

# Handreiking

# **Diagnostiek**

# **van dementie**

Stroomschema diagnostisch proces

Uitwerking ziekte- en zorgdiagnostiek

Handvatten voor de uitvoering



# Inhoud

Inleiding	3	<b>3 Zorgdiagnostiek</b>	
Leeswijzer	4		
Stroomschema	5	3.1 Zorgdiagnostiek en zorgregie	11
		Zorgdiagnostiek	
		Zorgprognostiek	
		Zorgmanagement	
		3.2 Zorgdiagnostiek in 4 stappen	11
		Stap 1: Analyse	
		Stap 2: Inventarisatie	
		Stap 3: Aansturing	
		Stap 4: Evaluatie	
<b>1 Uitwerking ziekte- en zorgdiagnostiek</b>			
1 Uitgangspunten	6		
1.1 Ziektediagnostiek en zorgdiagnostiek	6		
1.2 Nosologische benadering	6		
1.3 Duiding en overweging	6		
1.4 Kenmerkende aspecten voor de verpleeghuis- geneeskunde	7		
De patiënt en de hulpvraag			
De taken en rollen van verpleeghuisarts/sociaal geriater			
1.5 Dementie in een breder kader	8	<b>Bijlagen</b>	
		A Achtergrondinformatie over het NPO	13
		B Achtergrondinformatie over beeldvormend onderzoek	14
		C Overzicht dementie in een bredere context	15
		D Checklist: beknopte diagnostische criteria van 4 dementievormen	16
		E Praktische handvatten voor de uitvoering van de ziektediagnostiek (bij 2.2)	19
		F Meetinstrumenten zorgdiagnostiek	21
<b>2 Ziektediagnostiek</b>			
2.1 Algemene aspecten	9	<b>Verantwoording</b>	22
2.2 Stappen in de ziektediagnostiek	9	<b>Literatuur</b>	23
Verheldering van de hulpvraag			
Eerste indruk en bepaling strategie			
Anamnese en heteroanamnese			
Psychiatrisch onderzoek/observatie (bedsite-test), testen cognitie			
Lichamelijk onderzoek			
Laboratoriumonderzoek			
2.3 Multidisciplinaire bespreking en overweging	10	<b>Colofon</b>	24
2.4 Voorlopige uitslag	10		

# Inleiding

Binnen de beroepsgroep verpleeghuisartsen en sociaal gerieters bestaat al langer de wens over een specifieke richtlijn betreffende de diagnostiek van dementie te beschikken. De publicatie van de NVKG/CBO “richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie” in 2005 voorzag gedeeltelijk in deze behoefte. Deze richtlijn biedt aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering bij dementie. De richtlijn berust op het best beschikbare bewijs uit wetenschappelijk onderzoek en de meningsvorming door experts ten aanzien van goed medisch handelen. De richtlijn heeft als doel de kwaliteit van de geneeskundige zorg op het gebied van diagnostiek en medicamenteuze therapie bij dementie te bevorderen.

Voor de praktijk van artsen, die met kwetsbare ouderen en hun complexe problematiek te maken hebben, biedt de richtlijn een goed vertrekpunt, maar is een specifieke vertaling naar de werkwijze van de verpleeghuisarts/sociaal geriater noodzakelijk.

Op basis van deze richtlijn is nu door de NVVA een instrument ontwikkeld dat verpleeghuisartsen en sociaal gerieters ondersteunt bij de diagnostiek van dementie bij kwetsbare ouderen. Het instrument omvat ten eerste een handreiking in de vorm van een stroomschema dat een methodische aanpak van ziektediagnostiek bij dementie zichtbaar maakt. Ten tweede bevat het een nadere uitwerking van ziekte- en zorgdiagnostiek met de overwegingen die daarbij gemaakt worden. Ten derde wordt er een beschrijving van het diagnostisch proces gegeven met concrete handvatten voor de uitvoering van de diagnostiek.

