



expertisecentrum  
**dementie**  
Vlaanderen



Inspiratiegids  
**DEMENTIEVRIENDELIJK  
ZIEKENHUIS**



# Zolang

**Zolang** we maar samen kunnen reizen  
Zolang we maar samen de bloemen  
op ons terras kunnen verpotten  
Zolang je maar zachtjes mijn koosnaampje  
(van toen, weet je nog?)  
kan prevelen, mijn innigste gebed  
Zolang we maar samen onze kinderen  
op de heide zien ravotten  
en jij daarbij jouw hand in de mijne legt

**Zolang** je maar zachtjes mijn koosnaampje  
(van toen, weet je nog?)  
kan prevelen, mijn innigste gebed  
Zolang we maar samen onze kinderen  
op de heide zien ravotten  
en jij daarbij jouw hand in de mijne legt

**Zolang** we maar samen onze kinderen  
op de heide zien ravotten  
en jij daarbij jouw hand in de mijne legt

**Zolang** jij jouw hand in de mijne legt  
Zolang ik jouw hand in de mijne  
Zolang jij mijn hand  
Zolang jij mijn

**Zolang zal ik zijn**



## Colofon

Dit is een publicatie van Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en Alzheimer Liga Vlaanderen ©2024.

Auteurs:

**Herlinde Dely** | Expertisecentrum Dementie Vlaanderen | [www.dementie.be](http://www.dementie.be)  
**Anneleen Groeseneke** | Alzheimer Liga Vlaanderen | [www.alzheimerliga.be](http://www.alzheimerliga.be)

Foto's © Leo De Bock

Overige foto's: Expertisecentra Dementie

Vormgeving: EPO drukkerij & vormgeving  
[www.drukkerij-epo.be](http://www.drukkerij-epo.be)

Niets in deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk.



# DEMENTIEVRIENDELIJK ZIEKENHUIS

## Inspiratiegids

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>5</b>
<b>Voorwoord</b>	<b>7</b>
<b>Inleiding</b>	<b>9</b>
<b>Sleutels tot succes</b>	<b>11</b>
Sleutel 1: gedragenheid door het management	11
Sleutel 2: participatie van de doelgroep & medewerkers	11
Sleutel 3: verankering in een meerjarenbeleid	11
<b>De vijf pijlers van een dementievriendelijk ziekenhuis</b>	<b>13</b>
Pijler 1: Een dementievriendelijke architectuur en inrichting	15
Pijler 2: Een sterk (zorg)team met dementiespecifieke kennis	27
Pijler 3: Persoonsgerichte zorg van voor opname tot na ontslag	35
Pijler 4: Mantelzorgers als volwaardige partner in de zorg	43
Pijler 5: Aandacht voor cognitieve screening, delier, pijn en ondervoeding	51
<b>Je eigen werking evalueren</b>	<b>57</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>61</b>
<b>Bibliografie</b>	<b>76</b>





# Voorwoord

## Beste lezer,

De uitspraak dat kwetsbare ouderen een holistische aanpak nodig hebben, is intussen een open deur intrappen. De vergrijzing van de samenleving – en mede als gevolg hiervan ook het stijgende aandeel ouderen in het ziekenhuis – is een katalysator geweest voor het uitbouwen van goede zorg voor ouderen.

Een volgende, even noodzakelijke stap, is het investeren in een *dementievriendelijke* aanpak en dit voor, tijdens en na de opname of consultatie in het ziekenhuis. Overbodig, denkt u? In deze inspiratiegids ‘dementievriendelijke ziekenhuizen’ onderlijnen we de noodzaak met cijfermateriaal en met treffende getuigenissen van wie met dementie leeft. Vlaamse en buitenlandse ziekenhuizen die reeds de kaart van persoonsgerichte zorg voor gezinnen met dementie trokken, inspireren u vol trots met hun kleine en grote realisaties.

De laatste jaren zetten steeds meer landen in op een dementievriendelijke aanpak in het ziekenhuis. Vlaanderen laat zich inspireren door visieteksten, *dementia-friendly hospital charters* en wetenschappelijke literatuur uit alle hoeken van de wereld.

In 2018 publiceerde het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, op vraag van de Vlaamse overheid, een referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie (Dely, Verschraegen, & Steyaert – ‘*Ik, jij, samen MENS*’). Daarin kreeg de zorgsector heel wat kapstokken aangereikt om goede dementiezorg vorm te geven. De zes fundamenteën, (1) een genuanceerde beeldvorming over dementie, (2) normalisatie, (3) autonomie in geborgenheid, (4) afgestemde zorg, (5) mantelzorgers en naasten en (6) een warm team van professionele

zorgverleners en vrijwilligers, vonden hun weg naar de zorgsector.

In dat referentiekader stond ook een hoofdstuk over dementievriendelijke ziekenhuizen. Het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen koppelde de wetenschappelijke literatuur aan de ervaring van achttien Vlaamse ziekenhuizen en legde zo de basis voor het eerste Vlaamse kader dementievriendelijke ziekenhuizen. Vier pijlers staan daarin beschreven: (1) een dementievriendelijke omgeving, (2) een sterk zorgteam met dementiespecifieke expertise, (3) persoonsgerichte zorg van opname tot ontslag en (4) aandacht voor delier, pijn en ondervoeding.

Vandaag, zes jaar later, slaan het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en de Alzheimer Liga Vlaanderen de handen in elkaar voor deze geactualiseerde versie. In deze inspiratiegids vindt u een omschrijving van wat een dementievriendelijk ziekenhuis is en hoe u dit vorm zou kunnen geven. De grootste aanpassing in vergelijking met de versie uit 2018? We spreken niet meer van vier, maar van vijf pijlers. De mantelzorgers kregen een volwaardige eigen pijler in het kader. Hiermee benadrukken we de cruciale rol die zij opnemen voor, tijdens en na een contact met het ziekenhuis. Ook hebben we in deze gids meer aandacht voor de continuïteit van zorg en begeleiding voor, tijdens en na het ziekenhuiscontact.

Dit kader is een inspiratiebron voor ziekenhuizen. Om hen te ondersteunen in hun zorg aan mensen met dementie van alle leeftijden, met alle vormen van dementie, met een gepland of ongepland contact met het ziekenhuis. Voor patiënten die er voor het eerst komen of er al vaker kwamen, voor wie mobiel of moeilijker te been is. Dit kader wil zo laagdrempelig mogelijk voor iedereen van toepassing zijn.

Bij de Alzheimer Liga Vlaanderen vindt u een brochure over dit thema voor de mantelzorgers van patiënten met dementie. Zo zijn zij geïnformeerd over wat een dementievriendelijk ziekenhuis is en welke rol zij hierin mogen of kunnen opnemen.

Meer info: [www.alzheimerliga.be](http://www.alzheimerliga.be)

Hebt u een inspirerende praktijk die we mogen delen? Mail ze naar [info@dementie.be](mailto:info@dementie.be).

Plaats uw stappen richting een dementievriendelijk ziekenhuis zeker duidelijk zichtbaar op uw website, zodat patiënten en hun families goed geïnformeerd zijn over wat ze wel of nog niet kunnen verwachten.

Bedankt voor elke stap richting nóg betere zorg voor mensen met dementie en hun naasten.  
Veel succes!

Jurn Verschraegen  
*directeur Expertisecentrum Dementie Vlaanderen*

Jef Pelgrims  
*voorzitter Alzheimer Liga Vlaanderen*



# Inleiding<sup>a</sup>



*“Waar ben ik hier? En wie is die vrouw die mijn kleren probeert uit te trekken? Ze praat zo snel. Ik hoor gepiep. Het licht schijnt in mijn ogen. Waar is Roger? Hij zou me komen halen na het werk, maar ik zie hem nergens. In mijn arm zit een buisje. Dat ding moet er uit. Het jeukt. Ik moet uit bed. Nu.”*

Een ziekenhuisopname is voor veel mensen met dementie een beangstigende of zelfs traumatische gebeurtenis. Het geheugenverlies, de desoriëntatie, afasie, ... zorgen ervoor dat zij niet goed begrijpen wat er gebeurt of wat van hen verwacht wordt tijdens een consultatie of opname. Alleen zijn op een onbekende plek, met onbekende prikkels, zonder de vertrouwde mantelzorgers, zorgt bij veel patiënten voor angst en onrust<sup>1</sup>. Hebben ze pijn, honger, ongemak, ... dan kunnen zij dit – zeker in een gevorderde fase van dementie – soms enkel uiten door ‘moeilijk’ gedrag<sup>b</sup> of non-verbale signalen. Voor een ziekenhuismedewerker is het op dat moment bijzonder moeilijk om dit gedrag zonder hulp van de mantelzorgers te lezen en hierop in te spelen.

Het is een feit: een ‘klassieke’ ziekenhuisomgeving is onvoldoende afgestemd op wat mensen met dementie nodig hebben<sup>2</sup>. Het is een snelle, drukke en zeer taakgeoriënteerde setting. Die staat ver af van de geborgenheid, vertrouwdheid en oriëntatie die zij verkiezen. We zien dan ook bij veel mensen met dementie **een negatieve impact** van een ziekenhuis-

opname op hun **fysieke, mentale en cognitieve mogelijkheden**.

Wat zijn de **risico’s** van een ziekenhuisopname voor iemand met dementie? Enkele voorbeelden uit wetenschappelijk onderzoek:

- een grotere kans om niet meer naar huis terug te keren, in vergelijking met leeftijdsgenoten zonder dementie<sup>3</sup>
- een veel grotere kans om te overlijden tijdens of kort na een acute opname<sup>4</sup>
- een groter risico op postoperatieve complicaties dan bij mensen zonder dementie<sup>5</sup>
- een langere gemiddelde verblijfsduur<sup>6</sup>
- een hogere kans op vallen, ondervoeding en dehydratie<sup>7</sup>
- voor ongeveer 1 op 2 patiënten met dementie: grotere fysieke, cognitieve en mentale problemen na de opname in vergelijking met ervoor. Er is hier dan ook vaak een grotere afhankelijkheid van zorgverleners dan voor de opname<sup>8</sup>
- soms meer pijn, dorst, angst en overprikkeling dan bij mensen zonder cognitieve stoornissen, onder andere vanwege een verminderd communicatievermogen<sup>9</sup>
- ...

## Hoe ervaren mantelzorgers een ziekenhuisopname?

Bij een ziekenhuisopname kunnen mantelzorgers de zorg even ‘afgeven’ en zelf wat rust vinden. Toch ervaren sommigen de opname van hun naaste vooral als een stresserende gebeurtenis in plaats van een periode van rust. Dit bijvoorbeeld omdat ze bezorgd

- 
- a. In deze publicatie benoemen we de persoon met dementie en de mantelzorger als ‘hij’ of ‘hem’, maar daar mag je natuurlijk ook ‘zij/haar’ of ‘die/hen’ van maken.
  - b. We gebruiken in deze publicatie de termen veranderend en onbegrepen gedrag.

zijn over de nieuwe fase in de zorg en hoe ze die moeten organiseren. Of omdat ze schrik hebben dat de zorg en benadering in het ziekenhuis onvoldoende afgestemd is op wat hun naaste nodig heeft. Het gaat dan bijvoorbeeld over voeding en hydratatie, veiligheid, de manier waarop zorgverleners omgaan met verwardheid of veranderend gedrag of als ze een gebrek aan warme zorg voelen. De meeste mantelzorgers willen graag betrokken worden in de zorg, als een volwaardige partner. Hebben familieleden onvoldoende vertrouwen in de kwaliteit van de zorg, dan kan dat leiden tot achterdocht, een sterke monitoring van de gegeven zorg, een gespannen communicatie ..., wat een goede relatie met de professionele zorgverleners in de weg staat.<sup>10</sup>

### **Wat hebben mensen met dementie nodig?**

Een **persoonsgerichte benadering**. De persoonsgerichte visie uit het referentiekader dementie kan zeker ook in een ziekenhuiscontext uitgerold worden. Wanneer we vertrekken vanuit de beleving van de persoon met dementie en zijn mantelzorgers en als we onze zorg, benadering en inrichting hieraan aanpassen, kunnen we heel wat van de hiervoor beschreven nadelige effecten vermijden. De MENS achter de aandoening zien, dat staat steeds centraal bij elke stap richting een dementievriendelijk ziekenhuis.

### **Heeft een dementievriendelijke aanpak ook impact?**

Vraag je het aan mensen met dementie en hun mantelzorgers, dan wordt onmiddellijk duidelijk hoe groot de impact van een dementievriendelijke benadering in het ziekenhuis is, op hoe zij het bezoek of de opname beleefd hebben.

Studies wijzen op minder heropnames, minder valincidenten, een lagere mortaliteit en een hogere zelfredzaamheid bij de patiënt met dementie. Bovendien verhoogt het de trots en het welbevinden van het ziekenhuispersoneel.<sup>11</sup>

### **Hoe situeert een dementievriendelijk ziekenhuis zich ten opzichte van een ouderenvriendelijk ziekenhuis?**

In 2023 publiceerde de werkgroep leidinggevend van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie het inspiratiedocument *'Ouderen vriendelijk ziekenhuis – aanbevelingen voor de zorg van kwetsbare ouderen'*. In nauwe afstemming met verschillende seniorenadviesraden stellen zij tien speerpunten voorop:

1. Opname- en ontslagbeleid
2. Ambulante zorg
3. Ethische/holistische benadering
4. Empowerment
5. Participatie
6. Centraal aanspreekpersoon en coördinatie
7. De professionele zorgverlener
8. Inter/transdisciplinair werken
9. Communicatie en bejegening
10. Omgeving en infrastructuur

Een dementievriendelijk ziekenhuis is uiteraard niet los te zien van een ouderenvriendelijk ziekenhuis of een mantelzorgvriendelijk ziekenhuis. Het is een verbijzondering van bovenstaande raamwerken en spitst zich toe op een nog kwetsbaardere doelgroep: (mantelzorgers van) mensen met dementie. We raden dan ook sterk aan om de kaders op elkaar te laten verderbouwen en als complementair te zien.



# Sleutels tot succes

Er zijn een aantal sleutels tot succes voor ziekenhuizen die dementievriendelijk (en bij uitbreiding ouderen- of mantelzorgvriendelijk) willen zijn.



## Sleutel 1 – gedragenheid door het management

Het management van een ziekenhuis schept het kader waarbinnen medewerkers dagelijks handelen. Zo'n kader zet de neuzen (en het handelen) in dezelfde richting. Sterke steun en inzet van managementteams en bestuursorganen zijn nodig om middelen en mensen te mobiliseren. Je engageren om een dementievriendelijk ziekenhuis te zijn, betekent dat je ervoor kiest om dementie de komende jaren als thema op de agenda te zetten.

Als manager van een zorgvoorziening schep je de ruimte en de structuur om cocreatie mogelijk te maken: werkgroepen, teamdagen, brainstorms, bevragingen, ...



## Sleutel 2 – participatie van de doelgroep & medewerkers

*“Nothing about us, without us.”*

Een ziekenhuis dementievriendelijk maken kan enkel en alleen door alle actoren te betrekken. Daartoe behoren ook de eindgebruikers: de patiënten met dementie en mantelzorgers. Zij kunnen vanuit hun ervaringen aangeven hoe zij de huidige zorg ervaren en wat zij verwachten van een dementievriendelijk ziekenhuis. Maar ook de professionele zorgverleners en vrijwilligers moeten betrokken worden. Zij geven vanop de werkvloer vorm aan goede dementiezorg en zijn dan ook een cruciaal klankbord bij een transitie.



## Sleutel 3 – verankering in een meerjarenbeleid

Als ziekenhuis op weg naar 'dementievriendelijkheid' tracht je je engagement te verankeren zodat de ingeslagen weg bewandeld blijft. Dit kan door bijvoorbeeld een werkgroep dementie bijeen te brengen, door het ondertekenen van het charter dementievriendelijk ziekenhuis, het vrijstellen van een Referentiepersoon dementie, het uitbouwen van een klankbordgroep met eindgebruikers, de integratie in een zorgpad dementie, ...





# De vijf pijlers van een dementievriendelijk ziekenhuis





## Pijler 1

# Een dementievriendelijke architectuur en inrichting



### Winston Churchill

*“First we shape our buildings and then our buildings shape us”*

#### Doelstellingen

Onze ziekenhuisomgeving...

