselijk.

De dementiediagnose heeft in veel gevallen grote implicaties voor de indicatiestelling, aard en omvang van diagnostiek en behandeling die voorgenomen wordt en die de aanleiding is voor opname. Dementie als zeer relevante comorbiditeit ontbreekt nu in alle andere ziektegerichte richtlijnen.

### **Literatuur**

- Alzheimer's Australia. Dementia care in the acute hospital setting: issues and strategies. 2014; [www.fightdementia.org.au/common/files/NAT/1130-Yates.pdf](http://www.fightdementia.org.au/common/files/NAT/1130-Yates.pdf)
- Alzheimer's Society: Counting the Cost. 2009. London. [www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download\\_info.php?fileID=787](http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=787)
- Report of the National Audit of Dementia Care in General Hospitals 2011. London: Royal College of Psychiatrists Centre for Quality Improvement; 2011
- Russ TC, Shenkin SD, Reynish E, Ryan T, Anderson D, MacLulich A. Dementia in acute hospital inpatients: the role of the geriatrician.. Age Ageing. 2012;41:282-4
- Sampson EL, Blanchard MR, Jones L, et al. Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. Br J Psychiatry 2009;195:61-6.

## Hoofdstuk 2 Methodiek Richtlijnontwikkeling

### AGREE

- 5 Bij de ontwikkeling van dit addendum is gebruikt gemaakt van dezelfde methodiek voor richtlijnontwikkeling als bij de Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Dementie. Dit addendum is eveneens opgesteld conform de eisen in het rapport 'Richtlijnen 2.0' van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten. Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) ([www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org)), dat een internationaal breed geaccepteerd instrument is voor de beoordeling van de kwaliteit van richtlijnen.

### Belangenverklaring

- 15 De werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste vijf jaar een (financieel ondersteunde) betrekking onderhouden met commerciële bedrijven, organisaties of instellingen die in verband staan met het onderwerp van de richtlijn. Een overzicht hiervan vindt u in bijlage bij de richtlijn.

20

### Knelpuntenanalyse

- Tijdens de voorbereidende fase inventariseerden de voorzitter van de werkgroep en de adviseur 12 knelpunten. Tevens zijn in een invitational conference knelpunten besproken waarbij, naast de partijen in de werkgroep, aanwezig waren de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers, Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Een verslag hiervan kunt u vinden in de bijlage.

### Patiëntenperspectief

- 30 Er werd aandacht besteed aan het patiëntenperspectief door middel van vertegenwoordiging van Alzheimer Nederland in de klankbordgroep. Daarnaast is gebruik gemaakt van de Indicatorenset Dementie Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's (opgesteld door Consumentenbond, NPCF en Alzheimer Nederland). In het kader van dit initiatief zijn
- 35 klantpreferentievragen opgesteld om te achterhalen welk ziekenhuis een patiënt zou kiezen op het gebied van aanbod van zorg rondom dementie (Dementie, Geheugenstoornissen, indicatorset ziekenhuizen 2014). Antwoorden werden verkregen via focusgroepen, telefonische interviews en vragenlijsten. 26 Patiënten en naasten wogen de vraag 'welk item vindt u het meest belangrijk om te weten als u een ziekenhuis
- 40 kiest?'. In de vragenlijst zijn twee vragen opgenomen over hoe het ziekenhuis rekening houdt met onderliggende dementie bij opname vanwege andere redenen en mogelijkheid van ondersteuning door bezoek. De meest recente resultaten zijn waar mogelijk in de aanbevelingen verwerkt.

- 45 Een uitgebreide beschrijving van de gebruikte methodiek is te vinden in hoofdstuk 2 van de Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Dementie.

### **Autorisatie**

Dit Addendum dementie als comorbiditeit in het ziekenhuis is geautoriseerd door de volgende partijen:

- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- 5 – Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlands Instituut van Psychologen
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- 10 – Verenso, specialisten ouderengeneeskunde

## Hoofdstuk 3 Screening op dementie in het algemeen ziekenhuis

### Uitgangsvraag

- 5 Wat is de meest effectieve screeningsmethode om een patiënt met dementie bij opname in het ziekenhuis te signaleren en herkennen?

### Subvragen

- 10 Uit welke onderdelen zou een dergelijk assessment moeten bestaan?  
10 Wanneer, waar en door wie dient dit assessment te worden uitgevoerd in het ziekenhuis?

### Inleiding

- 15 Naar schatting 30 tot 40% van de patiënten die in een algemeen ziekenhuis zijn opgenomen hebben een vorm van dementie. Uit Engels onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van hen niet eerder als zodanig zijn gediagnosticeerd (Sampson, 2009). Het is belangrijk dat de hoofdbehandelaar en het verpleegkundig team zo snel mogelijk op de hoogte zijn van de aanwezigheid van cognitieve stoornissen of een diagnose dementie bij de opgenomen patiënt. Enerzijds inzake wilsbekwaamheid ten aanzien van diagnostiek en  
20 behandelbeslissingen, anderzijds in het licht van patiëntveiligheid aangezien de ziekenhuis omgeving in de meeste gevallen niet is toegerust op deze categorie patiënten. Tevens is deze informatie van belang omdat patiënten met dementie een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een delier tijdens de ziekenhuisopname en een delier soms moeilijk is te onderscheiden van een dementie (zie ook Richtlijn delier bij  
25 Volwassenen NVKG,2013).

- Screening op het cognitief vermogen van patiënten bij binnenkomst in het ziekenhuis, bijvoorbeeld op de spoedeisende hulp of polikliniek, gebeurt in praktijk (nog) niet structureel.  
30

### Samenvatting literatuur

- 35 Bij deze uitgangsvraag is niet systematisch naar literatuur gezocht, omdat er een recente valide systematische review beschikbaar is. In de beschikbare review van Jackson (2014) worden 9 relevante studies gevonden die 6 instrumenten beschrijven voor screening op dementie bij in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Alleen over de 4AT test is meer dan 1 studie beschikbaar. Gepoolde analyse toont een sensitiviteit van 81%, een specificiteit van 84% en een 'area under the curve' (AUC) van 0.88 bij een cut-off <7 (Bellelli 2014). De overige onderzoeken richten zich zeer specifiek op diagnostiek van dementie en de  
40 screening op delier. Dit is reeds in de richtlijnen "diagnostiek en behandeling van dementie" en "delier bij volwassenen" beschreven. De aanbevelingen zijn om deze reden mede geformuleerd op basis van de praktijkervaring van de experts in de werkgroep.

### Overwegingen

- 45 Diagnostiek naar dementie zoals beschreven in de richtlijn diagnostiek en behandeling van dementie (NVKG, 2014) is aan het begin of gedurende een ziekenhuisopname niet of zeer beperkt mogelijk, omdat patiënten in het ziekenhuis een verhoogd risico hebben op een delier en andere factoren als acute ziekte, pijn, medicatie, angst of slaapdeprivatie,



die het cognitief functioneren nadelig kunnen beïnvloeden (Jackson, 2013 en Shenkin, 2014). Uiteraard is het wel wenselijk om aan de hand van een beperkt aantal vragen te screenen of er een risico is op het bestaan van cognitieve stoornissen, om de ziekenhuisopname zo ongecompliceerd mogelijk te laten verlopen en ook om in een later stadium eventueel cognitief onderzoek te doen.

10 Internationale vragenlijsten voor cognitieve stoornissen bij ziekenhuisopname, zoals de 'Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly' (IQCODE), zijn met name specifiek in het uitsluiten van patiënten zonder cognitieve stoornissen (Harrison, 2015). De 4AT test is de enige screeningstest bij ziekenhuisopname waarover meer dan 1 studie beschikbaar is. De 4AT is een valide screeningstest, die geschikt lijkt voor toepassing in de praktijk. Een gevalideerde Nederlandse versie is echter niet beschikbaar en ervaring in de Nederlandse situatie ontbreekt.

15 Naar analogie van de drie praktische, screenende vragen met betrekking tot het delier risico profiel zoals aanbevolen in het Veiligheidsprogramma "Kwetsbare Ouderen" van VMS (Veiligheidsmanagement Systeem) zouden dergelijke vragen – met aanpassingen – ook gebruikt kunnen worden om het individueel risicoprofiel op cognitieve stoornissen of dementie op te sporen (VMS, 2009). De huidige praktijkgids Kwetsbare ouderen heeft zich  
20 in beginsel beperkt tot aanbevelingen en interventies voor vier grote geriatrische onderwerpen. De werkgroep van deze richtlijn stelt voor samen met het ontwikkelen van deze richtlijn de praktijkgids Kwetsbare ouderen uit te breiden met een hoofdstuk cognitieve stoornissen/dementie. Hierop vooruitlopend doet de werkgroep een voorstel voor screenende vragen naar cognitieve stoornissen gebaseerd op de bondigheid van de  
25 vragen van de VMS bundel ten aanzien van het delier risico profiel.

*Drie praktische, screenende vragen met betrekking tot het cognitief functioneren:*

1. Heeft u geheugenproblemen of is de diagnose dementie bij u gesteld?
2. Had u in de afgelopen drie maanden hulp bij IADL handelingen nodig? Bijvoorbeeld hulp bij het regelen van uw financiële zaken of zelfstandig innemen van uw medicijnen?
3. Zijn er bij een eerdere ziekenhuisopname of ziekte perioden geweest dat u in de war was?

30 De bovenstaande vragen dienen te worden geverifieerd bij een naaste van de patiënt, of bij betrokken hulpverleners (huisarts, POH, thuiszorg). Indien één of meer van bovenstaande vragen met ja is beantwoord, wordt geadviseerd om het consultatief team geriatrie/ouderengeneeskunde gedurende de opname in consult te vragen.

35 Screening dient plaats te vinden bij alle ouderen ( $\geq 70$  jaar) aan het begin van een ziekenhuistraject of aan het begin van een ziekenhuisopname. De verpleegkundige(n) op de Spoedeisende Hulp, de opname verpleegkundige(n) op de verpleegafdeling alsmede de verpleegkundige(n) op een preoperatieve polikliniek of op een specialistische polikliniek zouden deze handzame vragen toe kunnen voegen aan hun eigen anamnese. Uiteraard blijft het de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar om te checken of  
40 deze screening ook daadwerkelijk verricht is.

5 Screenen op cognitieve stoornissen is niet synoniem aan diagnostiek plegen. Voor het vaststellen van de diagnose dementie is een beoordeling door een op dit gebied deskundig arts nodig en dit vindt bij voorkeur na een ziekenhuisopname plaats. Een positieve screening op cognitieve stoornissen kan een aanleiding zijn om een diagnostisch traject plaats te laten vinden.

### Aanbevelingen

Gebruik aan het begin van het ziekenhuis traject screenende vragen om het individueel risicoprofiel op cognitieve stoornissen in te schatten. Essentieel is om naast de patiënt zelf ook een naaste deze te laten beantwoorden.

1. Heeft u geheugenproblemen of is de diagnose dementie bij u gesteld?
2. Had u in de afgelopen drie maanden hulp bij IADL handelingen nodig? Bijvoorbeeld hulp bij het regelen van uw financiële zaken of zelfstandig innemen van uw medicijnen?
3. Zijn er bij een eerdere ziekenhuisopname of ziekte perioden geweest dat u in de war was?

10 Neem de screeningsvragen structureel op in de anamnese en leg de uitkomsten hiervan vast in het elektronisch of verpleegkundig patiëntendossier.

Wees terughoudend met het stellen van de diagnose dementie tijdens een ziekenhuisopname en consulteer bij één positief antwoord op screenende vragen of bij complexe cognitieve stoornissen het consultatief team geriatrie/ouderengeneeskunde.