# Leeswijzer

## GEBRUIK HET INSTRUMENT

- Als geheugensteun bij ziekte- en zorgdiagnostiek vanuit het perspectief van de verpleeghuisarts/sociaal geriater
- Als naslagwerk dat de stappen van het diagnostisch proces nader toelicht
- Als naslagwerk waarin concrete handvatten zijn terug te vinden voor de praktische uitvoering van de diagnostiek
- Als hulp bij het verbeteren van (beslissings-)vaardigheden bij dementiediagnostiek en het doen van (intercollegiale) toetsing ten aanzien van de werkwijze
- Als bron voor (regionale) keten- en netwerkafspraken

In het instrument zijn drie verschillende onderdelen te onderscheiden:

### 1. STROOMSCHEMA DIAGNOSTISCH PROCES

- Het stroomschema maakt een stapsgewijze, methodische en cyclische aanpak van ziektediagnostiek bij dementie zichtbaar conform de richtlijn, en waarbij bovendien rekening wordt gehouden met de integrale- en multidisciplinaire aanpak van de verpleeghuisarts/sociaal geriater

### 2. EEN NADERE UITWERKING VAN ZIEKTEDIAGNOSTIEK EN ZORGDIAGNOSTIEK BIJ DEMENTIE

- Uitgangspunten die specifiek zijn voor de verpleeghuisarts/sociaal geriater en zijn patiënt
- Het uitgeschreven proces van de ziektediagnostiek
- De uitgeschreven stappen in zorgdiagnostiek

### 3. BIJLAGEN

- Achtergrondinformatie over het NPO: Neuropsychologisch onderzoek
- Achtergrondinformatie over beeldvormend onderzoek
- Concrete en praktische handvatten voor de uitvoering van de diagnostiek (zie bijlage E)
- Overzicht: dementie in een breder perspectief
- Beknopt overzicht van diagnostische criteria voor de vier meest voorkomende dementievormen: ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, dementie met Lewy Bodies en frontotemporale dementie
- Meetinstrumenten zorgdiagnostiek

## EEN PAAR GEBRUIKTE BEGRIPPEN TOEGELICHT

Wanneer “*patiënt*” in de handreiking wordt gebruikt, wordt daarmee bedoeld:

De patiënt (lees ook cliënt of bewoner), waarbij ook zijn partner/familie/wettelijke vertegenwoordiger/mantelzorgers etc. gesprekspartner kan zijn voor de arts.

Met “verpleeghuisarts/sociaal geriater” wordt bedoeld:

de arts werkzaam in/verbonden aan het verpleeghuis/verzorgingshuis of ander ‘woonzorgcentrum’, al dan niet met ambulante taken of de arts werkzaam in de ambulante (geestelijke) gezondheidszorg en beroepsbeoefenaars die hem ondersteunen en/of waarmee zij een multidisciplinair samenwerkingsverband vormen.

Disciplines die met de arts multidisciplinair samenwerken zijn bijvoorbeeld:

verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici, (klinisch) psychologen, SPV-ers, maatschappelijk werkers of anderen die als casemanager fungeren.