- verhoogt betrokkenheid en participatie van de patiënt met dementie en zijn mantelzorgers
- is persoonsgericht
- ondersteunt de veiligheid, gezondheid en het welbevinden
- biedt de juiste (hoeveelheid) prikkels
- stimuleert oriëntatie in tijd en ruimte

- speelt in op de specifieke noden van mensen met dementie
- gebruikt technologie op gepaste wijze

#### Onderbouwing en aanbevelingen

In deze publicatie volgen we zoveel als mogelijk de principes van *universal design*. Dit betekent dat je een omgeving zo inricht dat hij maximaal toegankelijk is, begrepen en gebruikt kan worden door *iedereen*, ongeacht iemands leeftijd, grootte, mogelijkheden of beperkingen. Dat maakt hem dus ook toegankelijk voor mensen met dementie. En ook die hebben alle mogelijke profielen: jong, oud, mobiel, bed- of rolstoelgebonden, weinig tot veel cognitieve problemen, weinig tot veel veranderingen in visuele perceptie, multimorbiditeit in meer of mindere mate,...

Welke fysieke omgeving hebben de meeste mensen met dementie nodig?	Wat typeert een ziekenhuis doorgaans?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rustig</li> <li>• Overzichtelijk</li> <li>• Herkenbaar, vertrouwd</li> <li>• Toegang tot natuur of buitenlucht</li> <li>• Stimulerend</li> <li>• (I-)ADL-vaardigheden in stand houdend</li> <li>• Een mantelzorger aan hun zijde</li> <li>• ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Druk</li> <li>• Ongezellig</li> <li>• Grote afstanden</li> <li>• Sensorische overprikkeling van licht, geluid, geuren, ...</li> <li>• Visueel te monotone of te complexe omgeving</li> <li>• Beperkte toegang tot natuur en buitenlucht</li> <li>• Geen of oncomfortabele plaats voor de mantelzorger</li> <li>• ...</li> </ul>



De ziekenhuisomgeving is van invloed op het welbevinden van mensen met dementie (en dus indirect ook op dat van de mantelzorgers). In een dementievriendelijke omgeving blijkt de patiënt zelfredzamer, meer betrokken bij betekenisvolle activiteiten, eet en drinkt hij meer, is er minder onbegrepen gedrag en stress. Ook zijn er minder valincidenten en schrijven artsen minder antipsychotica voor. De kans om terug naar huis te kunnen is er bovendien hoger<sup>12</sup>. Genoeg redenen om in te zetten op een dementievriendelijke inrichting. Maar wat betekent dit precies?<sup>c</sup> Bij elk van de zeven kenmerken hieronder lijsten we enkele voorbeelden op.

### Een dementievriendelijke ziekenhuisomgeving ...

1. verhoogt betrokkenheid en participatie van de patiënt met dementie en zijn mantelzorgers
2. is persoonsgericht
3. ondersteunt de veiligheid, gezondheid en het welbevinden
4. biedt de juiste (hoeveelheid) prikkels
5. stimuleert oriëntatie in tijd en ruimte
6. speelt in op de specifieke noden van mensen met dementie
7. gebruikt technologie op gepaste wijze

c. Onderstaande indeling is gebaseerd op Grey, T., Xidou, D., Kennelly, S., Mahon, S., Mannion, V., de Freine P., Dockrell, D., de Siún, A., Murphy, N., Craddock, G., O'Neill, D. (2018). Dementia Friendly Hospitals from a Universal Design Approach. Design Guidelines.

## 1. verhoogt betrokkenheid en participatie van de patiënt met dementie en zijn mantelzorgers



### Quote uit een onderzoek van HoGent<sup>13</sup>

*“En dan is er mij iemand komen halen. Ze zei: ‘zou je willen fietsen?’. Ik zeg: ‘met veel plezier’. Ik heb dat vroeger veel gedaan. Echt, ik was blij dat die mij kwam halen! Het was maanden geleden dat ik nog eens gefietst had.”*

- Bij onrust of angst kan een mantelzorger (indien zijn draagkracht groot genoeg is) zorgzaam aanwezig zijn of zelfs blijven slapen (zie ook pijler 4). Ook kan die de medewerkers heel wat waardevolle info geven over de noden, voorkeuren en het gedrag van zijn naaste met dementie. Voorzie daarom, zoals op pediatrie en materniteit, een comfortabel bed en vermijd dat ze op geriatrische zetels of veldbedjes moeten slapen. De meeste mantelzorgers hebben zelf een hogere leeftijd, hebben vaak een periode van korte nachten achter de rug en verdienen dus een zo goed mogelijke nachtrust.
- Voorzie hoekjes en rustige plaatsen waar patiënten bezoek kunnen ontvangen.
- Maak gebruik van dagzalen of lokalen waar personen met dementie samen kunnen zijn, zodat hun sociaal contact en dagstructuur bevorderd wordt. Voorzie, indien mogelijk, een keuken in de dagzaal, waar (I-)ADL kan beoordeeld en geoefend worden.





- Het is een open deur intrappen: cocreatie is de sleutel tot succes. Betrek de eindgebruikers, mensen met dementie en hun mantelzorgers, bij het ontwerpen van je dementievriendelijke ziekenhuis.
- Versterk de autonomie van de patiënten met dementie. Geef deuren die belangrijk zijn, zoals die van het toilet, een opvallende kleur, zodat ze sneller gedetecteerd worden. Maak de gangen vrij zodat de leuning aan de wand overal bereikbaar is en patiënten dus zelfstandig kunnen bewegen.

## 2. is persoonsgericht

Een ziekenhuisomgeving is groot en meestal ongezellig.

- Kijk hoe je een afdeling, ruimte, kamer, verplaatsing, ... meer geborgen of vertrouwd kunt laten aanvoelen. Hoeveel verschillende gezichten ziet de persoon met dementie in zijn traject? Hoe groot is de afdeling, kamer of vleugel waar hij tijd doorbrengt? Zijn er herkennings- en rustpunten op de afdeling?
- Richt de ruimtes zo huiselijk en herkenbaar mogelijk in. Kies daarbij voor natuurlijke materialen en herkenbaar meubilair, zoals een kraan met hendel in plaats van een sensor, een duidelijke lichtschakelaar, ... Wat is simpel en intuïtief te gebruiken?
- Laat patiënten persoonlijke voorwerpen meebrengen, zoals een eigen hoofdkussen, een foto van hun partner, een dekentje,...
- Zoek naar manieren om in de inrichting en architectuur interactie te stimuleren, bijvoorbeeld door een gezellige inrichting van de dagzaal of een knusse zithoek.

## 3. ondersteunt de veiligheid, gezondheid en het welbevinden

- Tracht maatregelen die de vrijheid beperken zo subtiel mogelijk aan te brengen. Werk bijvoorbeeld met polsbandjes die bepaalde deuren gericht wel of niet openen. Voorzie aantrekkelijke, kleurrijke plaatsen waar patiënten tijd kunnen doorbrengen, weg van plaatsen waar ze beter niet komen. Geef een neutrale kleur aan deuren die de patiënt beter niet opent, zoals die van de bergingen of de buitendeur.
- Creëer de ideale omstandigheden voor maaltijden, zodat de kans op ondervoeding en dehydratatie verkleint. Voorzie een rustige ruimte waar patiënten (en eventueel de mantelzorger) samen kunnen eten. Zien eten, doet eten. Zet in op daglicht of goede verlichting, herkenbaar servies, herkenbaar eten, aantrekkelijke geuren, een rustige sfeer tijdens de maaltijd, ...
- Investeer in materialen die uitnodigen tot zinvolle dagbesteding. Verveling, zich niet thuisvoelen, onderprikkeling, overprikkeling, ... leiden immers tot onrust. Bovendien zorgen actieve dagen voor rustigere nachten. Zet dus in op een activiteiten-aanbod voor patiënten met dementie: individueel en in groep. Voorlezen, reminiscentie, creatieve activiteiten, schaken, gezelschapspellen spelen, muziekactiviteiten, een bewegingsactiviteit, koken, ... zijn slechts enkele voorbeelden. Onderzoek lijkt aan te tonen dat muziekactiviteiten, multisensoriële activiteiten en bewegingsmomenten een positieve invloed hebben op het gebruik van psychofarmaca, de stemming van de patiënt, onbegrepen gedrag, ...<sup>14</sup>. Meer kwaliteitsvol onderzoek hieromtrent is aangewezen om dit wetenschappelijk steviger te onderbouwen.<sup>15</sup>



## Kunst aan de muur

AZ Sint-Lucas, Gent

In AZ Sint-Lucas in Gent fleurt een grote muurschildering straat 37 (afdeling geriatrie- totaalzorg cognitie) op. Naar aanleiding van de Werelddag Dementie in 2021 haalden twee verpleegkundigen hun creativiteit én hun schilderstalent boven. Samen met mensen met dementie ontwierpen en schilderden ze deze prachtige muurschildering. Het oogt niet alleen mooi, het is ook een belangrijk oriëntatiepunt voor patiënten en bezoekers.

## 4. biedt de juiste (hoeveelheid) prikkels



### Persoon met dementie

*“Door mijn dementie heb ik moeite met verandering. Een rustgevende en duidelijke omgeving is voor mij van cruciaal belang.”*

- Intense periodes van geluidshinder kunnen ertoe leiden dat mensen met dementie minder goed slapen, meer agitatie vertonen, minder tolerant zijn voor pijn en meer cognitieve problemen ervaren. Bekijk met het team hoe je storende geluiden kan verminderen of dempen. Denk bijvoorbeeld aan geluiddempende panelen aan de muren of het plafond of een vibrerend (i.p.v. rinkelend) oproepsysteem. Bekijk welke patiënten je 's nachts kan laten doorslapen in plaats van ze te wekken.

- Zorg voor zoveel mogelijk zonlicht en natuurlijk licht. Het vermindert stress, pijn, pijnmedicatie, ... en zorgt voor een beter dag- en nachtritme.
- Je kan prikkels ook gericht en positief inzetten, bijvoorbeeld in de vorm van kunstwerken op de gang of muziek(activiteiten). Het is niet alleen een fijne dagbesteding, maar het kan ook oriëntatie bevorderen en mentale rust brengen.
- Voorzie, waar mogelijk, toegang tot de natuur en een buitenruimte. Kan dit niet, zet dan maximaal in op zicht op buiten of foto's met lokale taferelen of natuurbeelden.
- Kies voor egale verlichting die geen beangstigende schaduwen creëert. Sluit 's avonds de gordijnen wanneer het donker wordt. Zo vermijd je reflecties in het glas en dus ook illusies.



## Waar is mijn kamer?

Diakonessenziekenhuis (Dresden, Duitsland)

Op de geriatrie in het Diakonessenziekenhuis vind je op elke kamerdeur een grote foto en het kamernummer terug<sup>d</sup>. Diezelfde foto ziet de patiënt ook voor zich wanneer hij in bed ligt en wanneer hij naar de badkamer gaat. Elk bed en het bijhorend meubilair heeft bovendien een specifieke kleur. Zo herkent de patiënt gemakkelijker aan welke zijde hij slaapt of waar hij zich moet wassen.

<sup>d</sup>. Hang de foto's bij voorkeur iets lager zodat patiënten zowel staand als zittend de foto's kunnen zien.



## Het delierkanaal

Jan Yperman ziekenhuis (leper)

Het Jan Ypermanziekenhuis heeft sinds enkele jaren een eigen 'delierkanaal'. Patiënten met dementie of een delier kunnen hun tv afstemmen op kanaal 3 waar rustgevende beelden helpen oriënteren in tijd en ruimte. Ze zien een klok en een kalender, afgewisseld met beelden van het ziekenhuis en van leper. "Vroeger werkten we met oriënterende boxen waarin o.a. een kalender en een uurwerk zat", vertelt coördinator geriatrisch zorgprogramma Jonas Vanhove, "maar daarvan hadden we er soms tekort of er verdwenen voorwerpen uit. Zo ontstond het idee om gebruik te maken van iets dat op elke kamer aanwezig is: de televisie.". Per dagdeel (ochtend, middag, avond) krijgt de patiënt andere beelden te zien. Er speelt rustige achtergrondmuziek, maar die kan uiteraard ook uitgeschakeld worden. Momenteel werkt het team aan een versie 3.0. van hun delierkanaal. Die versie zal seizoensgebonden beelden bevatten, waardoor de patiënt beelden te zien krijgt, die passen bij het huidige seizoen.

## 5. stimuleert oriëntatie in tijd en ruimte

- Hang een goed leesbare kalender en (analoge) klok op de kamer en in de gemeenschappelijke ruimtes.
- Zorg ervoor dat patiënten de weg vinden. Voorzie accentkleuren, kunstwerken, signalering en herkenningspunten, zodat ze zelfstandig de weg naar hun kamer of naar de leefruimte vinden. Ook mensen met dementie kunnen nieuwe informatie inprenten. De kans is dus groot dat zij, na enige tijd, hun kamerdeur herkennen aan een duidelijke foto of ander kenmerk.
- Voor wie lang in het ziekenhuis verblijft, kunnen de dagen en weken op elkaar beginnen lijken. Geef de patiënten daarom voeling met het seizoen door middel van decoratie, kunstwerken, ...
- Zorg voor natuurlijk licht en voorzie de mogelijkheid om naar buiten te kijken door een raam. Verduister 's nachts de kamer volledig om een goede nachtrust te bevorderen. Dit zorgt ook voor een betere oriëntatie en een beter dag-nachtritme. Uitzonderingen hierop zijn uiteraard als de patiënt met dementie het gewoon is om thuis in een niet-verduisterde kamer te slapen. Op spoed, intensieve zorgen en tijdens onderzoeken kan het een uitdaging zijn om patiënten te oriënteren in de tijd.<sup>16</sup> Hier kan circadiaanse verlichting een oplossing bieden, door het gebruik van een blauwer licht overdag en een zachter, warm licht 's avonds.
- Zorg voor 'leesbaarheid': overzichtelijke ruimtes met een duidelijke functie, goede zichtlijnen waarlangs je het toilet, de dagzaal of de verpleegpost kan zien, icoontjes of foto's die de badkamer of een toilet aanduiden,... Gebruik je signaalborden, zorg er dan voor dat die consequent gebruikt worden, duidelijke tekst bevatten met hoofd- en kleine letters en een beeld. Breng ze niet hoger dan 1,2 m aan.



- In sommige grote gebouwen hanteert men het principe van 'progressieve onthulling': de patiënt of bezoeker krijgt telkens net voldoende informatie om een beslissing te kunnen nemen, tot hij aan het volgende beslissingspunt komt. Zo raken mensen minder snel overspoeld en gedesoriënteerd door informatie.

## 6. speelt in op de specifieke noden van mensen met dementie

- Bouw de geriatrische of dementiespecifieke afdeling bij voorkeur in een rustige vleugel van het ziekenhuis, zodat er zo weinig mogelijk passage of lawaai is.
- Zorg voor voldoende ruimte naast het bed voor persoonlijke spullen of voor de mantelzorger om te blijven overnachten.  
Voorzie, net zoals op pediatrie en materniteit, een comfortabel bed of een comfortabele zetel voor de mantelzorger.
- Teken een veilige, interne bewegingsroute uit en zorg voor plaatsen waar de patiënt zelfstandig kan bewegen.
- Hou rekening met de veranderingen in dieptezicht en kleurperceptie bij mensen met dementie. De vloer heeft best één kleur, zonder kleurveranderingen die als een niveauverschil gepercipieerd kunnen worden. Kies voor een matte vloer aangezien een blinkende vloerbedekking glad of nat kan lijken. Zorg er bovendien voor dat de vloer geluidsabsorberend is.  
Lichtschakelaars contrasteren best met de kleur van de muur. Wees je ervan bewust dat kunstmatig licht een storende glans kan veroorzaken op gladde oppervlakken zoals de vloer, het raam, de muur of een tafel.

## 7. gebruikt technologie op gepaste wijze

- De wijze waarop je technologie wil gebruiken, bepaalt ook de manier van bouwen en inrichten. Kies voor onopvallende technologie die de veiligheid van de patiënt met dementie vergroot, zoals valdetectiesystemen, dwaaldetectie, loopcirkels, ... Of voor technologie die de autonomie vergroot, zoals verlichting die 's nachts de weg naar het toilet wijst. Wanneer het nachtlampje geactiveerd wordt door beweging is het belangrijk dat het licht lang genoeg aangaat zodat ook personen die traag bewegen voldoende tijd krijgen om zich naar het toilet te begeven.
- Biodynamische verlichting volgt het circadiaans ritme. Het compenseert voor het veranderde dag-nacht-ritme bij mensen met dementie en bevordert zo de oriëntatie in de tijd.