### Literatuur

- 15 Bellelli G, Morandi A, Davis DH, Mazzola P, Turco R, Gentile S, Ryan T, Cash H, Guerini F, Torpilliesi T, Del Santo F, Trabucchi M, Annoni G, MacLulich AM. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age Ageing*. 2014 Jul;43(4):496-502.
- Harrison JK, Fearon P, Noel-Storr AH, et al. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) for the diagnosis of dementia within a secondary care setting. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Mar 10;3:CD010772. doi: 0.1002/14651858.CD010772.pub2.
- 20 Jackson TA, Naqvi Sh, Shehan B. Screening for dementia in general hospital inpatients: a systematic review and meta-analysis of available instruments. *Age Ageing* 2013;42(6):689-95.
- NVKG. Richtlijn Delier bij Volwassenen. 2013 ([http://richtlijndatabase.nl/richtlijn/delier\\_bij\\_volwassenen/epidemiologie\\_bij\\_delier\\_bij\\_volwassenen.html](http://richtlijndatabase.nl/richtlijn/delier_bij_volwassenen/epidemiologie_bij_delier_bij_volwassenen.html)).
- 25 NVKG. Richtlijn Behandeling en Diagnostiek van Dementie (2014); [www.richtlijndatabase.nl](http://www.richtlijndatabase.nl).
- Sampson EL, Blanchard MR, Jones L, et al. Dementia in the acute hospital: prospectiev cohort study of prevalence and mortality. *Br J Psychiatry* 2009;195:61-6.
- Shenkin SD, Russ TC, Ryan TM, MacLulich AM. Screening for dementia and other causes of cognitive impairment in general hospital in-patient. *Age Ageing*. 2014;43(2):166-8
- 30 VMS "Kwetsbare Ouderen" ; [www.vmszorg.nl/themas/kwetsbare-ouderen](http://www.vmszorg.nl/themas/kwetsbare-ouderen).

## Hoofdstuk 4 Wils- en oordeelsbekwaamheid, verantwoordelijkheden en het vastleggen van behandelbeperking

### 5 **Uitgangsvraag**

Wanneer en bij welke patiënten dient er extra aandacht te zijn ten aanzien van het maken van afspraken over wils- en oordeelsbekwaamheid, verantwoordelijkheden en het vastleggen van behandelbeperkingen?

### 10 **Subvragen**

1. Welke personen dienen te worden betrokken bij (behandel)beslissingen?
2. Welke minimale normen gelden voor het toetsen of een patiënt zelf in staat is de consequenties van de behandeling te overzien?
3. Welke verantwoordelijkheden heeft de hoofdbehandelaar en wanneer dient deze een andere specialist met kennis van zaken te consulteren?
4. Welke minimale normen gelden voor besluitvorming over reanimatie en behandelbeperkingen?

### 20 **Inleiding**

Wilsbekwaamheid is in bijna alle gevallen niet absoluut maar hangt af van de context. Het gaat immers om een oordeel over de besluitvaardigheid in een concrete situatie: een patiënt kan wilsonbekwaam zijn ten aanzien van de weigering voor een bepaalde behandeling en tegelijk wilsbekwaam ten aanzien van de weigering van nadere diagnostiek. Binnen deze module wordt ingegaan op situaties wanneer extra aandacht ten aanzien van het maken van afspraken over wils- en oordeelsbekwaamheid, verantwoordelijkheden en het vastleggen van behandelbeperkingen noodzakelijk is.

### 30 **Samenvatting literatuur**

Bij deze uitgangsvraag is niet systematisch naar literatuur gezocht. Er is over dit onderwerp zeer weinig evidence in de vorm van wetenschappelijk onderzoek beschikbaar. Daarnaast is onder andere gebruik gemaakt van de bestaande richtlijnen. De aanbevelingen zijn geformuleerd op basis van de bestaande richtlijnen en praktijkervaring van de experts in de werkgroep.

### **Overwegingen**

40 Voor de beoordeling van wilsbekwaamheid bij in het ziekenhuis opgenomen patiënten met dementie gelden dezelfde uitgangspunten als in de richtlijn Diagnostiek en behandeling van dementie (2014), zie tabel 1.

**Tabel 1 Uitgangspunten bij de beoordeling van wilsbekwaamheid bij in het ziekenhuis opgenomen patiënten met dementie**

De beoordeling van wilsbekwaamheid vraagt medisch-specialistische expertise en kennis van de relevante juridische kaders. In een aantal gevallen, zeker wanneer het een beoordeling betreft in het kader van een formeel document (bijvoorbeeld testament, euthanasieverklaring) en/of een controversiële behandeling, is het zinvol advies in te winnen van een gezondheidsjurist.

Bij de beoordeling van de beslisvaardigheid wordt aanbevolen dat:

- bij het nemen van behandelbeslissingen de wilsbekwaamheid per te nemen besluit wordt beoordeeld en eventueel (afhankelijk van de gestelde diagnose) herhaald wordt beoordeeld;
- in het kader van behandelbeslissingen er een duidelijke aanleiding moet zijn om de bekwaamheid expliciet te beoordelen. Wettelijk is bepaald dat men ten aanzien van behandelbeslissingen, de vooronderstelling van wilsbekwaamheid moet hanteren;
- men nooit genoeg neemt met het vaststellen van een diagnose als antwoord op de vraag naar wilsbekwaamheid;
- de zorgvuldigheidseisen van een beoordeling van beslisvaardigheid hoger komen te liggen naarmate er meer van de besluitvorming afhangt. Naarmate een beslissing belangrijker is, dat wil zeggen grotere potentiële gevolgen heeft voor de gezondheid, zowel in de zin van winst als van risico's en belasting van ingrepen, mogen er hogere eisen aan de beslisvaardigheid worden gesteld (proportionaliteitsprincipe).

Bron: Richtlijn Diagnostiek en behandeling van dementie (2014)

5

Voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid zijn de criteria van Appelbaum en Grisso nuttig (Appelbaum, 1988). Kort samengevat is sprake van wilsbekwaamheid als de patiënt in kwestie een keuze kan maken en uiten; de geboden informatie begrijpt; de informatie kan beseffen en waarderen voor de eigen situatie; en hierbij logisch kan redeneren.

10

Overigens kan hierbij worden opgemerkt dat ook niet logische redeneringen kunnen passen bij de persoonlijkheid en levensverhaal. Dit kan ook bij de beoordeling worden betrokken. In een recent 'Stand van zaken' artikel in het NTVG (Vinckers, 2014) wordt aan de hand van een patiënt van wie men wilsonbekwaamheid ten aanzien van ziekenhuisopname vermoedt, een handzame leidraad gegeven die hierbij wordt

15

bijgevoegd (zie bijlage 3). Daarnaast bevat het rapport van Verenso over wilsbewaamheid nuttige informatie (Verenso, 2008).

Door de bijkomende somatische problematiek kan de wilsbekwaamheid wisselen. Gedurende een ziekenhuisopname moet de beoordeling dan ook herhaald plaatsvinden.

20

*Welke personen dienen te worden betrokken bij (behandel)beslissingen?*

Los van de vraag of sprake is van wilsonbekwaamheid is het van belang dat bij behandelbeslissingen arts en patiënt zoveel als mogelijk samen tot een beleid komen dat het beste bij een patiënt past. Het is hierbij noodzakelijk familie of wettelijk vertegenwoordiger van een patiënt met cognitieve stoornissen te betrekken. Dit wordt aangeduid met gezamenlijke besluitvorming, oftewel shared decision making. Niettemin zijn de volgende verantwoordelijkheden te benoemen.

25

Het beoordelen van de wilsbekwaamheid is een vaardigheid die alle artsen dienen te bezitten. De behandelend arts maakt deze inschatting; hij is door zijn behandelrelatie en expertise de aangewezen persoon om een inschatting te maken van de wilsbekwaamheid van zijn patiënt. Wanneer de behandelend arts zich in dezen onzeker voelt, en/of

5 onvoldoende ervaring heeft, kan de (ouderen)psychiater of klinisch geriater/internist-ouderengeneeskunde in consult worden gevraagd in het ziekenhuis, om de beoordeling van de behandelend arts te ondersteunen.

10 Wanneer deze tot de conclusie komt dat sprake is van wilsonbekwaamheid ten aanzien van een bepaalde behandelbeslissing, dan moet zo mogelijk vervangende toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger verkregen worden. Dit zijn in rangorde: (a) een curator of mentor, (b) een schriftelijk gemachtigde, (c) de echtgenoot of partner, of (d) een ouder, kind, broer of zus (zie bijlage 3, onderdeel 6).

15 *Welke minimale normen gelden voor het toetsen of een patiënt zelf in staat is de consequenties van de behandeling te overzien?*

De werkgroep verwijst hiervoor naar de uitgebreide vermelding in de 'Checklist voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid' (zie bijlage bij de richtlijn).

20 *Welke verantwoordelijkheden heeft de hoofdbehandelaar en wanneer dient deze een andere specialist met kennis van zaken te consulteren?*

De beoordeling van de wilsbekwaamheid inzake medische diagnostiek en behandelbeslissingen ligt bij de hoofdbehandelaar. Deze kan een andere specialist met kennis van zaken consulteren, bijvoorbeeld ter uitsluiting van een psychiatrisch

25 toestandsbeeld, of inschatting van de cognitieve functies bij verdenking op dementie. Een patiënt heeft één hoofdbehandelaar die de eindverantwoordelijkheid draagt. Een consulent heeft een adviserende functie en is niet verantwoordelijke voor de behandeling van een patiënt. In geval van een door hoofdbehandelaar schriftelijk vastgestelde

30 aanvraag tot medebehandeling, is een medebehandelaar ten opzichte van de hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor zijn aandeel in diagnostiek, behandeling of informatieverstrekking.

*Welke minimale normen gelden voor besluitvorming over reanimatie en behandelbeperkingen?*

35 Goede zorg voor patiënten met dementie omvat zorgvuldige anticiperende besluitvorming over reanimatie en behandelbeperkingen, die is afgestemd op de opvattingen van de patiënt en zijn naasten. De werkgroep pleit voor een tijdig gesprek over reanimatie bij het vaststellen van de diagnose dementie als onderdeel van advanced care planning. Wanneer deze informatie bij opname in het ziekenhuis niet beschikbaar is

40 adviseert de werkgroep om direct bij opname een gesprek met patiënt en naaste(n) of in geval van wilsonbekwaamheid alleen met naaste(n) te voeren om tot een gezamenlijke besluitvorming te komen over reanimatie en intensieve zorg (zoals mechanische ventilatie en IC behandeling). De behandelend arts kan daarin – op basis van evidence in de multidisciplinaire richtlijn besluitvorming over reanimatie- toelichting geven over risico's

45 en de gevolgen daarvan voor de overlevingskans (Verenso, 2010). Hiermee kan de arts in samenspraak met de patiënt en/of naaste(n) de mogelijkheid en wenselijkheid van een eventuele reanimatie en intensieve zorg (mechanische ventilatie, IC behandeling) vaststellen en vastleggen. De patiënt vormt met zijn ervaringen, behoeften, normen, waarden en voorkeuren het uitgangspunt van de besluitvorming. Wanneer een patiënt

echter geen reanimatie wenst, is zijn niet-reanimeren wens leidend. In literatuur wordt een verhoogd risico op cognitieve achteruitgang beschreven na reanimatie, studies naar overleving na reanimatie bij mensen met dementie ontbreken. Het is bij aanwezigheid van sommige situaties mogelijk dat de behandelend arts, rekening houdend met mogelijke uitkomstcijfers, reanimatie bij een individuele patiënt als medisch zinloos beoordeelt, gezien diens individuele gezondheidssituatie (chronische comorbiditeit, specifieke belemmerende beperkingen en beperktere levensverwachting). De werkgroep adviseert om de besluitvorming over reanimatie en eventuele behandelbeperkingen vast te leggen in het medisch dossier en in medische correspondentie bij ontslag over te dragen aan relevante zorgverleners

### Aanbeveling

Gebruik voor de beoordeling van wilsbekwaamheid de criteria van Appelbaum en Grisso. Kort samengevat: de patiënt in kwestie moet een keuze kunnen maken en uiten; kan de geboden informatie begrijpen; kan de informatie waarderen voor de eigen situatie; en kan hierbij logisch redeneren. Bepaal de wettelijke vertegenwoordiger.

Besprek direct bij opname de mogelijkheid en wenselijkheid van reanimatie en intensieve zorg met de patiënt en de naaste(n) of in geval van wilsbekwaamheid alleen met de naaste(n). Leg het besluit vast in het medisch dossier en draag dit bij ontslag over aan relevante zorgverleners.

Hanteer de volgende werkwijze voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid:

#### *Wanneer*

Bij beslissingen over het beleid ten aanzien van actuele diagnostiek en behandeling waarvoor de expliciete en weloverwogen keuze van de patiënt noodzakelijk is.

#### *Bij wie*

Bij twijfels over de wilsbekwaamheid van de patiënt (bijvoorbeeld: eerdere diagnose dementie, ongebruikelijke antwoorden, 'plotselinge' toestemming, persistente weigering zonder toelichting, wisselende instemming, verwarde indruk).