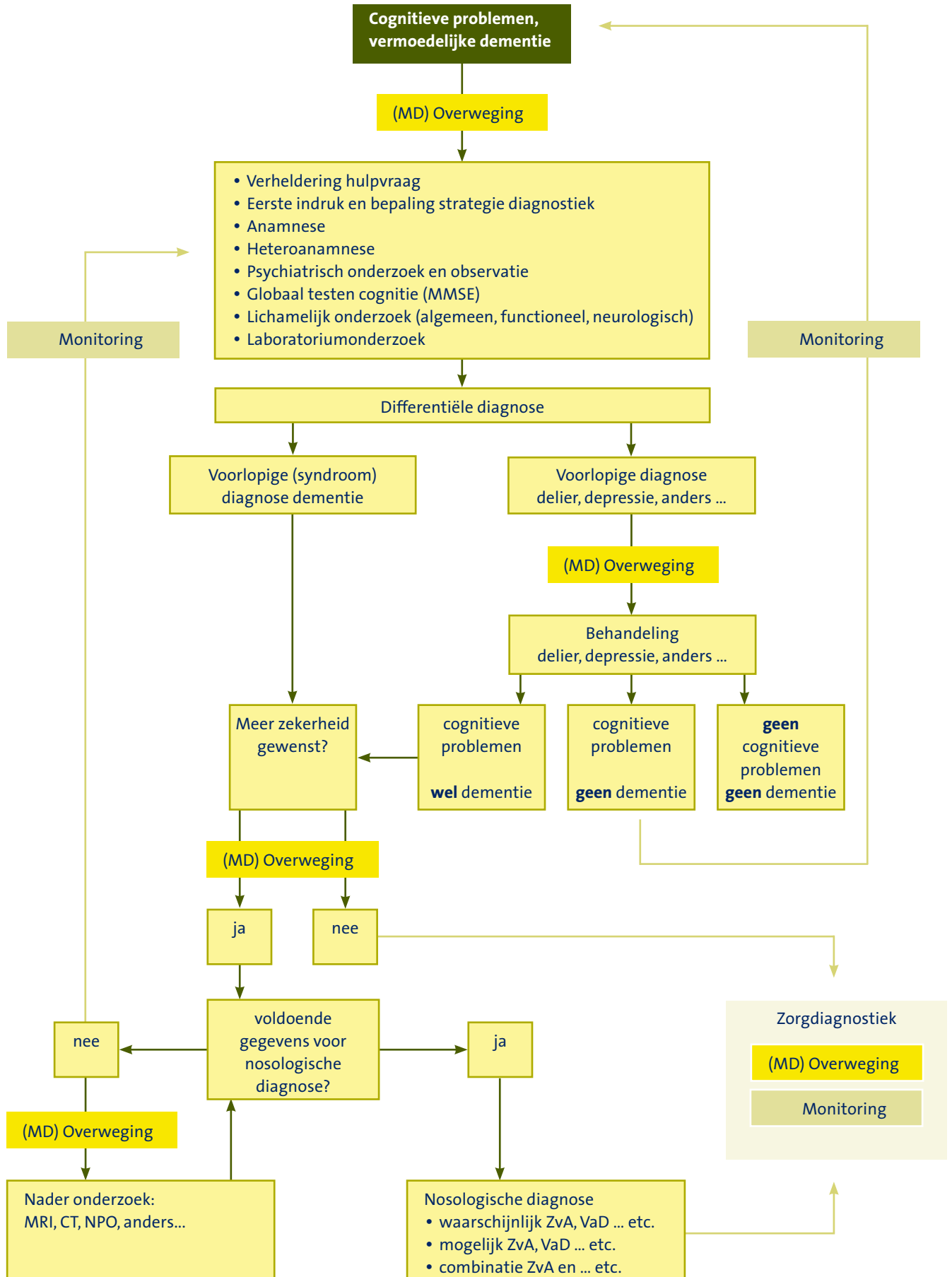
“*Casemanager*” is geen vast omschreven of beschermde titel, maar er wordt in veel gevallen onder verstaan een HBO opgeleide hulpverlener die:

- in dienst is van een organisatie of samenwerkende organisaties op het gebied van zorg en welzijn
- zorgt voor continuïteit en afstemming van het zorgaanbod
- dementerenden en hun mantelzorgers begeleidt en ondersteunt

Onder “*nosologie*” wordt verstaan:

het systematisch beschrijven en indelen van een ziekte(beeld) in samenhang met symptomatologie, etiologie en pathologie

## Stroomschema Diagnostisch proces bij dementie



### (MD) Overweging

Vóór en met elke patiënt zullen afwegingen gemaakt worden. De uitkomst van de overweging wordt bepaald door:

- \* de hulpvraag
- \* de te verwachten behandelopties
- \* de wensen en draagkracht van de patiënt en zijn naasten

### Monitoring

Het systematisch volgen en/of meten van de ontwikkeling en het zondig bijstellen van doelen.

# Uitwerking van de ziekte- en zorgdiagnostiek van dementie

## 1. Uitgangspunten

Verpleeghuisartsen en sociaal gerieters hebben veel te maken met patiënten met een vermoedelijke dementie of met een reeds gestelde (werk)diagnose waarbij de diagnostiek niet compleet is. Zij hebben als belangrijkste diagnostische instrumenten anamnese, heteroanamnese, observatie, psychiatrisch onderzoek, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek tot hun beschikking. Met behulp van deze instrumenten behoort een nosologische dementiediagnose tot de mogelijkheden. Tijdens het diagnostisch proces moet er echter met veel aspecten rekening gehouden worden die telkens om overweging vragen en waardoor mogelijk afgezien wordt of moet worden van nosologische diagnostiek.