## Silvia Station

Sankt Hildegardis (Keulen, Duitsland)

In het St. Hildegardisziekenhuis in Keulen bevindt zich 'Station Silvia', een aparte afdeling voor mensen met dementie. Geïnspireerd door het Silviahemmet-concept uit Zweden bouwde het ziekenhuis een aparte unit voor acht mensen met dementie. Men wil er inspelen op de individuele noden van de persoon met dementie, zijn mogelijkheid versterken en zijn naasten ondersteunen. Huiselijkheid en zich goed voelen op de afdeling, zijn twee belangrijke doelstellingen. Er is een gezellige woonkamer met zithoekjes en een mooi aangeklede tafel. De afdeling bevindt zich aan het einde van een gang, waardoor er geen doorgaand verkeer is. Er zijn geen gesloten deuren en er wordt niet gefixeerd.

◀ Aparte unit voor mensen met dementie.

**Teken de weg** die patiënten en bezoekers afleggen uit voor jullie ziekenhuis. Denk daarbij aan de bereikbaarheid van het ziekenhuis, de parking en het onthaal, de verplaatsingen binnen het ziekenhuis, het geriatrisch dagziekenhuis, spoedgevallen, de opnamedienst, het operatiekwartier, medische beeldvorming, de verschillende afdelingen, ...

Vier vijfde van de opgenomen patiënten met dementie passeert langs **spoedgevallen**.<sup>17</sup> Dit is dus een belangrijke locatie in een dementievriendelijk ziekenhuis. De spoedgevallendienst staat doorgaans haaks op wat iemand met dementie nodig heeft. Het is er lawaaiërig, druk en potentieel verwarrend. Je moet er soms lang wachten. Een prikkelarme wachtruimte en box kan hier een stuk van

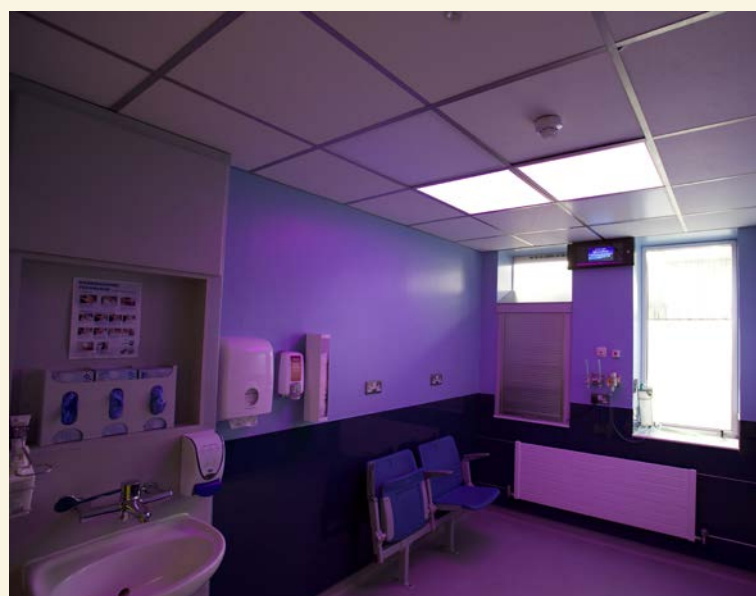
de oplossing bieden. Een **aparte wachtruimte**, afgeschermd van de drukte, biedt de rust en geborgenheid die mensen met dementie nodig hebben. Voorzie hier een duidelijk zichtbaar toilet, een automaat met drank en snacks en een directe zichtlijn naar het onthaal. Een mogelijkheid om te liggen is ook aangewezen. Ook raden we een **prikkelarme box** op spoed aan. Hier voorzie je een rustigere omgeving, met mogelijkheid voor de mantelzorger(s) om te zitten. Circadiaanse verlichting kan helpen om patiënten beter te laten oriënteren in de tijd. Zorg voor een goede akoestische afsluiting, zodat geluidsprikkels geen onrust veroorzaken. Voorzie een duidelijke signalisatie (met icoon en woorden) naar het toilet.

## Spoedgevallen

### St. James's Hospital (Dublin, Ierland)

Het St. James's Hospital in Dublin richtte op spoed een box in voor personen met dementie. Die ziet er, in vergelijking met de andere boxen, rustiger uit. Alle technische apparatuur, notitieborden en spiegels zijn weggestopt, er zijn uitklapbare stoeltjes met armleuningen voor de familieleden, de kleuren zijn rustiger, er is geluiddempend materiaal gebruikt, er zijn oriënterende tools zoals een analoge klok en een kalender. Ook is er een duidelijke aanduiding van het toilet met pictogrammen. Men kan de verlichting in de box aanpassen in kleur en intensiteit, zodat die meer aansluit op het dag-nachtritme van de persoon met dementie. Wanneer je slechts één prikkelarme box op de spoedafdeling hebt, bestaat de kans dat die net bezet is op het moment dat iemand met dementie zich aanmeldt. Waarom richt een ziekenhuis niet alle boxen op deze manier in? Verschillende kwetsbare doelgroepen, zoals mensen met een psychiatrische problematiek, kunnen hier immers ook baat bij hebben.

- Dementievriendelijke box op spoed in het St. James's Hospital: boven vóór de make-over, beneden na de make-over.





▲ Fotomuur in het AZ Sint-Maarten.



▲ Het nieuwe jasje van de dagzaal.

## Een dementie-vriendelijke aankleding

AZ Sint-Maarten (Mechelen)

Psychogeriatric 'Het Anker' kreeg enkele jaren geleden, onder impuls van het referentiekader dementie en geïnspireerd door de nieuwe visie van de afdeling, een dementievriendelijke look. Naast de dagzaal pronkt nu een fotomuur met een afbeelding van een bekend straatje in Mechelen. Het spreekt patiënten aan. Die komen nieuwsgierig kijken en zien zo door het raam ernaast wat gaande is in de dagzaal. Ook die kreeg een nieuw jasje: de muren werden behangen en er kwamen huiselijke meubeltjes. Elke kamer kreeg, geïnspireerd door het voorbeeld in Dresden, een eigen foto en een duidelijk kamernummer. Op de grote buitendeuren van de afdeling, waarlangs mensen met dementie soms meeglipten naar buiten, hangt nu een grote foto van een natuurlandschap. Het multidisciplinair team ontwierp een aantal posters met oefeningen, de zogenaamde fit-o-meter. Deze hangen in elk gangdeel van de afdeling en creëren samen een beweegparcours dat patiënten alleen of samen met de therapeut of hun familie kunnen volgen.



► Metamorfose in het Diakonessen-ziekenhuis

## Diakonessen-ziekenhuis

(Dresden, Duitsland)

Een dienst van het Diakonessenziekenhuis in Dresden onderging enkele jaren geleden een metamorfose. Onderzoeker Kathrin Büter observeerde het wandelpatroon van mensen met dementie op de afdeling en stelde vast dat de grootste passage in de gang, net voor de verpleegpost, plaatsvond. Mensen met dementie bleven er vaak ook staan. De gemeenschappelijke ruimte enkele meters verderop werd nauwelijks benut, behalve om even door te wandelen. Naar aanleiding van deze bevindingen nam men de afdeling architecturaal helemaal onder de loep. Voor de verpleegpost vormde men twee ruimtes om tot een open zitgedeelte, voorzien van verschillende visuele en auditieve prikkels. Er is een televisiescherm waarop een aquarium te zien is, er hangen koptelefoons met verschillende muziekgenres en er liggen boeken om in te snuisteren. Vanuit de verpleegpost hebben zorgverleners zicht op de zithoek. Onderzoek toonde aan dat de nieuwe zithoek leidt tot meer activiteiten en meer interactie bij de mensen met dementie. Bovendien kon men een hogere arbeidstevredenheid bij de medewerkers opmeten.



### Aan te raden literatuur

- Büter, K., & Marquardt, G. (2019). Construction and Design Manual – Dementia-friendly Hospital Buildings. Berlin: DOM publishers.
- Grey, T., Xidous, D., Kennelly, S., Mahon, S., Mannion, V., de Freine P., Dockrell, D., de Siún, A., Murphy, N., Craddock, G., O'Neill, D. (2018). Dementia Friendly Hospitals from a Universal Design Approach. Design Guidelines. Full text te vinden op het internet.
- Stroobants, E., & Verhaest, P. (2012). Architectonica. Een thuis voor mensen met dementie. Antwerpen: EPO.
- The King's Fund (2014). Is your hospital dementia friendly? EHE Environmental Assessment Tool. Full text te vinden op het internet.



## Pijler 2

# Een sterk (zorg)team met dementiespecifieke kennis

### Doelstellingen

In dit ziekenhuis ...

- heeft elke medewerker basiskennis over omgaan met iemand met dementie en zijn naasten
- is er expertise over dementie in huis
- zijn er opgeleide vrijwilligers

### Onderbouwing en aanbevelingen

Patiënten met dementie kan je niet benaderen als elke andere patiënt. Door zicht te hebben op hun beleving, mogelijkheden en moeilijkheden ontstaat begrip en respect, kan je betere zorg bieden en heel wat onbegrepen gedrag voorkomen. In dit hoofdstuk belichten we drie aspecten:

- basiskennis dementie bij elke medewerker
- expertise over dementie bij specifieke medewerkers
- de meerwaarde van opgeleide vrijwilligers

#### Een basiskennis dementie bij elke medewerker

Om gezinnen met dementie kwaliteitsvol te begeleiden is enige kennis over dementie vereist. Niet alleen bij zorgverleners, maar bij elke medewerker die in contact kan komen met een patiënt met dementie en zijn mantelzorgers. Neem dus zeker ook de onthaalmedewerkers, logistieke medewerkers, schoonmaak, technische dienst, ... mee in een basisopleiding over dementie.

Bij meer dan 80% van de patiënten met dementie is de dementie niet de reden van de opname.<sup>18</sup>

Veel patiënten met dementie verblijven op geriatrie, maar een groot deel komt op een niet-geriatrie dienst terecht. Ook daar is basiskennis dementie dus vereist. Het Nederlandse ABOARD onderzoek toont aan dat artsen en verpleegkundigen bij 42% van de oudere patiënten geheugenproblemen niet opmerken<sup>19</sup>. Dit heeft mogelijks een impact op de begeleiding, communicatie, betrokkenheid van de mantelzorger, ... en kan met educatie aangepakt worden.

Het is zeker ook een aandachtspunt (en soms een uitdaging) voor zorgverleners op spoedgevallen, die in een zeer snelle en medisch gefocuste omgeving goed met de kwetsbaarheden van mensen met dementie moeten kunnen omgaan.

Idealiter heeft je organisatie een **getrapt vormings-systeem**: van een eenvoudige basisvorming tot gespecialiseerde vormingen over dementie.

- Een basispakket 'omgaan met dementie'  
Hier ligt de focus op inzicht in de beleving van de persoon met dementie en op enkele basisprincipes van communicatie en omgang.  
Doelgroep: medewerkers die sporadisch of onrechtstreeks met mensen met dementie in contact komen, maar niet in de zorg staan.
- Een uitgebreider pakket 'omgaan met dementie'  
Doelgroep: zorgverleners die in contact komen met patiënten met dementie.  
In deze vorming bespreek je de vormen van dementie, de symptomen, de beleving door de



## **ROCKT.** **De gedragscode voor verpleegkundigen**

Sint-Franciscus-ziekenhuis  
(Heusden-Zolder)

Voor zorgverleners die werken met patiënten met dementie ontwikkelde het Sint-Franciscus-ziekenhuis de **ROCKT**-gedragscode. Een letterwoord dat staat voor:

- **Rust:** blijf zelf rustig en bewaar de rust in de kamer, op de gangen, ...
- **Oogcontact:** ga op gelijke hoogte staan, spreek de patiënt aan en maak oogcontact.
- **Communicatie:** zowel verbaal als non-verbaal, zowel bij jezelf als bij de patiënt.
- **Maak je Kenbaar:** stel jezelf voor
- **Neem Tijd:** neem je tijd, luister, zoek naar achterliggende oorzaken van onrust, ...

De gedragscode is heel concreet en laagdrempelig opgesteld en kan gebruikt worden bij patiëntencontact. De initiatiefnemers merkten al heel snel de positieve veranderingen in het gedrag van de collega's. De goede voorbeelden zetten andere collega's aan om de gedragscode ook toe te passen.

patiënt, de impact op het gezin en de mantelzorgers, communicatietips, preventie van en omgaan met onbegrepen gedrag, ... Persoonsgerichte, relatiegerichte zorg is hier de centrale boodschap. Blijf de mens achter de patiënt zien. Afhankelijk van de doelgroep kies je hier hoe diep je wil gaan.

Nieuwe kennis vertalen naar de praktijk gebeurt niet zomaar. Het is daarom ook belangrijk om die transfer te begeleiden, bijvoorbeeld in de vorm van intervisie, opvolging door de hoofdverpleegkundige, een buddy op de werkvloer, ...

Uiteraard kunnen we geen expertise in dementiezorg verwachten van elke ziekenhuismedewerker. Een expert in dementiezorg (zie verder) die vlot bereikbaar is en als coach of hulplijn kan ingeschakeld worden, is dan ook sterk aangewezen.

Organiseer je (na)vorming over dementie, overweeg dan om ook andere ziekenhuizen of partnerorganisaties uit te nodigen. Zo wordt kennis en expertise transmuraal gedeeld.

Wist je dat ziekenhuizen subsidie kunnen aanvragen voor vorming op maat voor specifieke doelgroepen? Contacteer het Sociaal Fonds Ouderenzorg.



## Een escape game dementie

Sint-Trudo (Sint-Truiden)

Hoe voelt het om dementie te hebben? Wie deelneemt aan de escape room in het Sint-Trudo-ziekenhuis komt het te weten. Het geriatrisch support team daagt hun collega's, maar ook studenten en zorgorganisaties uit de buurt uit om in 30 minuten tijd de code te kraken. Doorheen de verschillende kamers krijgen de deelnemers inzicht in hoe het is om met dementie (voornamelijk vanuit het perspectief van iemand met de ziekte van Alzheimer) te leven.

“We zeggen niet veel voor ze binnengaan,” zegt Elke Bielen, verpleegkundige in het geriatrisch support team. “Als je puur logisch nadenkt, is het heel gemakkelijk. Maar er zijn verschillende prikkels in het spel waardoor het logisch denken moeilijk wordt”. Elke en haar collega Peggy Lavaerts begeleiden de deelnemers bij de verschillende stappen in het spel. Wie hulp vraagt, krijgt straf tijd. Na het spel lichten ze elke kamer toe en maken ze de vertaalslag naar de praktijk. Hoe de deelnemers reageren? Ze voelden zich echt iemand met dementie en ze kregen inzicht in hoe ze dingen anders zouden aanpakken naar hun patiënten met dementie.

## Inzetten op de vaardigheden van elke medewerker

OUH / Svendborg Sygehus (Svendborg, Denemarken)

Svendborg ziekenhuis kreeg tussen 2017 en 2019 en onder impuls van het Deense Dementieplan een financieel duwtje in de rug. Drie jaar lang werkten ze intensief aan goede dementiezorg en konden zo o.a. het luik ‘staff competences’ sterk uitbouwen. Ze creëerden een getrappt opleidingsprogramma (specialist, generalist, basis, e-learning) en leidden in die periode 1487 mensen op. Ook nu de financiering gereduceerd is, blijft men het opleidingsprogramma aanbieden.

De specialistische opleiding is bedoeld voor zorgverleners die dagelijks werken met mensen met dementie en hun gezinnen (bv. sociale dienst, medewerkers geriatric, ...) en betreft 60 studiepunten aan een onderwijsinstelling. De generalistische opleiding duurt vier dagen en leidt mensen op tot ‘sleutelfiguur dementiezorg’. De doelstelling is dat elke afdeling of dienst minimaal één sleutelfiguur dementie heeft. De basisopleiding dementie bestaat uit één lesdag van 6 uur en is bedoeld voor alle types medewerkers uit het ziekenhuis. Wat de basisopleiding uniek maakt, is dat die medewerkers met diverse profielen samenbrengt. Zo discussieert de arts-specialist met de logistiek medewerker, verpleegkundige of technische dienst over dezelfde casus en leren ze elkaars perspectief beter begrijpen. Ook de vrijwilligers van het Rode Kruis, die zeer actief zijn in het ziekenhuis, werden bijna allemaal opgeleid in omgaan met mensen met dementie.

De sleutelfiguren zijn het aanspreekpunt voor dementie op hun dienst, maar begeleiden ook reflectiemomenten (45 min.) met de teams, over onbegrepen gedrag en dementie. Die worden steeds zeer dankbaar onthaald door de collega's.



## Expertise over dementie in huis

Aangezien een groot deel van de patiënten in het ziekenhuis dementie heeft, is expertise in deze materie onontbeerlijk. Doorgaans is die expertise het sterkst aanwezig op het geriatrisch dagziekenhuis, de diensten geriatrie, bij de interne geriatrische liaison en bij de geriater, psychiaters en neurologen.