#### *Hoe*

5. Maak gebruik van criteria Appelbaum en Grisso, die de volgende aspecten behelzen:
  - maken en uiten van een keuze;
  - begrijpen van informatie;
  - beseffen en waarderen van informatie voor de eigen situatie;
  - logisch redeneren.
6. Overweeg het gebruik van een beoordelingsinstrument bij het toepassen van deze criteria (bijvoorbeeld de MacCaT, Macarthur Competence assessment Tool);
7. Overweeg ter ondersteuning te overleggen met een (ouderen)psychiater of klinisch geriater/internist-ouderengeneeskunde;
8. Bij een wisselend beeld, bijvoorbeeld bij delier of wisselende comorbiditeit, moet de beoordeling herhaald plaatsvinden.

#### *Hoe vast te leggen*

- Noteer de indicatie, inhoud en het resultaat van de beoordeling van de wilsbekwaamheid in het dossier;
- Leg vast wanneer de wilsbekwaamheid opnieuw geëvalueerd gaat worden. Dit is vooral van belang als deze gedeeltelijk en/of wisselend is.

Zie ook de checklist voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid.

Verkrijg bij wilsonbekwaamheid ten aanzien van een bepaalde behandelbeslissing vervangende toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger, in rangorde: (a) een curator of mentor, (b) een schriftelijk gemachtigde, (c) de echtgenoot of partner, of (d) een ouder, kind, broer of zus.

Consulteer bij twijfel de (ouderen)psychiater of klinisch geriater/internist-ouderengeneeskunde, de verantwoordelijkheid voor de behandelbeslissing blijft bij de hoofdbehandelaar.

Betrek de familie of wettelijk vertegenwoordiger van een patiënt met cognitieve stoornissen bij de beoordeling van de wilsbekwaamheid. Wanneer daar sprake van is, betrek deze ook bij het beleid ten aanzien van diagnostiek en behandeling.

5

#### **Literatuur**

Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *The New Engl J Med* 1988;319:1635-8.

10

Grisso T1, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatr Serv.* 1997 Nov;48(11):1415-9.

KNMG: <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicaties-op-trefwoord/Wilsbekwaamheid.htm>

Ruissen A, Meynen G, Widdershoven GA. Perspectieven op wilsbekwaamheid in de psychiatrie: cognitieve functies, emoties en waarden. *Tijdschr Psychiatr.* 2011;53(7):405-14.

15

Vinkers CH, van de Kraats GB, Biesart M, et al. Is mijn patiënt wilsbekwaam? volg de leidraad. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2014;158:A7229.

Verenso, Beginselen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid bij oudere cliënten met een complexe zorgvraag Een handreiking voor verpleeghuisartsen en sociaal geriaters 2008.

Verenso, Multidisciplinaire Richtlijn Besluitvorming over reanimatie. Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen 2010

20

## Hoofdstuk 5 Informatie, communicatie en bejegening van patiënten met dementie en hun naasten

### 5 **Uitgangsvraag**

Wat is de meest effectieve en doelmatige wijze van informatie voorziening aan en communicatie (inclusief bejegening) met een patiënt met dementie en naasten in het ziekenhuis (inclusief shared decision making)?

### 10 **Subvraag**

Wat zijn de minimale scholingsvereisten voor zorgverleners op het gebied van dementie en de omgang met patiënten, inclusief algemene aanbevelingen voor wie op welk niveau in het ziekenhuis welke kennis ten aanzien van dementie moet hebben?

15

### **Inleiding**

Voor goede en effectieve communicatie en gelijkwaardige participatie in de behandelrelatie moet bij de wijze van communiceren rekening worden gehouden met de consequenties van de cognitieve stoornissen bij dementie. Het gaat zowel om het begrijpen als onthouden van informatie en uitleg. De sociale omgeving en de interactie met zorgverleners heeft veel invloed op het gedrag van mensen met dementie. Een persoonsgerichte benadering zorgt voor beter contact en begrip. Alzheimer Nederland heeft een brochure en een handzaam kaartje uitgebracht waarin het herkennen van en omgaan met dementie kort is samengevat (Alzheimer Nederland, 2013-2).

25

Mantelzorgers hebben in de regel diepgaande kennis over en begrip van de persoon met dementie en zijn of haar specifieke behoeften. Goede communicatie met de centrale mantelzorgers heeft dan ook een gunstig effect op ervaringen van patiënten en uitkomsten van de opname (Griffiths, 2014).

30

In deze module zijn aanbevelingen opgenomen om de informatievoorziening en communicatie (inclusief bejegening) zo effectief mogelijk te organiseren. Ook zijn aanbevelingen opgenomen betreffende kennis en noodzakelijke scholing op het gebied van dementie van verpleegkundigen en overige disciplines met patiëntencontact in het ziekenhuis.

35

### **Samenvatting literatuur**

Bij deze uitgangsvraag is niet systematisch naar literatuur gezocht. Er is over dit onderwerp zeer weinig evidence in de vorm van wetenschappelijk onderzoek beschikbaar. De aanbevelingen zijn om deze reden mede geformuleerd op basis van de praktijkervaring van de experts in de werkgroep. Daarnaast is onder andere gebruik gemaakt van de bestaande Richtlijnen Diagnostiek en Behandeling van Dementie (NVKG, 2014) en de Richtlijn Delier bij Volwassenen (NVKG, 2013).

45

### **Overwegingen**

Naasten weten over het algemeen welke communicatiemethoden het best werken, wat bepaalde gedragingen betekenen, wat de voorkeuren van de betreffende patiënt met

24



dementie zijn en hoe deze eerder op behandelingen heeft gereageerd. Zij kunnen daarom een belangrijke rol spelen bij het zorgproces in het ziekenhuis en moeten worden gezien als essentiële partners. Toch heeft ziekenhuispersoneel de neiging naasten meer in een sociale rol te zien dan dat zij een cruciale zorgrol vervullen (Griffiths).

5

In het kader van de Indicatorenset Dementie Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's (opgesteld door Consumentenbond, NPCF en Alzheimer Nederland) zijn klantpreferentievragen opgesteld om te achterhalen welk ziekenhuis een patiënt zou kiezen op het gebied van aanbod van zorg rondom dementie (Dementie, Geheugenstoornissen, indicatorset ziekenhuizen 2014). Deze indicatorset vervangt de huidige sets indicatoren zoals gedefinieerd in het Zichtbare Zorg-traject (ZIZO-traject). Antwoorden werden verkregen via focusgroepen, telefonische interviews en vragenlijsten. 26 Patiënten en naasten wogen de vraag 'welk item vindt u het meest belangrijk om te weten als u een ziekenhuis kiest?'. Dit betreft weliswaar patiënten die vanwege dementiediagnostiek zijn verwezen, maar er zijn ook twee vragen over hoe het ziekenhuis rekening houdt met onderliggende dementie bij opname vanwege andere redenen en mogelijkheid van ondersteuning door bezoek. Deze vragen zijn relevant in dit kader en de meest recente resultaten zijn daarom in de aanbevelingen verwerkt. Bij de aanbevelingen is tevens gebruik gemaakt van de Richtlijn Diagnostiek dementie (2014) en de Richtlijn Delier bij volwassenen (2013). Ook is rekening gehouden met een reële inschatting van de huidige gemiddelde beschikbaarheid van voorzieningen en ziekenhuis logistiek.

Ziekenhuispersoneel moet beschikken over voldoende kennis en vaardigheden om goede zorg te kunnen verlenen aan mensen met dementie. Zij moet ook de impact begrijpen die de cognitieve stoornis heeft op het vermogen om te zijn betrokken bij de eigen zorg. Vaak verwacht men dat patiënten in staat zijn tot samenwerking inclusief het opvolgen van instructies en het zelfstandig beheren van voeding, vocht en (pijn)medicatie. De opleiding van ziekenhuismedewerkers op het gebied van dementie is vaak niet voldoende (Yates, 2014). Om een rol als 'medebehandelaar' in de zorg te kunnen vervullen is onder andere de volgende informatie en kennis nodig: de aard van de aandoening dementie en de mogelijke invloed op het dagelijks leven en gedrag; het opstellen en monitoren van een zorgplan op maat en ondersteuning van de naasten. Deze facetten moeten terugkomen in de scholingsvereisten voor verpleegkundigen en overige disciplines met patiëntencontact in het ziekenhuis. Verpleegkundigen vormen een belangrijke spil in de zorg voor mensen met dementie in het ziekenhuis. Zij (moeten kunnen) signaleren, informeren, begeleiden en zij hebben een rol in de coördinatie. Er is voor verpleegkundigen nog geen richtlijn over dementiezorg. Ook in de Zorgstandaard Dementie (Alzheimer Nederland, 2013) staat niet beschreven wat de taken zijn per ziekenhuisprofessional. Voorwaarde voor goede zorg is een actueel kennisniveau en goede communicatievaardigheden bij alle betrokken zorg- en hulpverleners.

## Aanbevelingen

### *Aanbevelingen ten aanzien van informatievoorziening*

Maak een zorgplan dat rekening houdt met cognitief functioneren, beperkingen, gedragsproblemen en specifieke omgangsadviezen. Maak samen met patiënt en naasten beleidsafspraken en leg onderzoeks- en behandelbeslissingen vast.

45

Zorg voor effectieve communicatie met patiënt en naasten en maak gebruik van hulpmiddelen (bv video). Geef tijdig, herhaald en duidelijk uitleg over aandoening, diagnostiek en behandeling inclusief medicatie. Voer het gesprek op een concreet niveau rekening houdend met het cognitief functioneren en de aard en omvang van de beperkingen van de patiënt (maak hierbij gebruik van de kennis van de centrale mantelzorger).

Spreek met de patiënt en de naasten af wie fungeert als eerste aanspreekpunt en vraag veranderingen in gedrag en cognitief functioneren te melden.

Verstrek mondelinge en schriftelijke informatie over het verhoogde risico op een delier, functieverlies en de gevolgen van eventueel noodzakelijk gebruik van anesthesie.

#### *Aanbevelingen ten aanzien van scholingsvereisten*

Analyseer het kennisniveau en de scholingsnoodzaak van verpleegkundigen, (para)medici en overige ziekenhuismedewerkers met direct patiëntencontact ten aanzien van dementie (aanbeveling op ziekenhuis/afdelingsniveau).

5

Verwerf basale kennis en omgangsvaardigheden ten aanzien van dementie. Maak hierbij ook gebruik van het kaartje 'Herkennen van en omgaan met dementie' van Alzheimer Nederland (aanbeveling op zorgprofessional niveau).

Schakel zo nodig een consultatief team geriatrie/ouderengeneeskunde in dat de afdeling ondersteunt en adviseert.

Maak een ziekenhuisbreed protocol dat rekening houdt met de consequenties van dementie. Zorg voor structurele adequate training door interne of externe inhoudsdeskundigen (aanbeveling op ziekenhuis/afdelingsniveau).

#### 10 **Literatuur**

Alzheimer's Australia. Dementia Care in the Acute Hospital Setting: Issues and Strategies. 2014. ([https://fightdementia.org.au/sites/default/files/Alzheimers\\_Australia\\_Numbered\\_Publication\\_40.PDF](https://fightdementia.org.au/sites/default/files/Alzheimers_Australia_Numbered_Publication_40.PDF))

Alzheimer Nederland & Vilans. Zorgstandaard Dementie. 2013-1. [http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Zorgstandaard\\_Dementie.pdf](http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Zorgstandaard_Dementie.pdf)

15 Alzheimer Nederland. 2013-2. (<http://www.alzheimer-nederland.nl/media/19428/Herkennen%20en%20omgaan%20met%20dementie%20-%20Dementie%20vriendelijk%20oktober%202013.pdf>)

Alzheimer Nederland. 2015. [http://www.alzheimer-nederland.nl/media/1395714/opname\\_ziekenhuis\\_tips.pdf](http://www.alzheimer-nederland.nl/media/1395714/opname_ziekenhuis_tips.pdf)  
Dementie. Geheugenstoornissen, indicatorset ziekenhuizen, SNOMED code: 52448006 (<https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/Dementie-indicatorset/Paginas/Home.aspx>).

20 Griffiths A, Knight A, Harwood R, Gladman JRF. Preparation to care for confused older patients in general hospitals: a study of UK health professionals. Age and Ageing 2014;43:521–527. doi: 10.1093/ageing/aft171.

NVKG, Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Dementie. 2014 ([http://richtlijndatabase.nl/module/diagnostiek\\_dementie.html](http://richtlijndatabase.nl/module/diagnostiek_dementie.html)).

25 NVKG. Richtlijn Delier bij Volwassenen. 2013 ([http://richtlijndatabase.nl/richtlijn/delier\\_bij\\_volwassenen/epidemiologie\\_bij\\_delier\\_bij\\_volwassenen.html](http://richtlijndatabase.nl/richtlijn/delier_bij_volwassenen/epidemiologie_bij_delier_bij_volwassenen.html)).