### 1.1 Ziektediagnostiek en zorgdiagnostiek

Patiënten en hun omgeving willen weten wat er aan de hand is en of er sprake is van dementie. Diagnostiek omvat een complex geheel aan handelingen en acties. Onderzoek naar de aard en ernst van de dementie is ziektediagnostiek. Onderzoek naar de gevolgen en problemen die de patiënt en zijn familie in het dagelijks leven op verschillende levensterreinen ondervinden, is zorgdiagnostiek.

De handreiking beschrijft de stappen en acties die ondernomen moeten worden tijdens ziekte en zorgdiagnostiek. Diagnostiek bij dementie omvat een complex geheel aan handelingen en acties. In deze handreiking is voor het overzicht een ordening aangebracht, tegelijk is er het besef dat problemen en zorgen ten gevolge van dementie geen vaste volgorde in tijd of prioriteit hebben. Het is dan ook nodig om continu een vinger aan de pols te houden om nieuwe problemen en (zorg)vragen tijdig op te sporen. Dat sommige stappen gelijktijdig, soms sneller dan andere stappen en meer of minder intens uitgevoerd worden, is afhankelijk van de setting waarbinnen deze plaatsvinden, de wens van de patiënt of de mogelijkheden van de mantelzorger of professionele zorgverlener. Het heeft echter geen invloed op de systematiek van het proces.

## 1.2 Nosologische benadering

In de NVKG/CBO richtlijn (hierna 'de richtlijn' te noemen) is 'state of the art' ziektediagnostiek beschreven. In deze richtlijn wordt er voor gekozen verder te gaan dan de syndromale diagnostiek en te streven naar nosologische diagnostiek in een zo vroeg mogelijk stadium van de ziekte. Redenen hiervoor zijn de internationale medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen, de verschillen in behandelbaarheden voor verschillende typen dementie, grotere kennis en mondigheid van patiënten en de daarmee samenhangende vraag naar openheid, differentiële diagnostiek en prognostiek. Belangrijke voordelen van een nosologische diagnose zijn dat:

- nauwkeuriger een prognose gegeven kan worden
- preventieve maatregelen adequater ingezet kunnen worden
- onderbouwing voor specifieke (medicamenteuze) interventies voorhanden is

In de richtlijn wordt de kanttekening geplaatst dat bij latere stadia van hersenziekten die een dementieel beeld veroorzaken of als er sprake is van ernstige comorbiditeit, weloverwogen kan worden afgezien van nosologische diagnostiek. Enerzijds geldt deze kanttekening voor een belangrijk deel van de (intramuraal) patiënten van verpleeghuisartsen en sociaal gerieters. Voor deze groep geldt dat de belasting van diagnostiek wellicht niet meer opweegt tegen de resultaten en/of dat er de wens is geen verdere diagnostiek te doen. Anderzijds bestaat een steeds groter deel van de doelgroep van verpleeghuisartsen en sociaal gerieters uit thuiswonende ouderen voor wie een nosologische diagnose belangrijke informatie kan opleveren.

## 1.3 Duiding en overweging

Na het vergaren van informatie via het diagnostisch proces komt het moment dat duiding van de bevindingen plaatsvindt. Voor de verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie is het kenmerkend dat alle professionals, die informatie