Verscheidende Vlaamse ziekenhuizen investeerden, hoewel nog niet vergoed door de federale overheid, in een of meerdere **referentiepersonen dementie** om het thema en de innovaties in dementiezorg te behartigen. Dit bevelen we zeker aan. De Expertisecentra Dementie en Alzheimer Liga Vlaanderen blijven ijveren voor de financiering van een Referentiepersoon dementie in het ziekenhuis: we wensen een breed inzetbare expert dementiezorg die minstens deeltijds vrijgesteld wordt om zijn functie op te nemen.

Welke taken kan een Referentiepersoon dementie op zich nemen, ziekenhuisbreed?

- Knelpunten signaleren en dementiezorg optimaliseren.
- Het thema dementie, zowel bij jongere als oudere patiëntengroepen, blijvend onder de aandacht brengen op de niet-geriatrische diensten
- Opleiding geven aan collega's, vrijwilligers of mantelzorgers.
- Een aanspreekpunt zijn voor zorgteams, bij complexe situaties (onbegrepen gedrag, dag-nachtritme, rusteloosheid, conflict met andere patiënten, complexe mantelzorgsituaties, ...).
- Zorgteams coachen.
- Een zorgtraject voor mensen met dementie en de mantelzorgers coördineren, bijvoorbeeld door middel van een follow-upgesprek na de diagnose, gesprekken ter voorbereiding van ontslag naar huis, multidisciplinaire follow-up na de diagnose, een draagkracht-draaglastgesprek met de mantelzorgers, contact na ontslag, het informeren over vroegtijdige zorgplanning en doorverwijzen naar de juiste kanalen in de regio. Dit

uiteraard in afstemming met de sociale dienst.

- Projecten over dementie coördineren.
- Het voorzitten en coördineren van een werkgroep dementie.
- Huisbezoeken uitvoeren als voorbereiding op ontslag.
- Samenwerken met de interne geriatrische liaison.
- ...

In een dementievriendelijk ziekenhuis is ook een belangrijke rol weggelegd voor de **interne geriatrische liaison (IGL)**. De IGL ondersteunt de niet-geriatrische diensten om kwaliteitsvolle geriatrische zorg te bieden aan kwetsbare ouderen. Het evalueert de geriatrische noden van oudere patiënten en formuleert aanbevelingen voor de arts en het verpleegkundig team van de dienst waar de persoon gehospitaliseerd is.<sup>20</sup> Uit een rapport van het KCE uit 2017 blijkt dat slechts een minderheid van de ouderen met dementie op een niet-geriatrische dienst een geriatrisch consult krijgt.<sup>21</sup> Wij pleiten dan ook voor een uitbreiding van de interne geriatrische liaisonsteams zodat ze *alle* mensen met dementie kunnen begeleiden doorheen de opname en zodat ze de overgang naar de thuissituatie mee kunnen ondersteunen.

## Opgeleide vrijwilligers

Vrijwilligers, die specifiek opgeleid zijn in het omgaan met mensen met dementie, zijn van grote waarde in het ziekenhuis – zeker op momenten dat er geen mantelzorger aanwezig is. Ze kunnen patiënten met dementie begeleiden naar een onderzoek of consultatie, ze kunnen zorgzaam aanwezig zijn op spoedgevallen, ze kunnen zinvolle dagbesteding aanbieden aan gehospitaliseerde patiënten of in het dagziekenhuis, aan maaltijdbegeleiding doen, een luisterend oor bieden aan de patiënt of de mantelzorgers, ... In sommige landen waar fysieke fixatie verboden is, spelen vrijwilligers een cruciale rol bij de preventie en aanpak van onbegrepen gedrag. Sommige zorgopleidingen laten hun studenten vrijwilligerswerk opnemen bij mensen met dementie.

## Interne liaison spoedgevallen

UZ (Leuven)

Naar aanleiding van het doctoraatsonderzoek URGENT in 2017 op de spoedgevallendienst van UZ Leuven, startte het ziekenhuis met een innovatief initiatief: elke weekdag is er een geriatrisch verpleegkundig consulent van de Interne Geriatrische Liaison aanwezig op spoed om 70-plussers te screenen op een risicoprofiel en uitgebreid te evalueren indien nodig. Als er tijdens de screening sprake is van een geriatrisch risicoprofiel, dan wordt de patiënt met een uitgebreide evaluatie verder in kaart gebracht op medisch, functioneel, mentaal én sociaal vlak. Op basis van de medische beoordeling van de arts, het klinische oordeel van de spoedverpleegkundige en de evaluatie van de geriatrisch verpleegkundig consulent/sociale medewerker komt men tot een concreet plan van aanpak. Dit gaat van: voorzien van gepaste (geriatrische) zorg tot gericht opname-ontslagbeleid.

“Ons werk is complementair aan dat van de collega’s op spoedgevallen. Wij hebben een holistische, proactieve aanpak, zetten in op delierpreventie, brengen o.a. de functionaliteit van de patiënt in kaart en bewaken dat mensen niet onnodig lang op spoed blijven liggen. Met de nieuwe werking konden we de gemiddelde verblijfsduur op spoed voor de geriatrische patiënt inkorten van 17 naar 11 uur. Voor bijvoorbeeld patiënten met dementie of met (risico op) een delier maakt dit een heel groot verschil”, vertellen Nadja Himschoot en Elke Detroyer, geriatrisch consulenten.

“Elke ochtend zitten we samen met de medische staf, de hoofdverpleegkundige, pastorale dienst, sociale dienst, ... Dan worden alle patiënten besproken en bepalen we het verdere beleid. Reeds pro-actief werken aan de toegangspoort van het ziekenhuis is cruciaal voor vele patiënten.”



### Nadja Himschoot en Elke Detroyer, geriatrisch consulenten

*“Waar we nog van dromen?  
Een triagesysteem vóór het  
ziekenhuis ...”*

“Waar we nog van dromen? Een triagesysteem vóór het ziekenhuis, waarbij we bijvoorbeeld huisartsen en woonzorgcentra kunnen adviseren over het al dan niet verwijzen naar spoed of ambulantly via geriatrisch dagziekenhuis. Sommige patiënten zien we bijvoorbeeld beter ambulantly in het geriatrisch dagziekenhuis. Ook dromen we van een subacute ruimte voor ouderen op spoed, waar er bijvoorbeeld meer ruimte is voor de mantelzorger aan bed van een patiënt met cognitieve problemen.”







## De Referentiepersoon dementie als motor van goede dementiezorg

H. Hartziekenhuis (Mol)

“We willen op elke dienst aandacht voor de patiënt met dementie”, vertelt Annick Bienstman, coördinator zorgprogramma geriatrie. “Daarom leiden we momenteel twee extra medewerkers op tot Referentiepersoon dementie. Zij zullen de interne liaison, het dagziekenhuis en bepaalde afdelingen versterken met hun dementie-specifieke expertise.” Naast het patiëntencontact vanuit de IGL zullen de referentiepersonen effectief meehelpen met bepaalde teams om goede dementiezorg vorm te geven en een beleid rond dementiezorg uit te bouwen. Waar Annick nog van droomt? Een geriatrische werkgroep opstarten waarin elke niet-geriatrische afdeling een verpleegkundige afvaardigt. Dat zou ervoor zorgen dat de expertise rond dementiezorg verankerd is op de niet-geriatrische diensten en niet alleen vanuit geriatrie verspreid raakt over het hele ziekenhuis.



## Pijler 3

# Persoonsgerichte zorg van voor opname tot na ontslag

### Doelstellingen

In dit ziekenhuis ...

- gaan we aan de slag met persoonsgerichte informatie
- is er afgestemde communicatie
- vermijden we onnodige transfers en opnames
- geven we warme zorg in het operatiekwartier, op spoed, op intensieve zorgen en bij ambulante zorgverlening

### Onderbouwing en aanbevelingen

#### Aan de slag met persoonsgerichte informatie

Om een ziekenhuisopname zo vlot mogelijk te laten verlopen, is vertrouwde en continuïteit op zoveel mogelijk vlakken aan te raden. Dit lukt het best als je zicht hebt op wie de patiënt met dementie is, wat hij belangrijk vindt, wat hem rustig/onrustig maakt, ... Die informatie is niet terug te vinden in het standaard geriatrisch assessment.

Vraag daarom bovenop de standaard intakevragen naar iemands roepnaam, gewoontes, gedrag (en hoe omgaan met...), belangrijke personen in hun leven, mantelzorgers, een stukje levensverhaal, ... Die persoonsgerichte informatie zal het team helpen om veranderend of onbegrepen gedrag te vermijden, begrijpen of aan te pakken, om iemand geborgenheid te geven, om iemand beter te kunnen 'lezen'. Het is je basis voor afgestemde zorg. De mantelzorgers zijn hierbij je bondgenoten. Zeker bij patiënten met matige of gevorderde dementie die hun wensen of gewoonten moeilijker kunnen verwoorden.



#### Catherine Van Dessel, geriater

*“Voor mij als geriater leidde het gebruik van een moodboard tot een sneller en groter inzicht in de problematiek en het gedrag, en tot een genuanceerdere aansturing van aanpak, een sterker contact met familie, een merkkelijk groter vertrouwen van de familieleden in het team. Ze geven concreet aan veel geruster te zijn nu ze merken dat vader of moeder benaderd zal worden vanuit wie hij echt is! We zien een zeer grote opbrengst voor de patiënt zelf in verhouding tot de (beperkte) inspanning: het maakt hem tot de mens die hij helemaal mag zijn, en niet puur een patiënt met dementie.”*

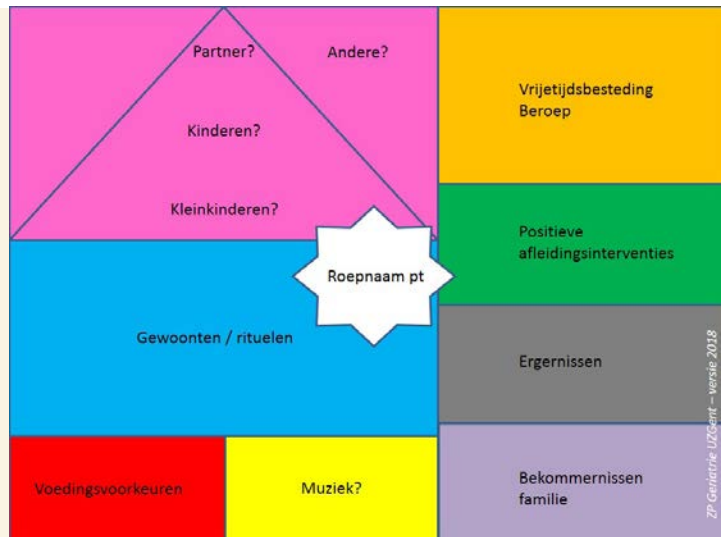


► Moodboard dienst geriatrie UZ Gent

## Het eerste Vlaamse moodboard

UZ (Gent)

Op de dienst geriatrie van het UZ Gent wordt een moodboard gebruikt om de beleving van de persoon met dementie te visualiseren. Personen met dementie worden op deze eenheid opgenomen wanneer zij nood hebben aan extra cognitieve ondersteuning of bij plotse gedragsveranderingen. Om in te kunnen zetten op cognitieve ondersteuning is het belangrijk de gewoontes en voorkeuren van de persoon met dementie te kennen. Tijdens een onthaalgesprek met een ergotherapeut of verpleegkundige worden de gewoontes van de patiënt bevraagd. De informatie uit het onthaalgesprek wordt genoteerd op een moodboard dat aan het hoofdeinde van het bed wordt geplaatst. Hierdoor hebben zorgverleners direct zicht op wat belangrijk is. Familie kan daar ook zaken bij noteren. De informatie wordt ook neergeschreven in het elektronisch patiëntendossier en de bezorgdheden van de familie worden besproken op het wekelijks multidisciplinair overleg. Door de impuls van dit project blijft de afdeling patiënt- en familiegerichte zorg verder verankeren op de afdeling. Bij ontslag uit het ziekenhuis van de patiënt geeft men het moodboard mee zodat andere betrokken zorgverleners dit ook kunnen gebruiken.



Welke documenten kan je hiervoor gebruiken?

- Een wie-ik-ben-document. (zie bijlage 1)
- Een moodboard. (laat je inspireren door ziekenhuizen die hier reeds mee werken – zie voorbeelden in bijlage 2)
- Een prehospitatie-checklist waarop o.a. staat dat de patiënt persoonlijke spullen mag meebrengen en waarop ruimte is om gewoontes en voorkeuren te noteren.<sup>22</sup>
- ...

Maak een document dat intersectoraal kan gebruikt worden en informeer je partners in de thuiszorg of residentiële zorg hierover. Idealiter vullen zij het document al in, samen met de patiënt/mantelzorgers, voor de opname en krijgen zij de meest recente versie toegestuurd na ontslag. Deze transmurale samenwerking versterkt de continuïteit van zorg voor de patiënt.

### Afgestemde communicatie en persoonsgerichte informatie-overdrachten

Hoewel dementie een aantal algemene kenmerken heeft, komt het bij elke persoon op een andere manier tot uiting. De mogelijkheden en beperkingen zijn bij elke patiënt anders. Communicatie en informatieverstrekking gebeurt **zoveel mogelijk met**



**de patiënt met dementie** en uiteraard steeds op maat van wat iemand kan verwerken. Soms is dat verbaal, soms met schriftelijke ondersteuning van de boodschap. Soms met de patiënt alleen, soms in het bijzijn van de mantelzorger(s).

Een aantal **basistips** voor communicatie met mensen met dementie:

- Ga op ooghoogte zitten en stel jezelf voor.
- Gebruik korte zinnen en eenvoudige woorden. Spreek geen vakjargon want dit wordt niet (meer) begrepen en zorgt voor extra stress en onrust.
- Mensen met dementie zijn zeer gevoelig voor jouw emotie. Wees je daar bewust van.
- Spreek tegen de persoon met dementie als een volwassene.
- Voorkom falen: formuleer je vragen zo dat confrontatie vermeden wordt, vraag niet naar het recente verleden, ...
- Maak gebruik van een realiteits-oriënterende houding.
- Houd rekening met een (mogelijks) trager reactievermogen.
- Ga niet in discussie.
- Let op je non-verbale en paraverbale communicatie.

Probeer steeds samen met de patiënt en zijn tegenwoordiger de **behandel- en zorgdoelen** te bepalen. Is er een negatieve wilsbeschikking? Is de vroegtijdige zorgplanning reeds opgestart? ...

Om de communicatie tussen het ziekenhuis en de mantelzorgers van de persoon met dementie zo vlot mogelijk te laten verlopen, is het raadzaam om een vast moment in te plannen waarop er contact is met de behandelende arts. Zo is de mantelzorger/vertrouwenspersoon goed geïnformeerd en wordt de arts minder gecontacteerd en gestoord op andere momenten.



## Vertrouwenspersoon van een persoon met dementie

### Muziek op maat ingezet

GZA (Antwerpen)

Het Sint-Vincentius-ziekenhuis bevindt zich in hartje Antwerpen. Er komen patiënten vanuit allerlei culturen over de vloer. Persoonsgerichte zorg met extra aandacht voor iemands religie en cultuur is hier dan ook vanzelfsprekend. Op geriatrie is de diversiteit aan culturen soms een uitdaging, bijvoorbeeld wanneer een patiënt verward of onrustig is en er geen gemeenschappelijke taal is die de patiënt en zorgverlener spreken. “Er is niet steeds een tolk of een familielid in de buurt”, zegt Kenny De Cuyper, verpleegkundig diensthoofd. “De dienst kocht recent een muziekbox aan, die via bluetooth kan verbonden worden. De werkgroep dementievriendelijke zorg en de logopedist maakten een aantal muzieklijsten op, met bijvoorbeeld traditionele Joodse en Arabische muziek. Is een patiënt met dementie onrustig, dan biedt muziek soms de geborgenheid om terug rust te vinden. Familieleden die op bezoek komen, kunnen persoonlijke favoriete muziek afspelen. Zo wordt het niet alleen cultuursensitieve zorg, maar ook echt zorg op maat.” Het ziekenhuis verkent op dit moment verschillende manieren om de boxen te gebruiken.