Yates M. Why do we need to improve dementia care in acute hospitals? Presentation at Dementia Care in Hospitals Symposium, Sydney, 2014.

30

## Hoofdstuk 6 Omgeving en voorzieningen rondom de opname en verblijf van een patiënt met dementie in het ziekenhuis

### 5 **Uitgangsvraag**

Met welke omgevingsfactoren moet rekening worden gehouden rondom de opname en het verblijf van een patiënt met dementie in het ziekenhuis?

### 10 **Inleiding**

Bij een acute ziekenhuisopname wordt de patiënt met dementie op de proef gesteld. Niet alleen is de omgeving onbekend en anders gestructureerd, ook de dynamische situatie in het ziekenhuis zelf zorgt continu voor veel verschillende, onbekende prikkels (Sampson, 2014). Professionals in een ziekenhuis zijn veelal niet opgeleid voor of onbekend met de omgang met patiënten met dementie. Patiënten met dementie hebben een verhoogd risico op complicaties tijdens ziekenhuisopname (en daardoor functieverlies) en een langere ligduur (Mukadam, 2011). Deze richtlijnmodule bevat aanbevelingen over noodzakelijke aanvullende of afwijkende voorzieningen bij de opname van een patiënt met dementie.

20

### **Samenvatting literatuur**

Bij deze uitgangsvraag is niet systematisch naar literatuur gezocht. Er is over dit onderwerp zeer weinig evidence in de vorm van wetenschappelijk onderzoek beschikbaar. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de Richtlijn Delier (NVKG, 2013), het document Kwaliteitsaspecten Keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis 2015 (Unie KBO e.a. 2015), de VMS Praktijkgids kwetsbare ouderen (VMS, 2009), de V&VN Handreiking 'Vrijheidsbeperkende interventies in het ziekenhuis: Nee, tenzij...' (V&VN, 2013) en ervaring en expertise van de werkgroepleden.

30

### **Overwegingen**

Omdat cognitieve achteruitgang of dementie gepaard kan gaan met een gecompliceerd beloop tijdens ziekenhuisopname is de werkgroep van mening dat er speciale maatregelen noodzakelijk zijn tijdens ziekenhuisopname van deze categorie patiënten. Gebruikmakend van hulpmiddelen die het oriëntatie vermogen bevorderen, het bieden van de mogelijkheid tot vrije bezoektijden voor naasten als direct vertrouwd gezicht en corrigerende factor, alsmede de aanpassing van de kamer inrichting, kunnen de ziekenhuisopname zo goed mogelijk laten verlopen, ook bij patiënten met gedragsproblemen voortkomend uit hun cognitief onvermogen.

40

### **Aanbevelingen**

*Aanbevelingen ten aanzien van oriëntatie bevorderende maatregelen.*

Draag zorg voor oriënterende maatregelen in de kamer, bijvoorbeeld door middel van een kalender, klok en bewegwijzering die voor ondersteuning kunnen zorgen; denk ook aan douche of WC aanduidingen.

45

Draag zorg dat badkamer en toilet ook 's avonds en 's nachts goed vindbaar zijn (nachtverlichting / verlichting met bewegingsmelder / verlichte lichtschakelaars).

#### *Aanbevelingen ten aanzien van betrokkenheid naasten*

Stimuleer participatie van naasten en bied de mogelijkheid tot vrije bezoektijden en een slaapmogelijkheid (rooming-in).

Stel een dagprogramma op (bv goed leesbaar op een whiteboard) zo mogelijk in samenspraak met de betrokken disciplines en vraag naasten om kleine vertrouwde spullen of om foto's van familie welke voor een vertrouwd en gerust gevoel kunnen zorgen.

#### 5 *Aanbeveling ten aanzien van handhaving dag- en nachtritme*

Benader zoveel mogelijk het werkelijke dag- en nachtritme en vermindering van slaapverstoring, dus in de ochtend de gordijnen open of bijvoorbeeld lampen aan overdag, en zet interventies in om mobiliteit en activiteiten overdag te bevorderen

#### *Aanbevelingen ten aanzien van veilig verplegen en valpreventie*

Zorg voor een rustige, zo gestructureerd mogelijke, veilige omgeving voor de patiënt met (vermoeden op) dementie. Geef een patiënt met dementie bij voorkeur een 1 persoonskamer, centraal op de afdeling.

Zorg bij een verhoogd valrisico voor valpreventie maatregelen (volgens VMS kwetsbare ouderen, deel 2 vallen)

Verwijder zo snel als mogelijk materialen die bijdragen tot het veroorzaken en in stand houden van onrustig gedrag of een delier (catheters, drains, infusen). Vermijd fixaties aangezien dit een risicofactor kan zijn voor toename van onrustig gedrag. Gebruik alternatieve interventies als 'rooming-in' of posey bed (tentbed).

10

#### **Literatuur**

Mukadam N, Sampson EL. A systematic review of the prevalence, associations and outcomes of dementia in older general hospital inpatients. *Int Psychogeriatr* 2011;23:344–55.

15 Sampson EL, White N, Leurent B, et al. Behavioural and psychiatric symptoms in people with dementia admitted to the acute hospital: prospective cohort study. *The British Journal of Psychiatry* 2014;205:189–196. doi: 10.1192/bjp.bp.113.130948

VMS Praktijkgids kwetsbare ouderen. 2009  
([http://www.vmszorg.nl/\\_library/5540/web\\_2009.0104\\_praktijkgids\\_kwetsbare\\_ouderen.pdf](http://www.vmszorg.nl/_library/5540/web_2009.0104_praktijkgids_kwetsbare_ouderen.pdf))

20 NVKG. Richtlijn Delier. 2013  
([http://richtlijndatabase.nl/richtlijn/delier\\_bij\\_volwassenen/epidemiologie\\_bij\\_delier\\_bij\\_volwassenen.html](http://richtlijndatabase.nl/richtlijn/delier_bij_volwassenen/epidemiologie_bij_delier_bij_volwassenen.html))

Unie KBO Kwaliteitsaspecten keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis (Unie KBO e.a. 2015)

V&VN Handreiking Vrijheidsbeperkende interventies in het ziekenhuis: Nee, tenzij..... (2013)

25

## Hoofdstuk 7 Beoordeling van pijn bij patiënten met dementie in het ziekenhuis

### 5 **Uitgangsvraag**

Wat is de meest geschikte methode om in het ziekenhuis bij patiënten met cognitieve stoornissen pijn te beoordelen en te behandelen?

Subvragen

10 Welke (meet)instrumenten zijn het meest geschikt om de pijnbeleving van patiënten met dementie in het ziekenhuis in kaart te brengen?

Met welke aandachtspunten moet rekeningen worden gehouden bij de (farmacotherapeutische) pijnbehandeling van patiënten met dementie in het ziekenhuis?

15

### **Inleiding**

Naar schatting heeft 40 tot 80% van de mensen met cognitieve stoornissen pijn, dit is hoger dan de geschatte prevalentie van 30% bij ouderen in de algemene bevolking (Scherder, 2009; Orgeta, 2014). Bij patiënten met dementie die zijn opgenomen in het ziekenhuis is dit percentage vermoedelijk nog hoger aangezien twee derde van alle patiënten in het ziekenhuis pijn ervaart (VMS, 2009). Pijn is geassocieerd met verminderde zelfredzaamheid, verdere achteruitgang van cognitie, achteruitgang van kwaliteit van leven en verlenging van een ziekenhuis opname. Uit onderzoek blijkt dat pijn nog steeds te weinig herkend en behandeld wordt (Lukas 2012; Plooi, 2012). Voor herkenning en diagnostiek van pijn is het belangrijk dat zorgverleners beseffen dat patiënten met dementie op een andere manier pijn kunnen uiten, vaak op non-verbale wijze, bijvoorbeeld door grimassen, agitatie of onrust (Rodger, 2015).

30

### **Zoeken en selecteren**

Bij deze uitgangsvraag is een literatuursearch uitgevoerd. Er is gezocht naar systematische reviews en vergelijkend onderzoek van 1 januari 2012 tot mei 2015 in de database Medline (OVID) en Embase. De search is aansluitend op en ontleend aan zoekstrategie zoals beschreven in een review van Lichtner (2012) en Corbett (2014). De search leverde 217 hits op, maar de voor de uitgangsvraag relevante studies leverden geen nieuwe gegevens op in aanvulling op de recente systematische reviews.

### 40 **Samenvatting literatuur**

Naast de bovengenoemde reviews is bij de uitwerking van de uitgangsvraag de richtlijn “herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen”, deel 2 van Verenso 2011 als uitgangspunt gebruikt en is gebruik gemaakt van de richtlijn pijn bij kanker (concept 2015) en de VMS praktijkgids ‘Vroege herkenning en behandeling van pijn’ uit 2009, welke vooral gericht is op postoperatieve patiënten in het ziekenhuis. Alle onderstaande uitspraken zijn gebaseerd op genoemde literatuur, tenzij anders vermeld.

45

De beoordeling van pijn gebeurt idealiter multidimensioneel en multidisciplinair. Alle zorgverleners en de naasten van de patiënt zijn daarbij van belang. Patiënten met een Mini-Mental State Examination (MMSE) van 18/30 en hoger kunnen op een valide en betrouwbare manier pijn aangeven met behulp van een pijnmeetinstrument (Verenso, 2011). In studies waarin de psychometrische eigenschappen en bruikbaarheid van de verschillende pijn intensiteitsschalen bij ouderen zijn onderzocht, bleken numerieke [Numerical Rating Scale (NRS): 0 (geen pijn) tot 10 (ergst denkbare pijn)] en verbale beoordelingsschalen [Verbal Rating Scale (VRS): 4-punts, geen, licht, matig, ernstig] het meest valide en betrouwbaar voor het beoordelen van de pijnintensiteit (Verenso, 2011). In het VMS veiligheidsprogramma is de 11-punts pijnschaal (NRS) opgenomen, en een afkapwaarde van  $\geq 4$  voorgesteld waarboven tot actie dient te worden overgegaan. Deze afkapwaarde is in de richtlijn pijn bij kanker overgenomen.

Bij patiënten met cognitieve stoornissen en communicatieve beperkingen zijn instrumenten die berusten op zelfrapportage minder bruikbaar en moet vooral worden gekeken naar pijngedrag. Meetinstrumenten voor pijngedrag kunnen door verschillende beoordelaars met evenveel betrouwbaarheid worden gebruikt, maar voor de intensiteit van pijn zijn ze (nog) geen goede maatstaf (Kaasalainen, 2003). De instrumenten voor pijngedrag bevatten verschillende combinaties van observaties, die kunnen wijzen op de aanwezigheid van pijn (Herr, 2002).

Typen gedragingen die kunnen worden geobserveerd met deze pijnbeoordelingsschalen zijn:

1. Gezichtsuitdrukkingen, zoals grimas tonen, fronsen, snel knipperen met de ogen.
2. Lichaamsbewegingen, zoals andere manieren van lopen, wankelen, handen wrijven, repeterende bewegingen;
3. Verbalisaties/vocalisaties, zoals kreunen, grommen, om hulp vragen, schreeuwen, agressieve of beledigende taal
4. Veranderingen in interacties, zoals agressie, zich terugtrekken, zorg afwijzen.
5. Veranderingen in activiteiten of routines, zoals zwerven, ander slaappatroon.
6. Veranderingen in de geestelijke toestand, zoals huilen, verwardheid, geïrriteerdheid.

Fysiologische observaties die op pijn kunnen wijzen, zoals gewijzigd ademhalingspatroon of transpireren lijken voor patiënten met dementie onbetrouwbaar (Scherder, 2005).