betreffende de patiënt kunnen geven, hun bijdrage leveren aan deze duiding en afweging. Om transparant te kunnen onderbouwen hoe tot de bewuste diagnose wordt gekomen, is het overzichtelijk en centraal vastleggen van deze onderzoeksinformatie een voorwaarde. Allereerst zou er voldoende duidelijkheid moeten zijn dat andere verklaringen voor cognitieve dysfunctie kunnen worden uitgesloten. Delier, depressie, een ernstige angststoornis e.d. moeten in principe eerst worden behandeld alvorens tot dementiediagnostiek over te (kunnen) gaan. Als van de hiervoor genoemde ziektebeelden geen sprake (meer) is, wordt aan de hand van de verzamelde gegevens allereerst beoordeeld of de (syndroom)diagnose dementie kan worden vastgesteld. Zo ja, dan wordt vervolgens gekeken of met de al beschikbare informatie via de diagnostische criteria (zie de richtlijn en bijlage D voor een checklist met een beknopte weergave van de criteria) tot een ziektediagnose (nosologische diagnose) is te komen. Indien dit niet het geval is en er meer zekerheid gewenst is dan wordt afgewogen of aanvullende diagnostiek (beeldvormend onderzoek en/of NPO) zinvol en haalbaar is. Vóór en met elke patiënt zullen afwegingen gemaakt moeten worden hoever men wil en kan gaan. De uitkomst van de overweging wordt bepaald door:

- de hulpvraag
- de te verwachten in te zetten behandelopties
- de wensen en draagkracht van de patiënt en zijn naasten
- de lasten en opbrengsten van de diagnostische activiteiten voor de patiënt

Indien geïndiceerd en gewenst dan zal ook voor de kwetsbare geriatrische patiënten niet moeten worden gearzeld NPO en beeldvormende diagnostiek in te zetten als dit na afweging van bovenstaande argumenten haalbaar blijkt te zijn. NPO heeft een grote waarde en biedt bijvoorbeeld handvatten voor het zorgplan. De impact van het NPO is in veel gevallen minder dan die van beeldvormend onderzoek, het kan eventueel ook in de eigen omgeving van de patiënt gedaan worden. Zie ook bijlagen A en B.

Nieuwe ontwikkelingen in dementiediagnostiek kunnen een reden zijn om aanbevelingen in de richtlijn te heroverwegen. Zo is er bijvoorbeeld een verschuiving gaande richting het vaker doen van liquoronderzoek.

## 1.4 Kenmerkende aspecten voor de verpleeghuisgeneeskunde

Kenmerkend voor de verpleeghuisgeneeskunde en sociale geriatrie is de probleemgeoriënteerde en patiëntgerichte benadering en de verschillende rollen die de artsen kunnen vervullen.

### DE PATIËNT EN DE HULPVRAAG

De doelgroep van de verpleeghuisarts en sociaal geriater wordt gevormd door kwetsbare (dementerende) ouderen. Bij deze groep geeft de kwetsbaarheid ('frailty') vaak beperkingen in de diagnostische mogelijkheden, wordt vanuit

deze kwetsbaarheid mogelijk niet zo snel een hulpvraag geuit, terwijl de functiebeperkingen en comorbiditeit/multimorbiditeit groot kunnen zijn.

De hulpvraag wordt vaak geformuleerd vanuit een behoefte aan zorg. Het is noodzakelijk het aanbod van zorg voor mensen met dementie te laten bepalen door de problemen die zij en hun naasten en mantelzorgers ondervinden. Er is daarbij behoefte aan vraaggestuurde en samenhangende ketenzorg.

In het Landelijk Dementie Programma (LDP) wordt de samenhang tussen vragen en problemen beschreven. Het eerste contact tussen patiënt en de hulpverleners vindt plaats als patiënten/familie om hulp en diagnostiek vragen. Patiënten zoeken naar een antwoord op de vraag: "wat is er aan de hand?" Er is behoefte aan erkenning, emotionele ondersteuning, praktische hulp en informatie. Inzet van meerdere hulpverleners kan aan de orde zijn.

Voor de arts gaat het erom - vanuit de professionele verantwoordelijkheid - de belangrijkste problemen en vragen van de patiënten en de familie te vertalen in maatwerk en een realistische oplossing. Het motiveren van de cliënt voor onderzoek en inzet van zorg maakt een belangrijk deel uit van het proces.