*“Mijn collega en ik hadden gisteravond heel wat moeite om Nora aan te kleden en in bed te stoppen. Ze was kwaad en onrustig. Een uurtje later vonden we haar slapend in haar zetel. Een collega vertelde me zonet dat Nora thuis altijd in haar zetel slaapt. Die info bij de overdracht had ons heel wat tijd en energie bespaard...”*

Deens onderzoek toont aan dat zorgverleners van een acute ziekenhuisdienst er meestal goed in slagen om de noden en wensen van een patiënt met dementie, zoals zijn slaaprituelen, in kaart te brengen. Deze informatie hebben ze immers nodig om persoonsgerichte zorg te kunnen geven. Wel stelt men vast dat het net deze persoonsgerichte informatie is die telkens tussen de shifts verloren gaat in de vele medische informatie.<sup>23</sup> Je kan veel tijd en energie sparen tijdens het ziekenhuisverblijf als je de patiënt kent. Daarom is het aan te raden om de belangrijke persoonsgerichte informatie te verzamelen bij de opname en om die goed door te geven bij de overdrachten.

Ook de diagnose dementie wordt best goed gemarkeerd in het elektronisch medisch dossier zodat alle medewerkers hiervan op de hoogte zijn.

### **Onnodige transfers en opnames vermijden**

Het is sterk aan te raden om een patiënt met dementie **zo weinig mogelijk te verplaatsen van kamer of dienst** omdat dit de verwardheid kan doen toenemen.<sup>24</sup> Is het noodzakelijk dat de patiënt van afdeling verhuist, breng hem en zijn mantelzorgers dan zeker op de hoogte. Probeer, samen met de mantelzorgers, in te schatten of de patiënt onrustig zal reageren en pas het tijdstip van je communicatie daarop aan.



### **Mantelzorg**

*“Dat ik mocht meegaan van onderzoek naar onderzoek, dat heeft papa veel rust gebracht.”*

Ook een transfer naar een consultatie of een onderzoek buiten de dienst kan beangstigend zijn of verwardheid creëren. In die situatie is er dan ook speciale aandacht nodig voor het welbevinden van de patiënt. Laat een mantelzorg, professionele zorgverlener of opgeleide vrijwilliger **meegaan naar de consultatie of het onderzoek** en laat hem, indien mogelijk, bij de patiënt blijven. Stem je planning zoveel mogelijk af op het tijdstip waarop een begeleider kan meegaan.

Zorg bij elke transfer voor een **persoonsgerichte informatieoverdracht** tussen de diensten, waarbij de belangrijkste persoonsgerichte informatie doorgegeven wordt. Check even of het wie-ik-bendocument (of een alternatief) de meest recente informatie bevat. Op die manier kunnen de collega's dezelfde aanpak toepassen en verloopt de overgang voor de patiënt vlotter.

Bij personen met dementie is het belangrijk **onnodige opnames** te vermijden. Dit is uiteraard niet louter een verantwoordelijkheid van de medewerkers op spoed, maar begint in de eerste plaats bij een goede ondersteuning en opvolging van medewerkers in de eerste lijn. De huisarts, de dienst maatschappelijk werk, de dienst voor thuisverpleging, de dienst voor gezinszorg, het woonzorgcentrum,... hebben hierin allemaal een grote verantwoordelijkheid. Zij kunnen de draagkracht en draaglast van de mantelzorger mee bewaken, tijdig doorverwijzen naar respijtzorg, sensibiliseren over de mogelijke risico's van een ziekenhuisopname, informeren over daghospitalisatie, vroegtijdige zorgplanning opstarten en nauw opvolgen,... Ziekenhuizen zetten meer en meer in op vormen van thuishospitalisatie zoals OPAT en onco@home. Daarnaast kunnen vormen van connected care zoals het opvolgen van bepaalde parameters via een device vanop afstand gebeuren. Hierbij kan een toegewezen team dit vanuit het ziekenhuis opvolgen en advies geven aan de verpleegkundige in de thuissituatie of in het woonzorgcentrum. Zo kan de persoon zelf zo lang als mogelijk in zijn vertrouwde omgeving blijven.

### **Warme zorg in het operatiekwartier, spoed, intensieve zorgen en bij ambulante zorgverlening**

Op acute diensten zoals spoed, intensieve zorgen en het operatiekwartier is het extra uitdagend om persoonsgerichte zorg te verlenen. Toch is het cruciaal om hierop in te zetten.

Het **operatiekwartier** kan je door kleine ingrepen toegankelijker maken voor patiënten met dementie. Hier bevelen we sterk aan om een mantelzorger bij de patiënt te laten tot hij onder anesthesie is en wanneer hij ontwaakt in de recoveryruimte. Dit naar analogie met ouders die hun kind mogen begeleiden.

In het Verenigd Koninkrijk testte men het gebruik van een dementiekar in de recoveryruimte.<sup>25</sup> De kar bevat onder andere muziek, een koptelefoon, een voeltunnel, antistressvoorwerpen en informatie over dementie. Het project werd uiterst positief onthaald door de zorgverleners: de voorwerpen hadden bij veel patiënten een rustgevend effect.

In het hoofdstuk over dementievriendelijke inrichting hadden we het reeds over de dementievriendelijke of prikkelarme box op **spoed**. Daarnaast is het belangrijk om met het team in te zetten op een warme, begripvolle benadering van mensen met dementie zodat ze zich wat beter kunnen oriënteren, zich gehoord voelen, goed geïnformeerd worden, ... Breng patiënten met dementie zo snel mogelijk naar de toegewezen afdeling, zodat hun verblijf op spoed zo kort mogelijk is. Gaat de patiënt vanuit spoed direct terug naar huis, dan is het zinvol dat een medewerker van de interne geriatrie liaison afstemt met de mantelzorgers om de zorg thuis vorm te geven.

Ook personen met dementie op **intensieve zorgen** hebben baat bij een geriatrische benadering waarbij de juiste doelstellingen voorop staan. Daarom is een nauwe samenwerking met de interne geriatrische liaison én met de mantelzorgers sterk aangegeven.

Een ander belangrijk aspect is de **ambulante dienstverlening**. Enkele ideeën uit de praktijk:

- Geef mensen met een gekende dementie een afspraak aan het begin van de dag of van het consultatieblok, zodat de wachttijd voor hen beperkt blijft.
  - Sta toe dat een mantelzorgers de patiënt begeleidt of dat hij aanwezig is tijdens het onderzoek.
  - Voorzie, indien mogelijk, een prikkelarme wachtruimte.
  - Raad mensen aan om zich kenbaar te maken als persoon met dementie of als mantelzorgers bij het maken van de afspraak of bij het aanmelden aan het onthaal. Het kaartje van de Alzheimer Liga Vlaanderen ('Ik heb dementie') kan hen hierbij helpen.
- Is er geen begeleidende zorgverlener of mantelzorgers, zorg dan voor goed opgeleide vrijwilligers.
  - Bekijk de mogelijkheid om consultaties van ouderen te laten doorgaan in het woonzorgcentrum. Er bestaat een nomenclatuurnummer voor geriatrische consultaties in het woonzorgcentrum. Ook teleconsultatie is een optie. We zien hier reeds mooie voorbeelden voor wondzorg, psychiatrie, dermatologie, diabetes, ...
  - Hou het dagziekenhuis geriatric als een aparte entiteit en kanten het niet in een ander dagziekenhuis in.



Naam contactpersoon: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

**DEMENTIELIJN**  
0800 88 100

**IK ZORG VOOR:** \_\_\_\_\_

Hij/zij heeft mijn begeleiding nodig omwille van geheugenproblemen en/of om niet in de war of paniek te raken.

**DEMENTIELIJN**  
0800 88 100









## Pijler 4

# Mantelzorgers als volwaardige partners in de zorg

### Doelstellingen

In dit ziekenhuis ...

- worden mantelzorgers betrokken als medezorgverleners
- zorgen we voor de mantelzorgers als medecliënt
- voelen mantelzorgers zich welkom als naaste
- voelen mantelzorgers zich erkend als expert
- communiceren we transparant over rechten en plichten van mantelzorgers

### Onderbouwing en aanbevelingen

Deze vierde en nieuwe pijler zat in het vorige kader vevat onder de pijler 'persoonsgerichte zorg'. In de geactualiseerde versie geven we mantelzorgers graag een meer zichtbare plaats. Bij een opname of consultatie is de betrokkenheid van de mantelzorgers essentieel. Het is belangrijk om hen te erkennen in de vier rollen van het SOFA-model: de rol van medezorgverlener, medecliënt, naaste en ervaringsdeskundige of expert. In die vier rollen zet je hen in hun kracht. Je gaat Samenwerken in hun rol als medezorgverlener, Ondersteunen in hun rol van medecliënt, Faciliteren van hun rol als naaste en Afstemmen met hen als expert.

Een mantelzorgvriendelijk beleid werk je als ziekenhuis uit samen met de doelgroep. Een bevraging of focusgroep is een boeiende manier om mantelzorgers inspraak te geven in wat zij belangrijk vinden in het ziekenhuis. Klop gerust aan bij Alzheimer

Liga Vlaanderen of een van de mantelzorgverenigingen voor ondersteuning.

Het belang van de mantelzorger lijkt voor iedereen duidelijk te zijn. Toch blijkt dit in crisissituaties allesbehalve evident. Een voorbeeld hiervan is de voorbije COVID-19 pandemie waarbij mantelzorgers niet toegelaten werden, niet mee in isolatie mochten en zich aan zeer beperkte bezoeken dienden te houden ongeacht de persoonlijke situatie van de persoon met dementie. Een aantal van deze maatregelen blijven tot op heden lang hangen. Herbekijk ze kritisch met de persoon met dementie en zijn mantelzorgers als vertrekpunt. Maak met je organisatie en teams de denkoefening waar jullie voor staan en hoe jullie bij een volgende pandemie willen of zullen ageren.

### Betrokkenheid van mantelzorgers (als medezorgverleners)

Veel van de hierboven beschreven negatieve effecten van een ziekenhuisopname hebben te maken met het gevoel van bevreemding en angst bij de patiënt met dementie. De plaats die mantelzorgers krijgen in het ziekenhuis, kan dit negatieve verhaal doen keren. Hun fysieke aanwezigheid is goud waard. Hun vertrouwde gezicht geeft een gevoel van herkenning en geborgenheid en kan verwardheid en onrust voorkomen of verminderen. Dit verlicht de werkdruk bij het zorgverlenend team, waardoor het een echte win-win-situatie kan zijn voor alle partijen.





## De eerste mantelzorgbadge

AZ Maria Middelaes (Gent)

Op bijna elke dienst van het AZ Maria Middelaes in Gent (alsook sedert 2023 in het fusieziekenhuis AZ St. Vincentius Deinze) kunnen mantelzorgers een badge krijgen als ze tijdens de opname een taak op zich nemen in de zorg. “Het gaat dan bijvoorbeeld over maaltijdbegeleiding en over het aanwezig zijn bij verwardheid en onrust”, zegt Marc Vankerhoven, coördinator transmurale zorg. “Voor ons is de aanwezigheid van de mantelzorgers een echte meerwaarde. Doordat zij de patiënt goed kennen, kunnen ze hem vaak gewoon al door hun aanwezigheid tot rust brengen en zo een veilige en fixatielose situatie creëren. Het is dus goed voor de patiënt, het biedt gemoedsrust voor de mantelzorger en het ontlast het team op sommige momenten.” Dus in ruil voor hun hulp kunnen de mantelzorgers ook buiten de bezoeken komen, kunnen ze op vraag en

indien dit een meerwaarde biedt voor de patiënt zelf overnachten (op voorwaarde dat de patiënt in een eenpersoonskamer verblijft) en krijgen ze een maaltijd, die ze nuttigen in de kamer van de patiënt. De mantelzorgbadge begon als een proefproject op de dienst geriatrie, maar kon door de vele positieve signalen van mantelzorgers en medewerkers al snel ook op andere diensten uitgerold worden. “Wat we geleerd hebben is dat het belangrijk is de draagkracht van de mantelzorgers goed te bevragen en ook doorheen de opname te blijven evalueren, zodat hun engagement hen niet overbelast.”. Mantelzorgers kunnen ook doorverwezen worden naar het educatieprogramma “dementie en nu”, specifiek voor mantelzorgers van personen met dementie. De operatiekwartier-commissie van het ziekenhuis keurde onlangs goed dat een mantelzorger bij de persoon met dementie mag blijven tot hij onder narcose is. Ook op recovery is de mantelzorger vanaf nu toegelaten, indien er op voorhand een aanvraag ingediend werd via de behandelende arts.



◀ Mantelzorgbadge



Mantelzorgers helpen ons onbegrepen gedrag te 'lezen' en kunnen mee zoeken naar de meest geschikte psychosociale aanpak (i.p.v. kalmerende medicatie of vrijheidsbeperkende maatregelen).

In het Verenigd Koninkrijk ging gerenommeerd thrillerauteur en mantelzorger Nicci Gerard op de barricade staan voor de plaats van mantelzorgers in het ziekenhuis. Met de 'John's Campaign'<sup>e+f</sup>, genoemd naar haar vader John, veranderde ze de cultuur in honderden ziekenhuizen. Mantelzorgers van mensen met dementie hebben er nu dezelfde rechten als ouders van een kind op pediatrie. Het is zowel voor het kind als voor de ouders van groot belang dat zij samen mogen blijven tijdens een consultatie, op recovery of tijdens de opname. Ook op materniteit is het bij ons intussen een evidentie dat de partner blijft slapen bij de pas bevallen moeder. Wat voor een minderjarige patiënt of net bevallen vrouw vanzelfsprekend (geworden) is, zou het ook moeten zijn voor patiënten met een cognitieve problematiek zoals dementie, die echt nood hebben aan de geborgenheid van een naaste.

Mantelzorgers kennen de persoon met dementie doorgaans het beste en zijn het gewoon om hen te helpen bij de dagelijkse zorg. Ook in het ziekenhuis zouden ze dit moeten kunnen verderzetten. Dit uiteraard op voorwaarde dat ze daar zelf vragende partij voor zijn en dat het team inschat dat hun draagkracht dit aankan.

Er is echter ook een valkuil aan mantelzorgparticipatie. Soms wordt een mantelzorger aanzien als een extra zorgkracht. Mantelzorgers geven aan dat verpleegkundigen de zorg al snel aan hen overlaten en dat ze het gevoel hebben dat ze minder vaak langskomen. Sommige mantelzorgers durven

niet goed aangeven dat ze zich belast voelen met de zorgtaken en even rust willen nu hun naaste opgenomen is. Een transparante communicatie is hier dan ook een cruciaal gegeven. Probeer samen in kaart te brengen op welke manier de mantelzorgers betrokken willen worden bij de zorg.

### Zorgen voor mantelzorgers (in hun rol als medecliënt)



**Aylin, zorgt voor haar moeder**  
*“Voor ons zijn familiegesprekken onder begeleiding van een psycholoog heel handig geweest. Die werden georganiseerd vanuit het ziekenhuis. De gesprekken kwamen wel wat te vroeg in het traject, direct nadat de diagnose gesteld was. Toen zaten we als familie allemaal nog te hoog qua stress en spanning.”*

Een dementievriendelijk ziekenhuis zorgt ook voor de mantelzorger(s) van de persoon met dementie. 'Zorgen voor' gebeurt op verschillende niveaus. Een dementievriendelijk ziekenhuis toont oprecht interesse in hoe het met de mantelzorgers gaat en hoe ze zich voelen, polst naar wat ze nodig hebben om de zorg vol te houden, of ze voldoende geïnfomeerd zijn, of ze nood hebben aan contact met andere mantelzorgers, ...

e. Nicci's boek 'Woorden schieten tekort', waarin ze het verhaal van haar vader vertelt, is trouwens een aanrader!

f. <https://johnscampaign.org.uk/>



## Opvolging na diagnosestelling

VITAZ (Sint-Niklaas)

In het VITAZ spreekt men terecht vol trots over het geriatrisch dagziekenhuis. Medewerkers besteden er veel aandacht aan het informeren, betrekken en opvolgen van de patiënt met dementie en zijn mantelzorgers. Een groep vrijwilligers staat in voor het onthaal, gezelschap en begeleiding naar onderzoeken. Elke patiënt die hier de diagnose dementie krijgt, ontvangt een informatiebundel. Daarin zitten heel wat folders en brochures, de manifesten die de Vlaamse werkgroep van mensen met dementie schreef, de dementie-assistentiekaartjes van Alzheimer Liga Vlaanderen, ... “We vinden het belangrijk om de boodschap mee te geven dat het leven niet stopt met een diagnose dementie”, zegt Els Steeman, verpleegkundig specialist geriatrie. “Na de diagnose verwijst de behandelende arts de patiënt door naar een dementiecoach van het project Geïntegreerde Zorg Waasland. Binnen VITAZ is een collega voor 10% vrijgesteld om te werken als dementiecoach om gezinnen met dementie, zowel thuis als in het inloophuis dementie te begeleiden en wegwijs te maken in het zorglandschap. Voor de patiënt en zijn gezin is deze dienstverlening gratis.”