Uitgaand van beschikbare richtlijnen en systematische reviews én niet Nederlandstalige schalen buiten beschouwing gelaten hebben de PACSLAC-D (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate – Dutch Language), de DOLOPLUS-2 en PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) de beste psychometrische eigenschappen. Hier hoort wel de kanttekening bij, dat de genoemde instrumenten slechts een totaalscore van 11 hadden voor tien kwaliteitscriteria, waarbij 20 de maximumscore was. Voor het Nederlands taalgebied lijken de PACSLAC-D en PAINAD voldoende toepasbaar, valide en betrouwbaar bij patiënten met ernstige cognitieve stoornissen. De PAINAD is de meest beknopte schaal met 5 items en daardoor mogelijk gebruikersvriendelijker dan de langere PACSLAC en DOLOPLUS-2 (zie bijlage 4). De DOLOPLUS-2 lijkt moeilijk toepasbaar en vergt evaluatie in het multidisciplinaire team. In de reviews van Corbett en Lichtner wordt ook de Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS) als geschikte observatieschaal voor ouderen met dementie benoemd. In

een studie met 147 verpleeghuis bewoners wordt een goede interbeoordelaar betrouwbaarheid, een redelijke interne consistentie en een goede correlatie met de PAINAD vastgesteld (Van Herk, 2008). In het VMS wordt bij patiënten met cognitieve stoornissen een observatieschaal geadviseerd en de REPOS-schaal, de PACSLAC-D of de PAINAD als suggestie gedaan. De in de richtlijn pijn bij kanker geselecteerde 4-punts VRS kan voor patiënten met verminderde cognitieve vermogens minder bruikbaar zijn.

Gebaseerd op beschikbare literatuur, gebruiksvriendelijkheid, maar ook om eenduidig te zijn met bestaande richtlijnen adviseert de werkgroep gebruik van de PAINAD, REPOS-schaal of PACSLAC-D bij patiënten met cognitieve stoornissen in het ziekenhuis. De werkgroep adviseert een uniforme werkwijze door binnen een ziekenhuis voor één van de bovengenoemde schalen te kiezen.

#### Overzicht observatieschalen pijn

|                      | PAINAD*                                 | REPOS**  | PACSLAC-D***                                   |
|----------------------|---|--|--|
| Aantal items         | 5                                       | 10   | 24   |
| Totaal score         | 0 (geen pijn)-10 (zeer ernstige pijn)   | 0-10 (sensitiviteit 0,85 en specificiteit 0,83)              | 0-24 (sensitiviteit 0,96 specificiteit 0,90)   |
| Duur                 | 3-5 minuten                             | 3-5 minuten  | 5 minuten                                      |
| Ernst dementie       | Ernstige dementie (MMSE < 16, mean 2,8) | Matige-ernstige dementie (MMSE < 18, mean 9,6)               | Matige-ernstige dementie (MMSE < 24, mean 5,7) |
| Betrouwbaarheid      | goed (descriptief)                      | goed (ICC 0,92)  | Goed (descriptief)                             |
| Interne consistentie | matig (Cronbach's alfa < 0.7)           | redelijk (Kuder Richardson coëfficiënt 0,49)                 | goed (Cronbach's alfa 0,82-0,86)               |
| Validiteit           | goed (R = 0,76 met DS-DAT)              | goed (Spearman Rank correlation test = 0,61-0,75 met PAINAD) | goed (R = 0,86 met VRS)                        |

\*Warden RN, JAMDA 2003

\*\*van Herk, Journal of Pain Management 2008

\*\*\*Fuchs-Lacelle, Pain Management Nursing 2004 en Zwakhalen, European Journal of Pain 2009

## 20 Overwegingen

### Behandeling van pijn bij patiënten met dementie

Niet-medicamenteuze interventies kunnen een positief effect op pijn en ook op angst voor pijn of op gedragsverandering door pijn bij dementie hebben. De richtlijnwerkgroep wil benadrukken dat niet-medicamenteuze interventies altijd moeten worden overwogen als aanvulling op medicamenteuze interventies, gezien de negatieve effecten van pijn op het functioneren en welzijn. Ergotherapeutische, (geriatrie-) fysiotherapeutische en psychologische interventies kunnen daarmee een belangrijke toegevoegde waarde vormen bij de behandeling van pijn bij patiënten met dementie.

Bij de medicamenteuze behandeling van pijn gelden een aantal basisprincipes: keuze van een middel dat past bij het mechanisme en de onderliggende oorzaak van de pijn, gebruik van een adequate toedieningsweg en escaleren volgens de WHO pijnladder. Een inschatting van het type pijn is echter bij patiënten met dementie vaak ingewikkeld. In het maken van een keuze in de farmacotherapeutische behandeling van pijn bij patiënten met dementie dienen voordelen en risico's of complicaties zorgvuldig te worden afgewogen. Er is een groot ondergebruik van pijnmedicatie met ernstige gevolgen voor het functioneren en verhoogd risico op gedragsproblemen. Daarnaast zijn juist ook patiënten met dementie gevoelig voor de bijwerkingen van medicatie, met een verhoogd risico op

een negatieve invloed op cognitie bij gebruik van opioïden en dient dus tegelijkertijd ook overbehandeling te worden voorkomen. Voor de medicamenteuze behandeling van pijn bij patiënten met dementie adviseert de werkgroep de WHO- pijnladder als uitgangspunt, met de volgende kanttekeningen:

- 5 – stap 1a (paracetamol): is eerste keus
- stap 1b (NSAID's) en stap 1c (paracetamol en NSAID): geadviseerd wordt deze over te slaan bij patiënten met nierfunctie stoornissen, gastro-intestinale of cardiovasculaire problemen (zie evidence based rapport NSAID's bij kwetsbare ouderen ([www.ephor.nl](http://www.ephor.nl)))
- 10 – stap 2 (overstappen of toevoegen van zwak werkend opioïd zoals codeïne en tramadol): codeïne en tramadol wordt geadviseerd over te slaan, omdat deze geneesmiddelen een zwakker pijnstillend effect tegenover relatief veel bijwerkingen (misselijkheid, duizeligheid, verwardheid) hebben in vergelijking met morfine
- 15 – stap 3 (opioïden): morfine, fentanyl, oxycodon of buprenorfine, laag gedoseerd, hebben de voorkeur bij kwetsbare ouderen en patiënten met dementie op grond van farmacokinetische eigenschappen (zie geneesmiddel rapport opioïden bij kwetsbare ouderen [www.ephor.nl](http://www.ephor.nl)).

20

### Aanbevelingen

Vraag twee tot driemaal daags, als onderdeel van de dagelijkse zorg en in het contact met een patiënt met milde tot matige cognitieve stoornissen en communicatieve beperkingen, of men pijn ervaart (met behulp van termen zoals 'pijn', 'zeer', 'gevoelig') en registreer bevindingen in het patiëntendossier.

Raadpleeg naasten voor extra informatie over de mogelijke aanwezigheid van pijn en eerdere ervaringen met pijnmedicatie. Vooral bij patiënten met ernstige cognitieve stoornissen is dit van belang.

Gebruik bij patiënten met cognitieve stoornissen, die hun pijn niet kunnen aangeven met een VAS of NRS, een observationele pijnschaal (PAINAD, REPOS of PACSLC-D) voor het vaststellen van de aanwezigheid van pijn en voer deze twee tot driemaal daags uit en registreer de score in patiëntendossier.

Pas bij een pijnscore van 4 of hoger, of wanneer er sterke aanwijzingen zijn dat de patiënt door pijn wordt gehinderd, protocollaire pijnbehandeling toe, evalueer effect en geef de patiënt voorlichting en betrek hierin naasten.

25

Overweeg ergotherapeutische, (geriatrie-)fysiotherapeutische en/of psychologische interventies bij behandeling van pijn bij patiënten met dementie naast de medicamenteuze behandeling.



Gebruik de WHO-pijnladder als uitgangspunt voor de medicamenteuze behandeling van pijn met uitzondering van restricties in voorschrijven van NSAID's bij patiënten met nierfunctiestoornissen, gastro-intestinale of cardiovasculaire problemen en sla het voorschrijven van codeïne of tramadol over vanwege een zwakker pijnstillend effect tegenover een vergelijkbaar of verhoogd risico op bijwerkingen in vergelijking met een (laag gedoseerd) sterk werkend opioïd.

Evalueer tijdens een behandeling met opioïden bij patiënten met cognitieve stoornissen structureel de bijwerkingen waarop zij een verhoogd risico hebben (verwardheid of hallucinaties) en informeer patiënt en naaste bij start van de behandeling over het verhoogde risico op negatieve cognitieve invloed.

## 5 Literatuur

- Corbett A, Husebo BS, Achterberg WP, et al. The importance of pain management in older people with dementia. *Br Med Bull* 2014;11(1):139-48.
- Lichtner V, Dowding D, Esterhuizen P, et al. Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatr* 2014;14:138.
- 10 Lukas A, Schuler M, Fischer TW, et al. Pain and dementia: a diagnostic challenge. *Z Gerontol Geriatr* 2012;45(1):45-9.
- Orgeta V, Orrell M, Edwards RT, et al. Self- and Carer-Rated Pain in People with Dementia: Influences of Pain in Carers. *J Pain Symptom Manage* 2014;pii:S0885-3924(14)00917-8. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.10.014 [Epub ahead of print].
- 15 Plooij B, van der Spek K, Scherder EJ. Pain medication and global cognitive functioning in dementia patients with painful conditions. *Drugs Aging* 2012;29(5):377-84.
- Rodger KT, Greasley-Adams C, Hodge Z, Reynish E. Expert opinion on the management of pain in hospitalised older patients with cognitive impairment: a mixed methods analysis of a national survey. *BMC Geriatr*. 2015; 29;15:56
- 20 Scherder E, Herr K, Pickering G, et al. Pain in dementia. *Pain* 2009;145(3):276-8.
- Scherder E, Oosterman J, Swaab D, et al. Recent developments in pain in dementia. *BMJ* 2005;330(7489):461-4.
- Verenso. Richtlijn Pijn, 2011  
(<http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Richtlijnen/VERrichtlijnPijnDeel3web.pdf>).
- 25 VMS Veiligheidsprogramma. Vroege herkenning en behandeling van pijn. 2009  
([http://www.vmszorg.nl/\\_library/5544/web\\_2009.0109\\_praktijkids\\_pijn.pdf](http://www.vmszorg.nl/_library/5544/web_2009.0109_praktijkids_pijn.pdf)).

## Hoofdstuk 8 Voedings- en/of vochtproblemen bij patiënten met dementie

### 5 **Uitgangsvraag**

Op welke wijze dient de voedings- en vochtstatus te worden gemonitord en gemanaged bij een opname in het ziekenhuis van patiënten met dementie?

### 10 **Inleiding**

Onvoldoende inname van voeding en vocht leidt aantoonbaar tot complicaties (infecties, decubitus, vallen, vertraagde wondgenezing) en langzamer herstel bij ziekte en operaties (Correia, 2003; Banks, 2010). Deze situatie kan tot een negatieve gezondheidsspiraal leiden zoals langere opnameduur, verhoogd medicijngebruik, toename van de zorgcomplexiteit en afname van de kwaliteit van leven met uiteindelijk een toegenomen risico op overlijden (Agarwal, 2013). Cognitieve achteruitgang kan gepaard gaan met problemen met eten en drinken, zoals een verminderd initiatief tot eten, weigering van voedsel en kauw- of slikproblemen (Chang, 2008). Dementie maakt patiënten kwetsbaar voor voedingsproblemen in het ziekenhuis. Deze module biedt een eenduidige werkwijze voor herkenning van problemen bij voedings- en vochtinname en geeft praktische adviezen in preventie of behandeling van ondervoeding en uitdroging die ziekenhuis breed toepasbaar is voor patiënten met dementie.

### 25 **Samenvatting literatuur**

Bij deze uitgangsvraag is niet systematisch naar literatuur gezocht. Er is over dit onderwerp zeer weinig evidence in de vorm van wetenschappelijk onderzoek beschikbaar. De aanbevelingen zijn tot stand gekomen en gebaseerd op onder andere de VMS Praktijkgids kwetsbare ouderen (VMS, 2009), Multidisciplinaire richtlijn ondervoeding bij de geriatrische patiënt (NVKG, 2013), Richtlijn Omgaan met afweergedrag bij eten en drinken van bewoners met dementie (Groenewoud), de Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor Verpleeghuisgeïndiceerden (Kingma, 2001) en ervaring en expertise van de werkgroepleden.

35

### **Overwegingen**

In 2009 is in het kader van het VMS Veiligheidsprogramma binnen het thema kwetsbare ouderen het onderwerp ondervoeding beschreven voor in het ziekenhuis opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder. De hierin geformuleerde criteria voor ondervoeding zijn:

Ernstige ondervoeding:

- BMI (Body Mass Index)  $<20 \text{ kg/m}^2$  (bij patiënten met COPD  $<21 \text{ kg/m}^2$ ) en/of;
- $>10\%$  onbedoeld gewichtsverlies in de afgelopen zes maanden en/of;
- 45 –  $>5\%$  onbedoeld gewichtsverlies in de laatste maand.

Matige ondervoeding:

- BMI  $20 \text{ kg/m}^2 - 22 \text{ kg/m}^2$  en/of;

- 5 tot 10% gewichtsverlies in de afgelopen zes maanden.