Binnen het geriatrisch dagziekenhuis wordt er bij de opvolging telkens een gesprek met patiënt en familie gevoerd om na te gaan hoe het samenleven met een diagnose dementie verloopt en welke noden er zijn. Zo beantwoordt men vanuit het ziekenhuis voor een deel de nood aan casemanagement bij gezinnen met dementie.



### Lucrece, zorgt voor haar man

*“In de geheugenkliniek heb ik geleerd hoe we konden omgaan met de dementie. Ik vond er zowel de psychologische therapie als de ergotherapie goed. Ze gaven heel wat tips rond zelfredzaamheid. Soms aan ons samen, soms apart. Het was alleen spijtig dat het maar twee jaar duurde.”*

Mantelzorgers voelen zich vaak onzeker over hun rol in het ziekenhuis en komen voor een aantal **dilemma's** rond participatie te staan. Sommigen willen graag betrokken worden bij de zorg; anderen zijn opgelucht dat ze die even uit handen kunnen geven, maar ervaren hierdoor een schuldgevoel. Sommigen zien een ziekenhuisopname als een opportuniteit om zelf tips en vaardigheden aangeleerd te krijgen; anderen hebben vooral nood aan tijd om de situatie een plaats te geven. Hun expertise over de zorg voor hun naaste met dementie delen ze maar al te graag met het zorgverlenend team.

Mantelzorgers hebben nog vaak het gevoel dat ze in de kou blijven staan na een diagnose dementie of een ziekenhuisopname. De zoektocht naar informatie blijkt erg moeilijk door het complexe zorglandschap. Mantelzorgers zouden tijdens de opname of na de diagnose terecht moeten kunnen bij een zorgmedewerker die een basiskennis heeft van de lokale sociale kaart en de mogelijke tegemoetkomingen. Ga in jullie ziekenhuis voor een snelle, correcte en duidelijke **doorverwijzing** na een diagnose dementie. Denk hierbij zeker aan de dienst

maatschappelijk werk van het ziekenfonds. Vermeld ook initiatieven als de familiegroepen van Alzheimer Liga Vlaanderen, de erkende mantelzorgverenigingen, de praatcafés dementie, het psycho-educatiepakket 'Dementie en nu'<sup>9</sup>, een inloophuis dementie, thuisbegeleiding,... Een vast aanspreekpunt voor de mantelzorgers, voor tijdens en na een ziekenhuisopname of -consultatie, is hier aangewezen.

Een **optimale hospitalisatie en optimaal ontslag** begint bij een goede voorbereiding van een opname. Bij een geplande opname kan dit proactief gebeuren via een degelijke assessment-afname voor de opname plaatsvindt, bijvoorbeeld via een vooropname-balie of een digitaal patiëntenplatform. Gaat het om een spoedopname, dan is de aanwezigheid van interne liaison sterk aangeraden. Een goede communicatieoverdracht vanuit de eerste lijn of het woonzorgcentrum is sowieso onontbeerlijk.

Gedurende een opname veranderen het toestandbeeld en de zorgbehoefte van de patiënt. Daarom is het belangrijk om de mantelzorgers van bij de opname nauw te betrekken en hen goed voor te bereiden op het ontslag en de zorg thuis. Wie professioneel zorg verleent, staat er soms niet bij stil hoe groot de impact van een kleine verandering in de zorgnood voor de mantelzorgers kan zijn. Of dat het opstarten van extra hulp thuis niet op één dag geregeld is.

Denk dus aan een goede ontslagplanning, waarbij je zo vroeg mogelijk communiceert over de situatie, waarbij je de noden van de familie bevrageet en samen de ondersteuning thuis aanvraagt en opstart. Betrek de zorgprofessionals uit de thuissituatie om de zorgbehoefte in kaart te brengen, bijvoorbeeld door de thuisverpleegkundige of Referentiepersoon dementie uit te nodigen voor het multidisciplinair overleg. Zorg dat er bij overdracht een actueel medicatieoverzicht beschikbaar is.

g. [www.dementieennu.info](http://www.dementieennu.info)

## Toeleiding naar de diensten maatschappelijk werk

Ziekenfondsen & Expertisecentrum Dementie Contact (Limburg)

De dienst maatschappelijk werk (DMW) van het ziekenfonds helpt patiënten met dementie de weg te vinden in het kluwen van financiële en praktische ondersteuningsvormen. "Omdat veel patiënten en hun gezinnen pas (te) laat in contact komen met hun DMW hebben we in Limburg, samen met de DMW's intermutualistisch, een flyer gemaakt", vertelt Anneleen Janssens, van het Expertisecentrum Dementie Contact. "Hierop staan de contactgegevens van alle DMW's zodat de medewerkers van het ziekenhuis zelf contact kunnen opnemen of de patiënt met dementie de informatie kunnen meegeven. Dit liefst zo snel mogelijk na de diagnosestelling. Voor de patiënt en zijn mantelzorger moet het duidelijk zijn dat een contactname met de dienst maatschappelijk werk van hun ziekenfonds in een vroeg stadium erg nuttig is. Zelfs als de ondersteuning nog niet nodig of aan de orde is. Gewoon al weten bij wie en hoe je in de toekomst terecht kan voor welk type ondersteuning biedt wat rust en verhoogt de draagkracht."







Mantelzorgers hebben soms nood aan een goed gesprek met andere mantelzorgers, met personen die hetzelfde meemaken en voelen. Zithoekjes of een rustige ruimte in het ziekenhuis waar mantelzorgers zich even kunnen terugtrekken of elkaar kunnen ontmoeten, kan hierop een antwoord zijn. Wist je dat Alzheimer Liga Vlaanderen verschillende vormen van **lotgenotencontact** organiseert? Er zijn de familiegroepen (jong)dementie, het ontmoetingsweekend voor kinderen van een mama of papa met jongdementie en andere plaatselijke initiatieven. Andere vormen van lotgenotencontact zijn de praatcafés dementie, een inloophuis dementie of de Dementie en (n)U-reeks.

### **Welkom (als naaste)**

Mantelzorgers blijven altijd de rol van naaste (partner, kind, buurvrouw,...) van de persoon met dementie behouden. Ze geven niet enkel zorg, maar willen zich ook persoonlijk betrokkene blijven voelen. Kijk met je teams hoe je, ook in een ziekenhuiscontext, de relatie tussen de patiënt en zijn naasten kan faciliteren. Is er ruimte om echt als koppel of ouder-kind afscheid te nemen in een terminale situatie? Is er mogelijkheid tot intimiteit of wat privacy? Kan een koppel nog eens samen slapen bij een lange ziekenhuisopname? ...

### **Erkenning van mantelzorgers (als expert)**

Mantelzorgers dragen zorg voor de persoon met dementie en kennen hem vaak door en door. In het ziekenhuis mogen ze daarom gerust gezien worden als expert. Hun kennis en ervaringen hebben een positief effect op het verblijf doordat zij praktische tips aanreiken over de benadering van hun naaste. Zo kan de mantelzorger het gedrag doorgaans beter interpreteren en worden signalen van angst sneller opgemerkt. Een goede communicatie met het zorgteam, waarbij de expertise van de mantelzorger een plaats krijgt, leidt tot betere dementiezorg.



### **Ann, zorgde samen met haar zus en moeder voor haar vader**

*“Wij hebben de familieboekjes met foto’s en verhalen van papa vanuit het woonzorgcentrum meegegeven naar het ziekenhuis, zodat de stagiairs daar met papa door de boekjes konden bladeren en zodat papa kon vertellen bij de foto’s.”*

### **Rechten en plichten in kaart gebracht**

Een mantelzorger kan heel wat rechten bekomen in het ziekenhuis, maar enkel met goede afspraken, communicatie en enkele verplichtingen. Soms zijn er meerdere mantelzorgers actief bij de dagelijkse zorgen voor de persoon met dementie. Door hen allemaal dezelfde rechten aan te bieden, vermijd je dat één mantelzorger aangesteld wordt en daardoor overbelast raakt. Dit neemt niet weg dat het voor het zorgpersoneel handig is dat er één ‘hoofdmantelzorger’ gekozen wordt, die de informatie over de patiënt krijgt en als contactpersoon voor de arts fungeert. Deze mantelzorger staat dan in voor het delen van deze informatie naar de andere mantelzorger(s).

Enkele ziekenhuizen hebben al een richtlijn gemaakt voor de mantelzorgers die zorgtaken opnemen. Hierin staat wat de mantelzorgers mogen verwachten van het ziekenhuis en de medewerkers maar ook wat het ziekenhuis van hen verwacht.



## Pijler 5

# Aandacht voor cognitieve screening, delier, pijn en ondervoeding

### Doelstellingen

In dit ziekenhuis ...

- gebeurt een cognitieve screening bij een niet-pluis-gevoel
- is er extra aandacht voor preventie, detectie en aanpak van delier
- is er extra aandacht voor preventie, detectie en aanpak van pijn
- is er extra aandacht voor preventie, detectie en aanpak van ondervoeding en dehydratatie

### Onderbouwing en aanbevelingen

#### Cognitieve screening bij 'niet-pluis-gevoel'

Niet elke persoon met dementie heeft een gekende diagnose dementie als hij in het ziekenhuis opgenomen wordt. Vaak is een ziekenhuisverblijf het moment waarop een cognitieve screening gebeurt en diagnosestelling plaatsvindt. Zijn de omstandigheden niet ideaal of krijgt de zorgverlener een vertekend beeld van het cognitief functioneren, bijvoorbeeld door een acuut ziektebeeld of een delier, dan plant men de diagnosestelling later in, in het dagziekenhuis.

Sommige ziekenhuizen in het buitenland hanteren een beleid waarin elke patiënt ouder dan 65 jaar, gescreend wordt op dementie. Na bevraging van 65-plussers, mantelzorgers en professionele zorgverleners beslisten we om deze aanpak niet aan te bevelen. Elke patiënt screenen gaat voorbij aan de waardigheid van de oudere zorgvrager, alsook aan

het (meestal correcte) niet-pluis-gevoel van mantelzorgers en professionele zorgverleners. **Krijgt de zorgverlener het gevoel dat er 'iets niet klopt', dan pas voert hij een cognitieve screening uit** en start – bij een positief resultaat - het traject richting diagnosestelling op (tijdens de ziekenhuisopname of erna, in het geriatrisch dagziekenhuis). De tijd tussen aanmelding, diagnosestelling en diagnosemededeling is bij voorkeur zo kort mogelijk.



#### Persoon met dementie

*“Ik wou dat iemand mij had opgevangen na de diagnose. Door de schok had ik niet veel begrepen van wat de dokter zei. Daar stond ik dan buiten... alleen... met al mijn vragen.”*

Wat zijn mogelijke 'rode vlaggen' waardoor een zorgverlener een niet-pluis-gevoel heeft? Zie bijlage 3.

Voor de screening van dementie bestaan verschillende gevalideerde instrumenten: de MMSE, de MoCa, de kloctest, ... Voor mensen met een migratie-achtergrond worden o.a. de CCD (Cross





Culturele Dementiescreening), de VAT (Visuele AssociatieTest) en de RUDAS (Rowland Universal Dementia Assessment Scale) gebruikt.



### Mantelzorger

*“Er moet bij de diagnosestelling meer info gegeven worden dan tot nu toe gebeurt. Men dropt de diagnose bij de persoon, maar daar ben je op zich niets mee. Alzheimer is wel bekend, maar de andere vormen zijn onbekend. Waar ligt het verschil? Algemene kadering is heel belangrijk, voor de persoon met dementie. Laat de persoon in zijn waardigheid, dus toon ook betrokkenheid naar de persoon met dementie.”*

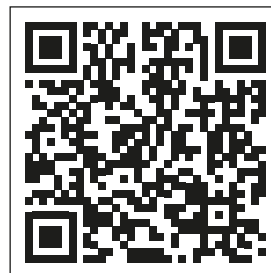
Zorg voor een goede nazorg van patiënten met dementie, bijvoorbeeld door hen correcte informatie mee te geven. Klop aan bij een Expertisecentrum Dementie of de Alzheimer Liga Vlaanderen voor brochures en informeer zeker eens bij je dementievriendelijke stad/gemeente naar wat zij reeds ontwikkelden.

h. Je kan het magazine personaliseren voor jouw organisatie, eerstelijnszone, gemeente, ... Neem hiervoor contact op met [info@dementie.be](mailto:info@dementie.be)

- Ken je het magazine ‘Dementie, als je ermee te maken krijgt’?<sup>h</sup>



- Bij de Koning Boudewijnstichting kan je de gratis brochure ‘Dementie, hoe ermee omgaan’ downloaden of aanvragen.



- Luister- en Infolijn: 0800 15 225 of [hulpvragen@alzheimerligavlaanderen.be](mailto:hulpvragen@alzheimerligavlaanderen.be)



### Extra aandacht voor preventie, detectie en aanpak van delier

Personen met dementie hebben vijf keer meer kans om een delier te ontwikkelen dan wie geen dementie heeft, vooral wanneer ze zich in een ziekenhuisomgeving bevinden. We spreken dan van DSD of *delirium superimposed on dementia*. Heeft een patiënt bovenop zijn dementie een delier, dan zijn de **risico's** bij een ziekenhuisopname aanzienlijk groter dan bij de groep mensen met dementie zonder delier. Recent onderzoek wijst op een langere ziekenhuisopname, slechtere cognitieve en functionele parameters (zoals een snellere cognitieve achteruitgang), een groter risico op noodgedwongen verhuis naar een woonzorgcentrum en op overlijden<sup>26</sup>. Inzetten op preventie, screening en behandeling van delier bij mensen met dementie is dus van groot belang. Het krijgt in dit kader dan ook nadrukkelijk een plek. In elk onderdeel kan de mantelzorger een belangrijke rol spelen.

**Preventie:** bij elke persoon met dementie die opgenomen is in het ziekenhuis, moet er verhoogde aandacht voor preventie van delier zijn. Bevraag de mantelzorger(s) of er een voorgeschiedenis van delier is.

**Screening/diagnose:** Bij vermoeden van delier vindt een screening plaats. In de meeste ziekenhuizen wordt de DOS-schaal (Delirium Observatie Schaal) of CAM (Confusion Assessment Method) gebruikt om delirium op te sporen. Recent kwam de 4AT erbij. Die vertoont eenzelfde (goede) sensitiviteit en specificiteit, maar is korter en dus iets gebruiksvriendelijker. Nieuwkomer is de Observational Scale of Level of Arousal (OSLA), een schaal die het niveau van opwinding meet. Bij mensen met dementie lijkt deze schaal delier beter te kunnen opsporen dan de DOSS, maar meer onderzoek hieromtrent is nodig<sup>27</sup>. Het is echter niet gemakkelijk om een verandering in de baseline van mentale status bij een patiënt met matige tot gevorderde dementie op te sporen.

Bovenstaande testen blijken hier soms niet sensitief genoeg. Ook vertonen sommige patiënten in hun dementieproces symptomen die lijken op delier. Zo kunnen mensen met Lewy-Body-dementie ook fluctuaties in hun symptomen hebben, die aan een delier doen denken. Zijn er mantelzorgers, dan is het hier zeer belangrijk om hen bij de screening te betrekken. Zij kunnen je immers vertellen wat 'normaal' gedrag is voor de persoon met dementie.

De 4-DSD is een nieuw screeningsinstrument, specifiek ontwikkeld voor het opsporen van delier bij mensen met dementie. Het bestaat op vandaag echter nog niet in het Nederlands.

**Behandeling:** de aanpak van delier bij dementie is dezelfde als bij een patiënt zonder dementie. Maak van de mantelzorger(s) een bondgenoot en doe indien mogelijk beroep op hun rustige aanwezigheid, hulp bij oriëntatie in tijd en ruimte, ondersteuning bij de maaltijden, ...

### Extra aandacht voor preventie, detectie en aanpak van pijn

Pijn is een onderschat probleem bij patiënten met dementie. 50 tot 80% van de doelgroep ervaart regelmatig pijn. Patiënten met gevorderde dementie ervaren meer pijn dan mensen met matige dementie.<sup>28</sup> Problemen met cognitie en taal belemmeren hen soms om over hun pijn te communiceren, wat detectie bemoeilijkt.

Mensen met dementie hebben eenzelfde of zelfs een sterkere pijnervaring dan mensen zonder dementie.<sup>29</sup> Ook wordt, met toename van de leeftijd en met het voortschrijden van de dementie, de kans op (pijnlijke) comorbide aandoeningen steeds groter.<sup>30</sup>

Het is aangeraden om bij elke patiënt met dementie, zeker bij patiënten die pijn niet meer verbaal kunnen aangeven, voldoende **preventieve maatregelen** te nemen. Een voorbeeld hiervan is het sys-



tematisch voorschrijven van pijnmedicatie na een operatie.