Als screeningsinstrument wordt de SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire) of de MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) geadviseerd. Het is aangetoond dat toepassing van deze instrumenten een toename in herkenning van ondervoeding van 50 naar 80% geeft en een behandeling eerder wordt ingezet. Om eenduidig te zijn adviseert de werkgroep ook bij patiënten met dementie dezelfde methode, interpretatie en interventies.

- 5 I. SNAQ 1 of MUST 0 = geen ondervoeding, geen voedingsinterventie;
- 10 II. SNAQ 2 of MUST 1 = matige ondervoeding, energie- en eiwitrijke hoofdmaaltijden en tussentijdse verstrekkingen en verpleegkundige schakelt de voedingsassistent in;
- 15 III. SNAQ  $\geq 3$  of MUST  $\geq 2$  = ernstige ondervoeding, energie en eiwit verrijkte voeding en verpleegkundige schakelt voedingsassistent en (via arts) diëtiste in (<24 uur na opname).

Omdat cognitieve achteruitgang gepaard kan gaan met verlies van het nemen van initiatief tot eten, drinken of innemen van medicijnen, dan wel het voortzetten van inname tot een adequate hoeveelheid is de werkgroep van mening, dat hierop toezicht geboden moet worden. Door gerichte observatie van inname van eten en drinken kunnen tevens problemen met inname (bijvoorbeeld apraxie of slikstoornis/aspiratie) of afweergedrag gesignaleerd worden, zodat hierop interventies ingezet kunnen worden. Wanneer vermoed wordt dat een niet eerder gediagnosticeerde slikstoornis de oorzaak is van een voedingsprobleem, adviseert de werkgroep een logopedist in te schakelen voor een inventarisatie, inschatting van risico's en advies voor interventies en eventueel aanvullend (para)medisch specialistisch onderzoek. Bij afweergedrag adviseert de werkgroep gebruik te maken van de richtlijn "Omgaan met afweergedrag bij eten en drinken van bewoners met dementie" (Groenewoud). Bijzondere aandacht is nodig voor behoud of optimalisatie van voedings- en vochtsituatie bij patiënten met dementie die vanwege een ingreep tijdelijk nuchter moeten zijn en minder goed in staat zijn hier adequaat op te anticiperen.

Rekening houden met voorkeuren, eetgewoontes en ambiance maakt eten aantrekkelijker. De werkgroep stelt voor om bij opname van een patiënt met dementie de voorkeuren en gewoontes wat betreft eten en drinken te inventariseren evenals de mogelijkheden om naasten te betrekken bij het eten en drinken.

### Aanbeveling

Vraag bij opname de voedings- en vochtsituatie, de voorkeuren en gewoontes wat betreft voeding en vocht na bij naasten van de patiënt en probeer toepassing te realiseren. Inventariseer de mogelijkheid om naasten te betrekken bij inname van voeding en vocht.

40

Laat een patiënt zittend in een stoel aan tafel eten als de fysieke conditie dit toelaat en indien mogelijk samen met anderen.

Screen klinische patiënten met dementie met een gevalideerd screeningsinstrument (SNAQ of MUST) op ondervoeding, en doe bij de groep ernstig ondervoede patiënten aanvullende diagnostiek (volgens VMS kwetsbare ouderen, deel 3 ondervoeding).

Pas bij ondervoeding een behandelplan toe ter verbetering van ondervoeding (volgens VMS kwetsbare ouderen, deel 3 ondervoeding) en zorg bij ontslag voor overdracht van een voedingsadvies aan relevante zorgverleners.

Draag zorg voor toezicht op adequate inname van vocht, voeding en medicatie, ook als er geen sprake is van ondervoeding of dehydratie. Betrek naasten van patiënt hierin indien mogelijk. Schakel de ergotherapeut in bij functionele beperkingen bij het eten.

Draag zorg voor behoud of optimalisatie van voedings- en vochtsituatie wanneer een patiënt met dementie tijdelijk nuchter moet zijn vanwege een ingreep.

5

Raadpleeg een logopedist bij een vermoeden op slikstoornissen.

## Literatuur

- 10 Agarwal E, Ferguson M, Banks M, et al. Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clin Nutr* 2013;32(5):737-45.
- Banks M, Bauer J, Graves N, et al. Malnutrition and pressure ulcer risk in adults in Australian health care facilities. *Nutrition* 2010;26(9):896-901.
- 15 Chang CC, Roberts BL. Feeding difficulty in older adults with dementia. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17:2266–2274.
- Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr* 2003;22(3):235-9.
- Groenewoud JH, In den Bosch HJH, de Lange J. Richtlijn Omgaan met afweergedrag bij eten en drinken van bewoners met dementie. Kenniskring Transitie in Zorg, Hogeschool Rotterdam, 2009.
- 20 <http://www.platformouderenzorg.nl/uploads/files/guidelines/afweergedragrichtlijn20091.pdf>.
- Kingma JH. Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor Verpleeghuisgeïndiceerden. Utrecht, Arcares, 2001. pp. 1-73.
- NVKG. Multidisciplinaire richtlijn ondervoeding bij de geriatrische patient, 2013. [http://richtlijndatabase.nl/richtlijn/ondervoeding\\_bij\\_de\\_geriatrische\\_patient/definitie\\_ondervoeding\\_geriatrische\\_patient.html](http://richtlijndatabase.nl/richtlijn/ondervoeding_bij_de_geriatrische_patient/definitie_ondervoeding_geriatrische_patient.html)
- 25 VMS Praktijkgids kwetsbare ouderen 2009 : [http://www.vmszorg.nl/\\_library/5540/web\\_2009.0104\\_praktijkgids\\_kwetsbare\\_ouderen.pdf](http://www.vmszorg.nl/_library/5540/web_2009.0104_praktijkgids_kwetsbare_ouderen.pdf).

## Hoofdstuk 9 Doelmatige en veilige procedure van ontslag uit het ziekenhuis

### 5 **Uitgangsvraag**

Wat is de meest doelmatige en veilige procedure van ontslag uit het ziekenhuis en welke nazorg is voor een patiënt met dementie nodig?

### 10 **Inleiding**

In de huidige situatie wordt ontslag uit het ziekenhuis van patiënten volgens bestaande protocollen vormgegeven op het moment dat de behandeling eindigt of kort daarvoor. Aangezien dementie het herstelproces en de zorgbehoefte beïnvloedt, kan er vertraging optreden ten aanzien van ontslag als de gebruikelijke werkwijze wordt toegepast. Het gevolg hiervan kan zijn dat de continuïteit van zorg onvoldoende is gewaarborgd. Om veranderingen in zorgbehoefte ten gevolge van de intercurrente medische problematiek en ziekenhuisopname ruim vóór ontslag inzichtelijk te maken, moet al in het begin van de opname inventarisatie plaatsvinden van thuissituatie, premorbide functioneren, zorgbehoefte en reeds ingezette professionele zorg. Vervolgens dient met patiënt en naasten worden geëvalueerd of dit door de opname veranderd is. Op deze manier kan proactief worden gehandeld zodat de ontslagprocedure snel, veilig en verantwoord verloopt.

Tijdens bovengenoemd gesprek dient ook bijzondere aandacht te worden besteed aan de ervaren belasting van de naasten. De eventuele gedragsmatige symptomen en mogelijke karakterveranderingen tijdens de voortschrijding van dementie maken dat het risico op ontspoorde zorg dan wel mishandeling groot is bij de informele en vaak continue zorgverlening voor deze patiënten. (RIVM Campagne 'Een veilig thuis, ouderenmishandeling').

30

### **Samenvatting literatuur**

Bij deze uitgangsvraag is niet systematisch naar literatuur gezocht. Er is over dit onderwerp zeer weinig bewijs in de vorm van wetenschappelijk onderzoek beschikbaar. De onderzoeken die er zijn, richten zich in algemene zin op de ontslagprocedure van de tweede naar de eerste lijn voor alle patiënten. De aanbevelingen zijn om deze reden mede geformuleerd op basis van de praktijkervaring van de experts in de werkgroep.

### 40 **Overwegingen**

Uit onderzoek naar percepties van patiënten, naasten en zorgverleners wat betreft belemmerende factoren voor een patiëntgericht ziekenhuisontslag, blijkt dat de kwaliteit van het ontslagproces grotendeels wordt beïnvloed door de mate waarin zorgverleners rekening willen en kunnen houden met patiënt specifieke wensen en behoeften (Hesselink, 2013). Een ontslaggesprek waarin patiënten worden gehoord en gecontroleerd op het begrijpen van verkregen informatie kan ervoor zorgen dat zij beter voorbereid uit het ziekenhuis worden ontslagen. Voor een patiënt met dementie geldt in dit kader dat er rekening moet worden gehouden met het feit dat dementie een negatieve invloed heeft op cognitieve functies als overzicht, inzicht en taalbegrip. Tijdens de

ontslagprocedure dient communicatie (zowel mondeling als schriftelijk) afgestemd te worden op de mogelijk aanwezige stoornissen op gebied van taal, begrip en overzicht bij de patiënt. Participatie van de naasten in het ontslagproces lijkt aangewezen. Ook in geval van dementie is het wenselijk dat de patiënt hiervoor toestemming geeft. Indien bij opname in de verpleegkundige anamnese de toereikendheid van de zorg en de ervaren belasting van naasten wordt vastgelegd, kan dit bij de ontslagprocedure worden meegenomen bij de inzet van zorg. Daarnaast is het van belang om zorgverleners vanuit de Ketenzorg Dementie te betrekken bij de ontslagprocedure teneinde de continuïteit van de zorg beter te borgen.

5

10

Indien gewenst kan dit ontslaggesprek worden opgevolgd door een telefonisch contact van de afdelingsverpleegkundige (of transferfunctionaris) met de patiënt of diens naasten binnen een week na ontslag.

15

De medicatie-overdracht kan worden vormgegeven volgens de Richtlijn Medicatieoverdracht.

20

Voor een veilige en verantwoorde ontslagprocedure is patiëntgerichtheid onontbeerlijk. Patiëntgerichtheid wordt volgens Berwick gekenmerkt door een centrale plaats voor de behoeften van de patiënt. Patiënt en naasten worden betrokken bij en geïnformeerd over elke belangrijke stap in het zorgproces en als laatste moet er het besef van de uniciteit van elke patiënt zijn (Berwick, 2009).

25

Hoewel bovenstaande onderzoeken en publicaties zich niet specifiek richten op patiënten met cognitieve stoornissen of dementie, zijn deze bevindingen binnen het kader van deze richtlijn ook voor deze patiëntencategorie relevant.

30

Verantwoord ontslag is, volgens de expert opinion van de werkgroep, ontslag waarbij de continuïteit van zorg geregeld en gewaarborgd is en de transitie naar de ontslagbestemming veilig kan verlopen. Het formele besluit tot ontslag wordt genomen door de hoofdbehandelaar en is daarmee diens verantwoordelijkheid.

### Aanbevelingen

35

Maak de ontslagprocedure inzichtelijk door gebruik van een standaard stappenplan of checklist in het verpleegkundig dossier. Neem hierin tenminste de onderstaande aanbevelingen op.

Vraag in de verpleegkundige anamnese naar de toereikendheid van de zorg en de ervaren belasting van naasten.

Inventariseer binnen 48 uur na opname premorbide functioneren, zorgbehoefte en bestaande (in)formele zorgverlening in de thuissituatie (waaronder casemanager dementie). Noteer dit in medisch en verpleegkundig dossier.

Vraag bij opname toestemming aan patiënt en/of naasten om medische gegevens te delen met betrokken zorgverleners teneinde continuïteit van zorg te waarborgen.

Plan een tijdig ontslaggesprek met patiënt en/of naasten. Bespreek hierin verloop van de opname en sta stil bij de beleving van beiden. Ga na of de zorgbehoefte tijdens de opname gewijzigd is.

Stel een zorgplan op met alle betrokkenen. Neem hierin indien van toepassing een advies op over afbouwen of continueren van psychofarmaca die tijdens de opname zijn gestart. Bij ontslag wordt een volledige medische en medicatieoverdracht meegegeven, inclusief vermelding van gestopte medicatie met reden.

Regel na- en thuiszorg rekening houdend met de eventueel veranderde zorgbehoefte en betrek daarbij relevante zorgverleners, zoals een eventueel reeds betrokken casemanager dementie.

Bespreek met de patiënt en naasten de mogelijkheid tot verwijzing voor aanvullende cognitieve diagnostiek.