Daarnaast het belangrijk om regelmatig de pijn te bevragen of die door middel van dementiespecifieke observatietools in kaart te brengen. De pijn **detecteren** is immers een voorwaarde voor kwaliteitsvol pijnmanagement. Doet men dat niet, dan kan het ongemak of de pijn resulteren in onbegrepen gedrag, wat in de praktijk nog te vaak onderdrukt wordt met antipsychotica, sedativa of fysieke fixatie.

Detectie van pijn gebeurt het best en zo lang mogelijk via zelfrapportering. Sommige bronnen hanteerden een waarde van 18 op de MMSE als grens om mensen wel/niet zelf hun pijn te laten beschrijven. Dit lijkt ons echter te rigide. Zo blijkt de VAS-schaal reeds bij beginnende dementie een te moeilijke opgave. Het blijft vooral cruciaal om de cognitieve en verbale mogelijkheden van de patiënt met dementie op het moment van het assessment correct in te schatten en op basis hiervan een instrument te kiezen. Schat je in dat de patiënt zijn pijn niet meer betrouwbaar kan weergeven, kies dan voor een instrument dat (ook) een observatielukkig bevat.

Om pijn efficiënt op te sporen bij personen met dementie bestaan verschillende aangepaste Nederlandstalige pijnschalen: de PACSLAC, de DOLOPLUS-2, DS-DAT, REPOS, PAINAD-schaal, ... Omwille van beperkt onderzoek naar validiteit en betrouwbaarheid werd recent een nieuw (betrouwbaar en gevalideerd) Nederlandstalig instrument ontwikkeld: de PAIC-15 (Pain Assessment in Impaired Cognition).<sup>i</sup>

Een niet-farmacologische **aanpak** van pijn, zoals muziek, relaxatie, menselijke aanwezigheid of bewegen, geniet steeds de voorkeur, soms in combi-

natie met analgetica. Paracetamol is relatief veilig voor gebruik bij patiënten met dementie. Bij andere analgetica (NSAIDs, opioïden,...) is een kosten-batenanalyse steeds aangewezen.<sup>31</sup>

### **Extra aandacht voor preventie, detectie en aanpak van ondervoeding en dehydratatie**

Ondervoeding en dehydratatie zijn een veelvoorkomend probleem bij ouderen in het ziekenhuis. Bij personen met dementie is het risico echter nog groter. Is er ondervoeding, dan heeft de patiënt met dementie een nog grotere kans op het ontwikkelen van een delier.<sup>32</sup> Inzetten op preventie, detectie en een effectieve aanpak van ondervoeding en dehydratatie is dus van groot belang.

Elke persoon met dementie zou moeten **gescreend** worden op ondervoeding zodat wie ondervoed is nauwgezet opgevolgd wordt. Is de patiënt risicopatiënt, dan is een persoonlijk voedings- en vocht-schema, opgemaakt in samenspraak met de diëtist, aangewezen. Bij slikstoornissen doe je beroep op de logopedist voor **onderzoek en de opvolging**. De ergotherapeut helpt je met het selecteren van de juiste hulpmiddelen.

Tijdens de maaltijdmomenten zijn helpende handen welkom om elke patiënt de begeleiding te geven die hij nodig heeft: van het openen van de verpakking, over het geven van verbale instructies tot het effectief geven van de voeding. Doe beroep op vrijwilligers en leid hen op in het geven van maaltijden. Ga ook na welke mantelzorgers bereid zijn om op het middaguur langs te komen en eventueel ook te blijven eten – indien mogelijk in jullie organisatie. Zien eten, doet immers eten. Wijk hiervoor af van de standaard bezoeken.

i. Vrij te downloaden via [www.paic15.com/nl](http://www.paic15.com/nl).









# Je eigen werking evalueren

Ziekenhuizen hebben geen nood aan nog een extra label of keurmerk. Een dementievriendelijk ziekenhuis is een pad dat je inslaat en waar je aan blijft bouwen. Je geeft je engagement om de komende jaren aan persoonsgerichte zorg te werken. Daarbij kan een vorm van zelfevaluatie ondersteunen. Hieronder zetten we je op weg met een overzicht van de doelstellingen uit dit kader.

## Sleutels tot succes?

**1 Sleutel 1 – gedragenheid door het management**

**2 Sleutel 2 – participatie van de doelgroep en medewerkers**

**3 Sleutel 3 – verankering in een meerjarenbeleid**

## Pijlers van goede dementiezorg

**1 Pijler 1 – een dementievriendelijke inrichting**

Onze ziekenhuisomgeving ...

- verhoogt betrokkenheid en participatie van de patiënt met dementie en zijn mantelzorgers
- is persoonsgericht
- ondersteunt de veiligheid, gezondheid en het welbevinden
- biedt de juiste (hoeveelheid) prikkels
- stimuleert oriëntatie in tijd en ruimte
- speelt in op de specifieke noden van mensen met dementie
- gebruikt technologie op gepaste wijze

**2 Pijler 2 – een sterk (zorg)team met dementiespecifieke kennis**

In dit ziekenhuis...

- heeft elke medewerker basiskennis over omgaan met iemand met dementie en zijn mantelzorgers
- is er expertise over dementie in huis
- zijn er opgeleide vrijwilligers

**3 Pijler 3 – persoonsgerichte zorg van voor opname tot na ontslag**

In dit ziekenhuis...

- bevragen we persoonsgerichte informatie
- is er afgestemde communicatie
- vermijden we onnodige transfers en opnames
- geven we warme zorg in het operatiekwartier, op spoed, op intensieve zorgen en bij ambulante zorgverlening

**4 Pijler 4 – mantelzorgers als volwaardige partners in de zorg**

In dit ziekenhuis...

- worden mantelzorgers betrokken als medezorgverleners
- zorgen we voor de mantelzorgers als medeciënt
- voelen mantelzorgers zich welkom als naaste
- voelen mantelzorgers zich erkend als expert
- communiceren we transparant over rechten en plichten van mantelzorgers



## Pijler 5 – aandacht voor cognitieve screening, delier, pijn en ondervoeding

In dit ziekenhuis...

- gebeurt een cognitieve screening bij een niet-pluis-gevoel
- is er extra aandacht voor preventie, detectie en aanpak van delier
- is er extra aandacht voor preventie, detectie en aanpak van pijn
- is er extra aandacht voor preventie, detectie en aanpak van ondervoeding en dehydratie

Zet je als ziekenhuis stappen in de richting van een 'dementievriendelijk ziekenhuis' of ben je het al, **communiceer dan duidelijk op je website** waar- toe je je engageert en binnen welke termijn je welke acties onderneemt. Door transparant te zijn weten patiënten en hun familie wat ze al of nog niet mogen verwachten.

Naast deze inspiratiegids voor de ziekenhuizen, is er ook een **inspiratiegids voor mensen met dementie en hun mantelzorgers**, geschreven door de Alzheimer Liga Vlaanderen. Zo kunnen patiënten met dementie en hun mantelzorgers gerichtere vragen stellen, zelf voorstellen doen, hun grenzen aangeven, ... met oog op betere dementiezorg.

Dankjewel om mee te bouwen aan een dementievriendelijk ziekenhuis en zo bij te dragen aan een samenleving waar de mens en niet de aandoening centraal staat!











## Bijlagen

- **Bijlage 1** – het Wie-ik-ben-document (Expertisecentrum Dementie Vlaanderen)
- **Bijlage 2** – moodboards
- **Bijlage 3** – rode vlaggen die leiden tot een niet-pluis-gevoel

 inhoud

Beste patiënt, familielid of mantelzorger

Als ziekenhuis vinden we het belangrijk om uw verblijf zo comfortabel mogelijk te maken. We streven naar persoonlijke zorg, in een omgeving die voor u veilig en vertrouwd aanvoelt. Om onze zorg zoveel mogelijk af te stemmen op uw noden en wensen, vragen we u om dit document zo volledig mogelijk in te vullen.

Bent u familielid of mantelzorger, let er dan op dat het formulier **vanuit het perspectief van de patiënt** ingevuld wordt.

Nadat u het ingevuld hebt, mag u het bezorgen aan:

.....

Hij/zij zal het document met u bespreken, zodat u toelichting kan geven bij wat u invulde.

In dit document stellen we voornamelijk vragen over de gewoontes, hobby's en persoonlijkheid. Op basis van deze informatie kunnen we onze zorg verfijnen. U hoeft niet op elke voorbeeldvraag te antwoorden. Stel uzelf vooral de vraag: 'Wat vind ik belangrijke informatie om te delen?' We hopen echter ook op uw begrip als we niet aan alle wensen tegemoet kunnen komen. Dit document bevat aan de linkerkzijde telkens een voorbeeldpagina die u duidelijk maakt welk type informatie ons kan helpen. Aan de rechterzijde vindt u telkens de blanco invulpagina. U mag uiteraard ook informatie toevoegen boven op de suggestievragen. We wensen u een aangenaam verblijf.

Het ziekenhuis

**Naam van de patiënt:**

.....

Naam van de persoon die het document invulde:

.....

**Roepnaam?**

- Hoe wordt u het liefst aangesproken?

**Belangrijke personen?**

- Welke personen betekenen veel voor u op dit moment?
- Over welke personen spreekt u vaak?
- Welke personen brengen u in een positieve stemming?

**Vroeger(e) beroep(en)?**

**Hobby's of interesses?**

- Hoe brengt u thuis de dag door?  
(bv. het huishouden, sporten, rusten, tv kijken, lezen ...)
- In welke verenigingen bent/was u actief?
- Welke levensbeschouwelijke gewoontes hebt u?  
(bv. wekelijks naar de mis gaan, bidden op bepaalde tijdstippen ...)
- Welke hobby's hebt u nu? Welke hobby's had u vroeger?
- Welke muziek beluistert u graag?
- Zijn er voorwerpen waar u bijzonder belang aan hecht?
- ...

**Roepnaam?**

.....

**Belangrijke personen?**

Genogram of stamboom

.....

Andere betekenisvolle personen uit het heden en verleden

.....

**Vroeger(e) beroep(en)?**

.....

.....

**Hobby's of interesses?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



<p><b>Eten en drinken</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hoe drinkt u graag uw koffie of thee?</li><li>• Hebt u specifieke eet- of drinkgewoontes?</li><li>• Wat lust u echt niet graag?</li><li>• Op welke tijdstippen eet u thuis? (bv. laat avondmaal ...) ...</li></ul>	<p><b>Hygiënische zorgen</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Wat zijn uw gewoontes of voorkeuren bij het wassen, aankleden, tanden poetsen, haren kammen, nagels knippen, scheren ...? (bv. wassen aan de lavabo, in het bad, onder de douche ...) ...</li></ul>
<p><b>Zicht en gehoor</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Zijn er specifieke aandachtspunten over uw gehoor of zicht? (bv. type bril, hoorapparaten ...)</li><li>• Zijn er bepaalde geluiden of visuele prikkels waar u sterk op reageert? ...</li></ul>	<p><b>Mobiliteit</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hoe belangrijk is bewegen voor u?</li><li>• Hebt u de gewoonte om te gaan wandelen op bepaalde tijdstippen?</li><li>• Bent u soms rusteloos en hebt u moeite om stil te zitten? ...</li></ul>
<p><b>Slapen en rusten</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hoe is uw dag- en nachtritme?</li><li>• Hoe laat gaat u gewoonlijk slapen?</li><li>• Hoe laat staat u gewoonlijk op?</li><li>• Hebt u bepaalde slaaprituelen?</li><li>• Zijn er voorwerpen die het inslapen vergemakkelijken? (Bv. een bepaald kussen, deken, nachtlampje, knuffelbeer ...)</li><li>• Doet u soms een middagdutje? ...</li></ul>	<p><b>Naar het toilet gaan</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verwart u soms bepaalde objecten met het toilet?</li><li>• Staat u 's nachts op om naar het toilet te gaan?</li><li>• Hoe maakt u kenbaar dat u naar het toilet moet?</li><li>• Hebt u vaak last van constipatie of diarree? ...</li></ul>
<p><b>Kledij en voorkomen</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hebt u graag dat wij uw kledij voor u klaarleggen of doet u dat liever zelf?</li><li>• Zijn er bepaalde aandachtspunten bij uw kapsel, make-up of kledij? (bv. u wordt onrustig als uw haar niet gekamd is, u draagt thuis altijd een hemd ...) ...</li></ul>	<p><b>Huid en aanraking</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hoe reageert u op aanrakingen?</li><li>• Zijn er plaatsen waar u zeer gevoelig bent? (Bv. kriebels bij het aandoen van de kousen, u verdraagt geen aanrakingen in de hals ...) ...</li></ul>

<b>Eten en drinken</b> ..... ..... ..... ..... .....	<b>Hygiënische zorgen</b> ..... ..... ..... ..... .....
<b>Zicht en gehoor</b> ..... ..... ..... ..... .....	<b>Mobiliteit</b> ..... ..... ..... ..... .....
<b>Slapen en rusten</b> ..... ..... ..... ..... .....	<b>Naar het toilet gaan</b> ..... ..... ..... ..... .....
<b>Kledij en voorkomen</b> ..... ..... ..... ..... .....	<b>Huid en aanraking</b> ..... ..... ..... ..... .....

**Deze zaken maken me gelukkig/vrolijk:**

(bv. muziek, eten, gezelschap, ...)

**Deze zaken veroorzaken regelmatig pijn:**

(bv. voeding, houding, bewegingen ...)

**Als ik pijn heb, toon ik dat zo:**

(bv. gelaatsuitdrukking, geluid maken, lichamelijk onrustig zijn ...)

**Dit helpt me wanneer ik pijn heb:**

(bv. een bepaalde houding, een kersenpitkussen ...)

**Deze situaties maken me angstig en/of onrustig:**

(bv. schaduwen, onbekende gezichten, wanneer iemand me aanraakt, de radio ...)

**Als ik bang ben, toon ik dat zo:**

- Wordt u rustig en trekt u zich terug?
- Roept of weent u?
- Wordt u kwaad of onrustig?

Als ik angstig of onrustig ben, kan je me beter doen voelen door:

- Welke persoon kan u tot rust brengen?
- Welke muziek maakt u rustig?
- Wordt u rustig door aanrakingen?
- Wordt u rustig wanneer mensen tegen u praten?
- Bent u liever alleen wanneer u onrustig bent?

**Als ik een boodschap niet begrijp, kunnen volgende dingen me helpen:**

(bv. foto's, gebaren, trager spreken ...)

**Andere aanvullingen:**

- Is er nog iets speciaals waar u zich momenteel zorgen over maakt?  
(bv. het levenseinde, een huisdier thuis, de partner ...)
- Zijn er bepaalde verlieservaringen of vroegere gebeurtenissen die nu nog een grote invloed hebben? (bv. het verlies van een dierbare, een inbraak, de oorlog ...)
- Voelt u zich het grootste deel van de dag goed, matig of slecht gestemd?

**Deze zaken maken me gelukkig/vrolijk:**

.....  
.....  
.....

**Deze zaken veroorzaken regelmatig pijn:**

.....  
.....  
.....

**Als ik pijn heb, toon ik dat zo:**

.....  
.....  
.....

**Dit helpt me wanneer ik pijn heb:**

.....  
.....  
.....

**Deze situaties maken me angstig en/of onrustig:**

.....  
.....  
.....



## Invulpagina voorbeeldvragen (vervolg)

**Als ik bang ben, toon ik dat zo:**

.....  
.....  
.....