5

### Literatuur

Berwick DM. What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist. *Health Aff.* 2009;28:w555-w565.

Hesselink G, Schoonhoven S, Vernooij-Dassen M, et al. Worden patiënten met zorg ontslagen? *Ned Tijdschr Geneesk* 2013;157:A6097.

10 RIVM Campagne 'Een veilig thuis. Daar maak je je toch sterk voor?', <http://www.vooreenveiligthuis.nl/toolkit>  
VMS Veiligheidsprogramma. *Praktijkgids 'Kwetsbare ouderen'*, 2009. ISBN 978-94-90101-04-6. [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl).

## Bijlage 1 Belangenverklaringen

| <i>Werkgroeplid</i>      | <i>Functie</i>  | <i>Nevenfuncties</i>   | <i>Persoonlijke financiële belangen</i> | <i>Persoonlijke relaties</i> | <i>Reputatie-management</i> | <i>Extern gefinancierd onderzoek</i> | <i>Kennisvalorisatie</i> | <i>Overige belangen</i> |
|--------------------------|---|--|---|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <b>Schölzel-Dorenbos</b> | klinische geriater - n.p.   | Lid Raad van Toezicht Azora (betaald)  | geen                                    | geen                         | geen                        | geen                                 | geen                     | geen                    |
| <b>Bruijs</b>            | medewerker belangenbehartiging en zorgvernieuwing   | geen   | geen                                    | geen                         | geen                        | geen                                 | geen                     | geen                    |
| <b>Gerritsen</b>         | hfd. Medische dienst de Wever, ouderenorganisatie Tilburg 0.8 fte specialist ouderengeneeskunde 0.2 fte | phd student aan radbouduniversiteit, buitenpromovendus. Eerstelijngeneeskunde, Chronisch zieken en ouderen. Dit is onderdeel van mijn hoofdfunctie, geen afzonderlijke vegoeding   | geen                                    | geen                         | geen                        | geen                                 | geen                     | geen                    |
| <b>Knol</b>              | voorzitter  | klinisch geriater, klinisch farmacoloog, UMC Utrecht (betaald)<br>Lid kernteam multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van patiënten met dementie (betaald)<br>Lid kernteam Expertise centrum pharmacotherapie bij ouderen (Ephor) (onbetaald)<br>Lid commissie Praktijk, CBG (onbetaald)g | geen                                    | geen                         | geen                        | geen                                 | geen                     | geen                    |
| <b>Haaring</b>           | zelfstandig werkzaam als psycholoog, adviseur psychogeriatric, trainer, supervisor                      | vice voorzitter Alzheimer Nederland afd. Zuid-Kennemerland (onbetaald)<br>belangenbehartiger mensen met dementie in Zorgketen Zuid-Kenemerland (onbetaald)   | geen                                    | geen                         | geen                        | geen                                 | geen                     | geen                    |



| <b>Werkgroeplid</b>                 | <b>Functie</b>  | <b>Nevenfuncties</b> | <b>Persoonlijke financiële belangen</b> | <b>Persoonlijke relaties</b> | <b>Reputatie-management</b> | <b>Extern gefinancierd onderzoek</b> | <b>Kennisvalorisatie</b> | <b>Overige belangen</b> |
|-------------------------------------|---|----------------------|---|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <b>Lemstra</b>                      | lid klankbordgroep namens Ned. Vereniging voor Neurologie | geen                 | geen                                    | geen                         | geen                        | geen                                 | geen                     | geen                    |
| <b>Van den Wijngaard-Verschuren</b> | verpleegkundig Specialist intensieve zorg, Geriatrie      | geen                 | geen                                    | geen                         | geen                        | geen                                 | geen                     | geen                    |
| <b>Verhey</b>                       | psychiater  | geen                 | geen                                    | geen                         | geen                        | geen                                 | geen                     | geen                    |
| <b>Willems</b>                      | internist-ouderengeneeskunde (ziekenhuis Bernhoven)       | geen                 | geen                                    | geen                         | geen                        | geen                                 | geen                     | geen                    |

## **Bijlage 2 Verslag invitational conference Addendum Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Dementie**

5 **Datum:** maandag 29 september 2014  
**Tijd:** 18.30-20.30 uur  
**Locatie:** Domus Medica te Utrecht

10 **Aanwezig:** M. Bruijs (Alzheimer Nederland); N. Coene (NOV); L. Haaring (NIP); N. Vieleers (NVIC); C. Scholzel (NVKG); G. ten Brummelhuis (NVMW); J. van de Wijngaard (ETz-Tilburg); H. Hobbelen (KNGF/NVFG); A. Gerritsen (Verenso); V. Vennemann (ZN/CZ); W. Knol (NVKG - Voorzitter richtlijncommissie); I. Mostovaya (Kennisinstituut van Medisch Specialisten); P. Broos (Kennisinstituut van Medisch Specialisten)

15

### **Opening**

De voorzitter van de richtlijncommissie dr. W. Knol opent de bijeenkomst en heet iedereen van harte welkom.

20

### **Korte schets van het richtlijnproces**

25 Dr. Wilma Knol schetst kort hoe dit richtlijnproject tot stand is gekomen. Patiënten met dementie in het ziekenhuis zijn kwetsbaarder voor een delier, toename van cognitieve stoornissen, functionele achteruitgang, voedingsproblemen, bijwerkingen van psychofarmaca en hebben een verhoogd risico op een langere duur van ziekenhuis opname, opname in een verpleeg- of verzorgingshuis en sterfte. Bijzondere aandacht is onder meer nodig voor herkenning van cognitieve stoornissen en gedragsproblemen, een respectvolle omgang, voldoende ondersteuning bij eten en drinken en inname van  
30 medicatie, signaleren van bijwerkingen, dagbesteding en het voorlichten en betrekken van familie in besluitvorming. Specifieke omgevingsfactoren in het ziekenhuis en voldoende getraind personeel kunnen kwaliteit van zorg voor kwetsbare patiënten met dementie in het ziekenhuis verbeteren.

35 Doel van dit addendum op de richtlijn dementie is het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg voor patiënten met dementie in het ziekenhuis. Het addendum gaat nadrukkelijk niet in op de specifieke behandeling van bepaalde aandoeningen bij patiënten met dementie.

40 De NVKG heeft deze invitational conference georganiseerd om in de voorbereidende fase relevante veldpartijen te horen omtrent gepercipieerde knelpunten en aandachtspunten voor dit addendum op de richtlijn. Het is de bedoeling dat het addendum zo veel mogelijk aansluit bij de behoeften uit de praktijk. In het addendum is ruimte voor het uitwerken van vier uitgangsvragen. Het is de taak van de kerngroep en klankbordgroep om  
45 uiteindelijk de scope van het addendum te bepalen.

Het onderscheid tussen kern- en klankbordgroep wordt kort uitgelegd. De kerngroep zal de daadwerkelijke richtlijn gaan ontwikkelen en teksten schrijven. De klankbordgroep wordt op gezette momenten geraadpleegd commentaar op de conceptrichtlijn te geven.

5

### **Inhoudelijk discussie**

Ter voorbereiding op deze invitation is de genodigde partijen een lijst met voorlopige uitgangsvragen en knelpunten gestuurd. De aanwezigen krijgen de gelegenheid hierop te reageren en eventueel aanvullende knelpunten in te brengen.

10

Hieronder een korte weergave van de discussie over de conceptuitgangsvragen en de overige aangedragen knelpunten.

### **1. Herkenning/signalering**

*Wat is de meest effectieve screeningsmethode om een patiënt met dementie bij opname in het ziekenhuis te herkennen?*

- dit wordt als een relevante vraag beschouwd. Er wordt opgemerkt dat de route van een patiënt door het zorgproces bij electieve zorg anders verloopt dan wanneer er sprake is van acute en chronische zorg;
- de ernst van de dementie is vaak van belang bij het bepalen van het zorgtraject van de patiënt. Bij acute zorg is er vaak geen tijd om uitgebreid de ernst van de dementie vast te stellen. De ernst kan onder andere worden bepaald door te kijken naar: mate van functioneren, mate van (mantel)zorg, heteroanamnese en type dementie

25

*Uit welke onderdelen zou een dergelijk assessment moeten bestaan en wanneer, waar en door wie moet dit worden uitgevoerd in het ziekenhuis?*

- de screening zou kunnen worden gebaseerd op de beschikbare VMS informatie. Dit wordt momenteel bij het Twee Steden Ziekenhuis in Tilburg succesvol toegepast;
- een aandachtspunt is dat ‘normale VMS screening’ momenteel niet bij acute zorg plaatsvindt en daarna vaak wordt vergeten. Hieraan zou aandacht moeten worden besteed in de richtlijn;
- een ander punt van aandacht is dat screening op verstoorde motoriek vaak achterwege blijft.

35

### **2. Zorgproces**

*Wat zijn voor een patiënt met dementie de meest effectieve en doelmatige omgevings- en omgangsfactoren voor een veilig ziekenhuis verblijf en behoud van uitgangsniveau en welbevinden?*

40

- men vindt dit een zeer relevante vraag. Het bepalen of je een behandeling wel of niet moet inzetten wordt in de praktijk vaak als knelpunt ervaren. Voorbeelden van afwegingen die worden genoemd tijdens de discussie zijn:
  - Hoe snel moet een patiënt postoperatief worden gemobiliseerd?
  - Wat voor anesthesie dient te worden gebruikt?
  - Welke operatieve benadering is het meest veilig en effectief? (snel opereren of een de patiënt optimaliseren voor de behandeling)

45

- wat betreft bejegening van de patiënt wordt er gesteld dat er op dit moment onvoldoende kennis is onder verpleegkundigen. Dit is een zeer belangrijk knelpunt. De richtlijn zou bijvoorbeeld kaders kunnen schetsen met minimale eisen aan bejegening jegens deze patiënten;
  - 5 – met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen zouden protocollen aanwezig moeten zijn en bestaat een handreiking van de V&VN. Er wordt opgemerkt dat er verschil is tussen hoe zaken in de praktijk gaan en het op de hoogte zijn van wat zou moeten.
- 10 *Wat is de meest effectieve en doelmatige wijze van informatie voorziening aan en communicatie met een patiënt met dementie en familieleden en/of mantelzorgers in het ziekenhuis (inclusief shared decision making)?*
- er wordt opgemerkt dat er aanbevelingen t.a.v. de communicatie met patiënt en familie zeer gewenst zijn. Er zou duidelijke communicatie naar familie en naasten moeten zijn over wat de behandel mogelijkheden zijn wanneer de patiënt niet (geheel) in staat is deze afwegingen te maken;
  - 15 – in de richtlijn zouden minimumnormen moeten worden opgesteld voor veilige opname van een patiënt met dementie in het ziekenhuis.
- 20 *Wat is de meest veilige procedure wanneer dementie adequate anamnese / lichamelijk onderzoek bij een opname in het ziekenhuis bemoeilijkt?*
- dit is een belangrijk punt, omdat het op de IC vaak mis gaat wanneer de patiënt niet kan praten. Hierbij is een goede heteroanamnese belangrijk. Hierbij wordt expliciet benoemd dat een gesprek over behandelbeperkingen standaard gevoerd wordt bij
  - 25 een acute opname en dat er aandacht gevraagd wordt voor deze complexe vraag in de niet -acute fase, in de eerste lijn. Dit betreft niet alleen de vraag of patiënt wel of niet gereanimeerd dient te worden, maar breder of er nog plaats is voor intensieve zorg (eventueel inclusief mechanische ventilatie) op een intensive care;
  - wanneer een heteroanamnese niet mogelijk is zou een eerste contactpersoon moeten worden aangewezen. De aanwezigen zouden graag een passage over
  - 30 beslissingsbevoegdheid in de richtlijn zien.
- Op welke wijze dient polyfarmacie te worden gemonitord en gemanaged bij een opname in het ziekenhuis van patiënten met dementie?*
- 35 – dit onderwerp wordt als zeer relevant aangemerkt. Met name in de preventie van een delier. Hierbij kan een koppeling/verwijzing naar de richtlijn delier worden gemaakt;
  - beschrijving van overdracht psychofarmaca wordt als relevant voor de richtlijn benoemd. Graag hierbij ingaan op monitoren en stoppen. Tevens aandacht
  - 40 besteden aan het afbouwen van medicatie en het opstarten van nieuwe medicatie.
- Overdracht / samenwerking met andere disciplines bij ontslag patiënt (inclusief eerste lijn).*
- er is behoefte aan beschrijving van de overdracht van 1e lijn naar 2e lijn als de overdracht andersom;
  - 45 – een dergelijke overdracht bij patiënten zonder mantelzorger dient te worden beschreven in de richtlijn, omdat deze patiënten extra kwetsbaar zijn.