**Als ik angstig of onrustig ben, kan je me beter doen voelen door:**

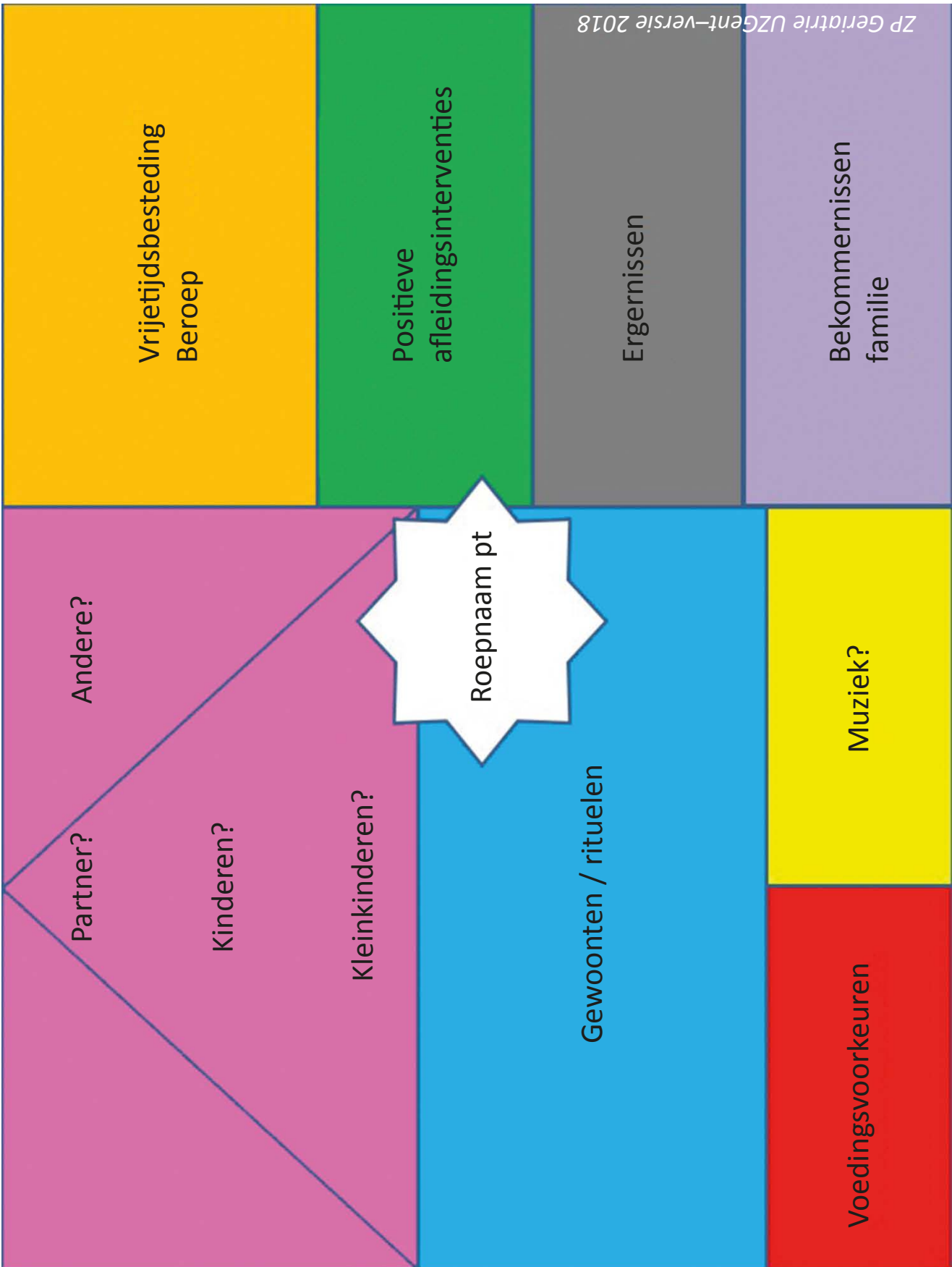
.....  
.....  
.....

**Als ik een boodschap niet begrijp, kunnen volgende dingen me helpen:**










.....  
.....  
.....

**Andere aanvullingen:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



**Moodboard** (ZNA)

MOODBOARD PERSOONSGERICHTE ZORG: AFDELING SP NEUROLOGIE HOGE BEUKEN			Naam patiënt	Geboortedatum
 <p><u>Belangrijke naasten</u></p>	 <p><u>Beroep</u></p> <p><u>Vrije tijdsbesteding</u></p>	 <p><u>Positieve afleidingsinterventies</u></p>		
 <p><u>Bekommernissen familie</u></p>	<p>roepnaam</p>		 <p><u>Ergernissen</u></p>	
 <p><u>Hygiëne</u></p>	 <p><u>Rust en slaap</u></p>	 <p><u>Gewoonte</u></p>		
<p>Ingevuld door:                  Met <input type="checkbox"/> patiënt <input type="checkbox"/> naaste(n):</p> <p>Dank aan UZ Gent voor de inspiratie</p>			<p>Nieuwe informatie:                  Datum afname:</p>	
				

**Moodboard** (Heilig Hart Leuven)

The moodboard consists of several colored panels with text and icons:

- Top Left (Orange):** VRIJE TIJD - BEROEP. Includes icons of a sun, an umbrella, and a person.
- Top Middle (Grey):** POSITIEVE AFLEIDING. Includes a lightbulb icon.
- Top Right (Teal):** MUZEK. Includes a musical note icon.
- Bottom Left (Teal):** OMGEVING (with people icon), PARTNER?, KINDEREN?, KLEINKINDEREN?, ANDERE?.
- Bottom Middle (Pink):** GEWOONTES EN RITUELEN (with hourglass icon). Below it: SLAPEN: U, OPSTAAN: U.
- Bottom Right (Blue):** VOEDINGSVOORKEUREN (with plate icon).
- Right Side (Red):** OPMERKINGEN OF WENSEN FAMILIE. Includes an envelope icon.
- Center (White):** ROEPNAAM (with person icon).
- Bottom Right (Grey):** TE VERMIJDEN (with hand icon).

Bron: UZ Gent





## Rode vlaggen die leiden tot een niet-pluis-gevoel

### Cognitieve problemen

- Geheugenklachten
- Verminderde oriëntatie in tijd en ruimte
- Executieve dysfunctie
- Taalproblemen
- Apraxie
- Visuospatiële problemen
- Mentale rigiditeit
- Moeite met aandacht
- Calculatiemoeilijkheden
- Agnosie

### Stoornissen in de motoriek

- Loop- en evenwichtsstoornissen

### Ontmaskerende gebeurtenissen

- Verhoogde vatbaarheid voor delier
- Opstarten van bepaalde soorten medicatie
- Verminderde zelfredzaamheid

### Gedragsproblemen (BPSD - 'behavioral and psychological symptoms of dementia')

- Onzekerheid
- Prikkelbaarheid
- Zelfverwaarlozing
- Apathie
- Verminderde empathie
- Verlies van inzicht
- Veranderingen in de persoonlijkheid
- Oordeels- en kritiekstoornissen
- Impulscontroleverlies (disinhibitie)
- Depressie
- Wanen
- Visuele hallucinaties
- Angst

---

\* Bron: [www.huisartsendementie.be](http://www.huisartsendementie.be)



# Bibliografie

1. Heath, H., D. Sturdy, & G. Wilcock, *Improving quality of care for people with dementia in general hospitals*. 2010, RCN Publishing Company Ltd: Harrow.
2. Dupuis, S., E. Wiersma, & L. Loiselle, *Pathologizing behavior: Meanings of behaviors in dementia care*. Journal of Aging Studies, 2012. 26(2): p. 162-173.  
Alzheimer's Society, *Counting the cost: caring for people with dementia on hospital wards*. 2009, Alzheimer's Society: London.
3. Alzheimer's Disease International, *World Alzheimer Report – Improving healthcare for people living with dementia*. 2016, Alzheimer's Disease International: London.
4. Dupuis, S., E. Wiersma, & L. Loiselle, *Pathologizing behavior: Meanings of behaviors in dementia care*. Journal of Aging Studies, 2012. 26(2): p. 162-173.  
Shah, S.K., Adler, R.R., Xiang, L., Clark, C.J., Cooper, Z., Finlayson, E., et al. (2022). Patients living with dementia have worse outcomes when undergoing high-risk procedures. Journal of the American Geriatrics Society, 70(10), 2838-2846. <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.17893>
5. Shah, S.K., Adler, R.R., Xiang, L., Clark, C.J., Cooper, Z., Finlayson, E., et al. (2022). Patients living with dementia have worse outcomes when undergoing high-risk procedures. Journal of the American Geriatrics Society, 70(10), 2838-2846. <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.17893>
6. Sampson, E.L., et al., *Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality*. The British Journal of Psychiatry, 2009. 195: p. 61-66.  
Dementia Action Alliance. *Creating Dementia Friendly Hospitals*. 2016 [cited 2016 18 november 2016]; Available from: [http://www.dementiaaction.org.uk/joint\\_work/dementia\\_friendly\\_hospitals](http://www.dementiaaction.org.uk/joint_work/dementia_friendly_hospitals)  
Dementia Action Alliance, *Dementia-friendly hospital charter*. Dementia Action Alliance.  
<Shah, S.K., Adler, R.R., Xiang, L., Clark, C.J., Cooper, Z., Finlayson, E., et al. (2022). Patients living with dementia have worse outcomes when undergoing high-risk procedures. Journal of the American Geriatrics Society, 70(10), 2838-2846. <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.17893>  
Möllers, T., H. Stocker, W. Wei, L. Perna, and H. Brenner. 2019. "Length of Hospital Stay and Dementia: A Systematic Review of Observational Studies." International Journal of Geriatric Psychiatry 34 (1): 8–21. doi:10.1002/gps.4993
7. Røsvik, J., & Rokstad, A. M. M. (2020). What are the needs of people with dementia in acute hospital settings, and what interventions are made to meet these needs? A systematic integrative review of the literature. *BMC health services research*, 20(1), 723. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05618-3>
8. Røsvik, J., & Rokstad, A. M. M. (2020). What are the needs of people with dementia in acute hospital settings, and what interventions are made to meet these needs? A systematic integrative review of the literature. *BMC health services research*, 20(1), 723. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05618-3>  
Andrews, J., A guide to creating a dementia-friendly ward. Nursing Times, 2013. 109(8): p. 20-21  
Alzheimer's Society, *Counting the cost: caring for people with dementia on hospital wards*. 2009, Alzheimer's Society: London.
9. Røsvik, J., & Rokstad, A. M. M. (2020). What are the needs of people with dementia in acute hospital settings, and what interventions are made to meet these needs? A systematic integrative review of the literature. *BMC health services research*, 20(1), 723. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05618-3>  
Andrews, J., A guide to creating a dementia-friendly ward. Nursing Times, 2013. 109(8): p. 20-21  
Alzheimer's Society, *Counting the cost: caring for people with dementia on hospital wards*. 2009, Alzheimer's Society: London.
10. Alzheimer's Disease International, *World Alzheimer Report Improving healthcare for people living with dementia*. 2016, Alzheimer's Disease International: London.
11. Dementia Action Alliance. *Creating Dementia Friendly Hospitals*. 2016. Beschikbaar op: [http://www.dementiaaction.org.uk/joint\\_work/dementia\\_friendly\\_hospitals](http://www.dementiaaction.org.uk/joint_work/dementia_friendly_hospitals)  
Kirch, J., & Marquardt, G. (2021): Towards human-centred general hospitals: the potential of dementia-friendly design, *Architectural Science Review*, DOI: 10.1080/00038628.2021.1933889
12. Waller, S. & A. Masterson, *Designing dementia-friendly hospital environments*. Future Hospital Journal, 2015. 2(1): p. 63-68.  
Kirch, J., & Marquardt, G. (2021): Towards human-centred general hospitals: the potential of dementia-friendly design, *Architectural Science Review*, DOI: 10.1080/00038628.2021.1933889
13. Walgraef, I. (2022, 10 februari). DEMEN-ZIE: Ervaringen van personen met dementie en hun mantelzorgers bij een opname in het ziekenhuis. *Wintermeeting Gerontologie & Geriatrie*, Oostende.
14. Daykin N, Parry B, Ball K, et al. The role of participatory music making in supporting people with dementia in hospital environments. *Dementia*. 2018;17(6):686–701.  
Fleiner T, Dauth H, Gersie M, Zijlstra W, Haussermann P. Structured physical exercise improves neuropsychiatric symptoms in acute dementia care: a hospital-based RCT. *Alzheimers Res Ther*. 2017;9(1):68



- 15 Reich, C. D., Lyons, H., & Holroyd-Leduc, J. M. (2022). Optimizing the Physical & Social Environment Within Hospitals for Patients with Dementia: a Systematic Review. *Canadian geriatrics journal: CGJ*, 25(2), 222–232. <https://doi.org/10.5770/cgj.25.494>
16. Røsvik, J., & Rokstad, A. M. M. (2020). What are the needs of people with dementia in acute hospital settings, and what interventions are made to meet these needs? A systematic integrative review of the literature. *BMC health services research*, 20(1), 723. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05618-3>
17. Camberlin, C., Mistiaen, P., Beguin, C., Van de Voorde, C., & Van den Heede, K. (2019). Patients with dementia in hospitals: a nation-wide analysis of administrative data 2010-2014. *European Geriatric Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00205-0>
18. Camberlin, C., Mistiaen, P., Beguin, C., Van de Voorde, C., & Van den Heede, K. (2019). Patients with dementia in hospitals: a nation-wide analysis of administrative data 2010-2014. *European Geriatric Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00205-0>
19. Visser, F.C.W., van Eersel, M.E.A., Hempenius, L. et al. Recognition of cognitive dysfunction in hospitalised older patients: a flash mob study. *BMC Geriatr* 24, 66 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04588-5>
20. Deschodt, M., et al., Globale geriatrie benadering: Rol van de interne geriatrie liaison teams - rapport 245As. 2015, KCE: Brussel.
21. Van de Voorde, C., et al., Benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit – Synthese. Health Services Research (HSR), in KCE Reports 289As. 2017, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE): Brussel.
22. [https://memory.ucsf.edu/sites/memory.ucsf.edu/files/wysiwyg/PWM\\_PreHospitalization\\_Checklist.pdf](https://memory.ucsf.edu/sites/memory.ucsf.edu/files/wysiwyg/PWM_PreHospitalization_Checklist.pdf)
23. Jensen, A.M., et al., Medication and care in Alzheimer's patients in the acute care setting: A qualitative analysis. *Dementia*, 2017: p. 1471301217743306
24. Alzheimer's Disease International, World Alzheimer Report - Improving healthcare for people living with dementia. 2016, Alzheimer's Disease International: London.
25. Edis, H., Improving care for patients with dementia in the recovery room. *British Journal of Nursing*, 2017. 26(20): p. 1102-1108.
26. Han, Q.Y.C., Rodrigues, N.G., Klainin-Yobas, P., Haugan, G., & Wu, X.V. (2022). Prevalence, Risk Factors, and Impact of Delirium on Hospitalized Older Adults With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, Volume 23, Issue 1, January 2022, Pages 23-32.e27.
- Davis, D.J., et al., Association of delirium with cognitive decline in late life: A neuropathologic study of 3 population-based cohort studies. *JAMA Psychiatry*, 2017
27. Federatie Medisch Specialisten (2020). *Delier bij volwassenen en ouderen. Richtlijn op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie*. Gevonden op [www.palliaweb.nl](http://www.palliaweb.nl).
28. Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A., & Herr, K. (2020). Pain in dementia. *Pain Reports*, 5(1): p e803.
29. Defrin, R., Amanzio, M., de Tommaso, M., Dimova, V., Filipović, S., Finn, D., Gimenez-Llort, L., Invitto, S., Jensen-Dahm, C., Lautenbacher, S., Oosterman, J.M., Petrini, L., Pick, C.G., Pickering, G., Vase, L., & Kunz, M., (2015). Experimental pain processing in individuals with cognitive impairment: current state of the science 156, no. 8:1396-1408, <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000195>
- Scherder, E.J.A., Plooij, B., Achterberg, W.P., Pieper, M., Wiegiersma, M., Lobbezoo, F., & Oosterman, J.M. (2015). Chronic Pain in "Probable" Vascular Dementia: Preliminary Findings. *Pain Medicine*, Volume 16, Issue 3, March 2015, Pages 442–450, <https://doi.org/10.1111/pme.12637>
30. Pickering, G., D. Jourdan, & C. Dubray, Acute versus chronic pain treatment in Alzheimer's disease. *European Journal of Pain*, 2006. 10(4): p. 379-379.
- McAuliffe, L., D. Brown, & D. Fetherstonhaugh, Pain and dementia: an overview of the literature. *International journal of older people nursing*, 2012. 7(3): p. 219-226.
31. Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A., & Herr, K. (2020). Pain in dementia. *Pain Reports*, 5(1): p e803.
32. Han, Q. Y. C., Rodrigues, N. G., Klainin-Yobas, P., Haugan, G., & Wu, X. V. (2022). Prevalence, Risk Factors, and Impact of Delirium on Hospitalized Older Adults With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(1), 23–32.e27. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.09.008>

## Dankwoord

Met dank aan de mantelzorgers, mensen met dementie, professionele zorgverleners, mantelzorgverenigingen, de collega's van de Expertisecentra Dementie en de Belgische Vereniging Gerontologie en Geriatrie voor hun ideeën, kritische kijk en ondersteuning.







expertisecentrum  
**dementie**  
Vlaanderen



Dit is een uitgave van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, partnerorganisatie van de Vlaamse overheid.