*Welke (meet)instrumenten zijn het meest geschikt om de pijnbeleving bij opname in het ziekenhuis van patiënten met dementie in kaart te brengen?*

- er wordt voorgesteld om de pijnintensiteitschaal CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool) die ook wordt gebruikt bij opname op de IC te gebruiken.

5

### **3. Ontslag en nazorg**

*Wat is de meest doelmatige en veilige procedure van ontslag uit het ziekenhuis en welke nazorg is voor een patiënt met dementie nodig?*

- 10 – er wordt opgemerkt dat familie en naasten een belangrijke (informatie)rol kunnen hebben tijdens de ziekenhuisopname van een patiënt met dementie. In de richtlijn zou een aanbeveling kunnen worden gedaan voor ruimere bezoeken voor de familie en naasten van deze patiënten;
- 15 – tijdens het beoordelen of een patiënt kan worden ontslagen zou ook aandacht moeten zijn voor de reden van opname. Wanneer dit bijvoorbeeld vanwege een onveilige thuissituatie is geweest, is dit een relevante factor in de ontslagoverweging;
- de procedure van ontslag zou minimaal de volgende aspecten moeten omvatten:
  - 20 – thuissituatie;
  - overdracht van medicatie;
  - aanbevelingen aangaande dementie aan zorgprofessionals en mantelzorgers;
  - eventueel noodzaak tot revalidatie/fysiotherapie;
  - wondbehandeling;
  - adequate informatie aan familie en naasten.

25

*Wie is verantwoordelijk en met wie en op welke manier is samenwerking nodig?*

- ten aanzien van zowel het behandeltraject als het ontslag en nazorg traject zou de richtlijn aandacht moeten besteden aan de verantwoordelijkheden van de betrokken zorgprofessionals. Bijvoorbeeld ten aanzien van hoofdbehandelaarschap en wanneer een expert erbij geroepen dient te worden;
- 30 – wat betreft het ontslag van de patiënt is het belangrijk aandacht te besteden ten aanzien van de verantwoordelijkheid voor het bepalen of de patiënt terug kan naar de plek waar hij voor opname vandaag kwam.

35

#### **Aanvullende knelpunten en prioritering**

Aan het einde van de discussie wordt de aanwezigen gevraagd of zij nog andere knelpunten willen inbrengen. Er wordt ingebracht dat de richtlijn zou moeten beschrijven welke de minimale kennis van dementie overal in het ziekenhuis aanwezig zou moeten zijn, waarbij bejegening tot de basisregels zou moeten behoren.

40

Er wordt opgemerkt dat het belangrijk is om eerst een goede inventarisatie te maken van bestaande richtlijnen en andere documenten waarnaar kan worden verwezen of die als input voor dit richtlijnaddendum kunnen dienen.

45

Er is eveneens een schriftelijke reactie namens het NHG binnengekomen:

- wat betreft de communicatie bij ontslag is het belangrijk dat de huisarts op de hoogte wordt gebracht van verandering in functioneren, van gebruik van zorg en belasting van de mantelzorger;
  - in geval van een delier zou de huisarts moeten weten wat het delier heeft uitgelokt en hoe herhaling zo veel mogelijk voorkomen zou kunnen worden;
  - daarnaast is het belangrijk dat de huisarts weet hoe delier medicatie moet worden afgebouwd, welke niet medicamenteuze interventies zijn afgesproken en welke informatie is verstrekt.
- 5
- 10
- Aanwezigen wordt gevraagd de twee belangrijkste knelpunten te benoemen. De volgende punten komen aan bod:
- “het doel van het addendum zou moeten zijn ervoor zorg te dragen dat patiënten met dementie niet slechter het ziekenhuis verlaten dan andere kwetsbare patiënten;”
- 15
- bejegening, communicatie en betrekken van de mantelzorger;
  - training van verpleegkundigen en communicatie met de eerste lijn;
  - wie heeft de regie (stuurt de zorg) en wanneer wordt de geriater ingeschakeld?
  - beschrijving van overdracht bij ontslag;
  - beschrijving van rol mantelzorger en verantwoordelijkheid van familie.
- 20

### **Vervolgafspraken**

Het verslag van deze invitationale conference zal worden aangeboden aan alle uitgenodigde partijen voor controle op feitelijke onjuistheden en eventuele aanvullingen.

- 25
- De (concept)richtlijn zal in de commentaarfase eveneens aan deze partijen worden aangeboden.

## Bijlage 3 Checklist voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid

Checklist voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid\*

5

### 1. Aanleiding

- Om welke behandelbeslissing gaat het en hoe ingrijpend is deze?
- Wat is de huidige medische toestand?
- Wat is de prognose?
- Welke context is van belang? Denk bijvoorbeeld aan het ontbreken van een steunsysteem of toezicht bij een gewenst vertrek uit het ziekenhuis.
- Is er een wilsbeschikking?

10

15

### 2. Besluit tot gestructureerde beoordeling wilsbekwaamheid

- Gaat het om beslissing waarvoor de expliciete en weloverwogen keuze van de patiënt noodzakelijk is?
- Zijn er gerede twijfels over de wilsbekwaamheid van de patiënt? Bijvoorbeeld ongebruikelijke antwoorden, 'plotselinge' toestemming, persistente weigering zonder toelichting, wisselende instemming, verwarde indruk.

20

### 3. Informeren patiënt

- Geef uitleg over de reden om de wilsbekwaamheid (nader) te beoordelen.
- Verstrek (nogmaals) adequate informatie over de aard, doel en mogelijke complicaties van voorgestelde behandeling/onderzoek.
- Geef de patiënt voldoende tijd om kennis hiervan te nemen en bespreek de verschillende opties.

25

30

### 4. Voorafgaand overleg

- Bespreek de situatie en aanleiding met de wettelijk vertegenwoordiger/familie.
- Overleg met andere hulpverleners over de situatie om de beoordeling waar nodig multidisciplinair te maken.
- Maak daarbij ook van schriftelijke informatiebronnen of andere (video bv) gebruik, gezien de geheugenproblemen bij de patient

35

40

### 5. Beoordeel wilsbekwaamheid

- Criteria Appelbaum en Grisso:
  - maken en uiten van een keuze;
  - begrijpen van informatie;
  - beseffen en waarderen van informatie voor de eigen situatie;
  - logisch redeneren.

45

*Voorbeeldvragen:*

- 'Kunt u mij vertellen wat uw beslissing is?'

- ‘Kunt u in eigen woorden zeggen wat ik u verteld heb?’
  - ‘Gelooft u dat u onderzoek of behandeling nodig heeft?’
  - ‘Wat zullen de consequenties zijn van uw besluit?’
  - ‘Kunt u mij de voor- en nadelen van het besluit vertellen?’
- 5
- ‘Kunt u mij op basis van de informatie vertellen hoe u tot uw besluit bent gekomen?’
- 
- Overweeg inzet beoordelingsinstrument (bijvoorbeeld de MacCaT, Macarthur Competence assessment Tool).
- 10
- Zijn er aanwijzingen voor een huidige psychiatrische of cognitieve stoornis die de wilsbekwaamheid beïnvloedt? zo ja: overweeg dan te overleggen met een (ouderen)psychiater of klinisch geriater/internist-ouderengeneeskunde.
- 
- 15
- 6. Bespreek en overleg de beoordeling**
- Geef uitleg over de beoordeling en de uitkomst aan patiënt (voor zover mogelijk) en wettelijk vertegenwoordiger.
  - Bij wilsonbekwaamheid: bespreek de kans op herstel van wilsbekwaamheid.
  - Bij wilsonbekwaamheid: verkrijg vervangende toestemming van de wettelijk
- 20
- Bij verzet van patiënt is er extra zorgvuldigheid nodig bij de bepaling van de noodzaak en kans van slagen onderzoek en/of behandeling.
- 
- 25
- 7. Dossiervorming**
- Noteer de indicatie, inhoud en het resultaat van de beoordeling van de wilsbekwaamheid.
  - Leg vast wanneer de wilsbekwaamheid geëvalueerd gaat worden. Dit moet regelmatig gebeuren, zeker als deze gedeeltelijk en/of wisselend is.

30

MacCAT = MacArthur Competence Assessment Tool

\* Een uitgebreide checklist is te vinden op [www.artsennet.nl](http://www.artsennet.nl) en in Knuiman (2006)

35

**Bron: Tabel 2 uit Vinkers CH, van de Kraats GB, Biesart M, et al. Is mijn patiënt wilsbekwaam? volg de leidraad. Ned Tijdschr Geneesk 2014;158:A7229.**



## Bijlage 4 Beoordeling van pijn bij patiënten met dementie in het ziekenhuis

### 5 PAINAD

De PAINAD is een beoordelingsschaal voor patiënten met dementie of beperkte uitdrukkingmogelijkheden en bestaat uit 5 gedragsindicatoren (gezichtsuitdrukking, stemgedrag, ademhaling, lichaamstaal en troostbaarheid) die elk gescoord worden van 0 tot 2. De totaalscore ligt tussen 0 en 10 waarbij 0 geen pijn betekent en 10 zeer ernstige pijn. De ontwikkelaars van deze schaal hebben geen interpretatie gegeven aan de tussenliggende scores. Elk item dat als 1 of 2 wordt gescoord, wordt gezien als een aanwijzing dat de patiënt een bepaalde vorm van pijn of ongemak ervaart en waarvoor bijkomende maatregel nodig is. Het is niet vastgesteld dat de gedragschaal van 0 tot 10 de meest aangewezen schaal is om de ernst van pijn vast te stellen. Lichte pijn [vanaf een score van 2 (Zwakhalen 2012)] verlangt maatregelen ter verbetering van het comfort (wijziging houding, afleiding, lichte analgetica), matige tot ernstige pijn (scores >4) verlangen sterkere analgetica in combinatie met maatregelen ter verbetering van het comfort.

[http://www.vmszorg.nl/\\_library/5474/PAINAD.pdf](http://www.vmszorg.nl/_library/5474/PAINAD.pdf)

20

### REPOS

De REPOS is een schaal voor ouderen met een uitingsbeperking. Met de REPOS kan aan de hand van het gedrag van de patiënt bepaald worden of de patiënt pijn heeft (Van Herk 2009a, Van Herk 2009b). De gevalideerde REPOS telt tien gedragingen die als kenmerkend voor pijn worden gezien. Gezichtsuitdrukking is een belangrijke indicator voor pijn. Vijf van de tien gedragingen betreffen daarom het gezicht, namelijk een gespannen gezicht, de ogen (bijna) dichtknijpen, het optrekken van de bovenlip, een grimas en angstig kijken. De overige vijf gedragingen betreffen bewegingen en verbale uitingen van pijn. Het toepassen van de REPOS bestaat uit het observeren van een persoon gedurende twee minuten, waarna de verpleegkundige of verzorgende elk gedraging scoort. Elke gedraging die gezien is krijgt een score van 1 en opgeteld leidt dit tot een REPOS-score. Tevens geeft de observator een aanvullend pijncijfer m.b.v. een numeric rating scale (NRS). Zo wordt ook belang gehecht aan de voorkennis van de observator, bv als de observator reden heeft om aan te nemen dat bijvoorbeeld angst overheerst. De combinatie van de itemscore met de NRS geeft een indicatie voor de aanwezigheid van pijn. Aan de hand van de bijbehorende beslisboom worden acties bepaald. Een score  $\geq 4$  is aanleiding tot actie bv pijnmedicatie of rustgevendende behandeling. Het betrouwbaar scoren van de REPOS vereist training. Het Erasmus MC heeft een instructie CD-ROM over de REPOS ontwikkeld. Ook zijn er video-opnamen beschikbaar, die de beschreven gedragingen illustreren.

40 [http://www.vmszorg.nl/\\_library/5501/REPOS.pdf](http://www.vmszorg.nl/_library/5501/REPOS.pdf)

### PACSLAC-D

De PACSLAC-D is een beoordelingsschaal voor patiënten met dementie of beperkte uitdrukkingmogelijkheden en bestaat uit 24 items in drie subschalen: gelaat, verzet/afweer en sociaal emotioneel stemming. Bij een score van 4 of hoger zijn er aanwijzingen voor pijn.

[http://www.vmszorg.nl/\\_library/5472/Pacslac-D.pdf](http://www.vmszorg.nl/_library/5472/Pacslac-D.pdf)