### DE TAKEN EN ROLLEN VAN VERPLEEGHUISARTS/SOCIAAL GERIATER BIJ DEMENTIEDIAGNOSTIEK

De competenties van de verpleeghuisarts/sociaal geriater kunnen op verschillende plaatsen, in verschillende rollen aangeboden worden, namelijk thuis, in het zorgcentrum of het verpleeghuis in de rol van hoofdbehandelaar, medebehandelaar of consulent. Welke rol de verpleeghuisarts/sociaal geriater heeft, hangt af van de complexiteit van de problematiek van de patiënt en de afspraken die gemaakt zijn of worden met andere behandelend artsen. In veel gevallen zal het hier om huisartsen gaan. De plaats waar de patiënt verblijft is niet bepalend. Welke rol vervolgens feitelijk gerealiseerd kan worden hangt af van de praktijk van de zorgtoewijzing, de keuze van de patiënt en de mogelijkheden en bereidheid tot afstemming van betrokken zorgaanbieders.

Over het algemeen zal de verpleeghuisarts/sociaal geriater het grootste deel van de ziektediagnostiek doen en een regiefunctie uitoefenen. Als een casemanager beschikbaar is, zal deze in veel gevallen de zorgdiagnostiek kunnen uitvoeren en een coördinerende rol hebben. Gezien de complexiteit van activiteiten verdient het de voorkeur geprotocolleerd te werken.

Bij het komen tot een dementiediagnose zijn naast de arts verschillende disciplines betrokken. Welke disciplines dit zijn en welke rollen en taken de verschillende disciplines vervullen, verschilt per probleem, situatie en organisatie/instelling.

## 1.5 Dementie in een breder kader

In de praktijk is bij een aanzienlijk deel van de uiteindelijk gestelde diagnoses sprake van een combinatie van dementiële beelden. Er wordt in dit geval een combinatie-diagnose gesteld, bijv. “waarschijnlijk ziekte van Alzheimer (ZvA) met mogelijke vasculaire dementie (VaD)”. Met name vasculaire dementie is een heterogene groep van aandoeningen, denk aan de subcorticale vasculaire beelden (Binswang). Verdere typering is wenselijk, maar deze wordt niet in de richtlijn behandeld. Het onderscheid maken tussen een dementie cognitieve stoornissen na een enkel CVA (of beperkt aantal CVA's) is moeilijk.

Dementie met Lewy Bodies (DLB) kan slecht te onderscheiden zijn van ZvA, VaD en Parkinson dementie. Frontotemporale dementie (FTD) kent bijzondere vormen zoals de progressieve (niet vloeiende) afasie en de semantische dementie. Bij de FTD is er frequent sprake van een veranderd (verminderd of verhoogd) initiatief of andere veranderingen in gedrag.

70 -80% van de patiënten kan met de ZvA, VaD, DLB of FTD gediagnosticeerd worden. Naast deze vier vormen van dementie is er nog een groot scala aan ziektebeelden die ook cognitieve stoornissen met zich meebrengen.

De situatie waarbij er sprake is van objectiveerbare geheugenstoornissen of andere cognitieve stoornissen, maar waarbij de stoornissen van een zo licht karakter zijn dat niet voldaan wordt aan de criteria voor dementie (respectievelijk amnestisch syndroom en MCI), verdient speciale aandacht. Hierbij is monitoring, dat wil zeggen het vervolgen in de tijd en heroverwegen van diagnose, aangewezen. Bij deze stoornissen is het mogelijk dat zich alsnog een dementie ontwikkelt.

Bijlage C geeft een overzicht van beelden die op dementie gelijkende symptomen vertonen.



# Ziektediagnostiek

## 2.1. Algemene aspecten

Voor het stellen van een diagnose moet informatie worden verzameld om te beoordelen of wordt voldaan aan de diagnostische criteria voor één van de vormen van dementie. Zie bijlage D voor een beknopte weergave van de diagnostische criteria van de vier meest voorkomende dementieën. Voor het verkrijgen van informatie is niet één format te geven. Het diagnostisch proces wordt aangepast op grond van voorinformatie, eerste indrukken en observaties en zal naarmate er meer informatie verkregen is in een bepaalde richting gestuurd worden.

Hoewel de structuur die wordt gehanteerd tijdens de diagnostiek per werkomgeving (GGZ, somatische of psychogeriatrische afdeling in verpleeghuis of verzorgingshuis, geheugenpoli, eerste lijn) kan verschillen, is er een aantal uitgangspunten:

- Er is sprake van gericht en systematisch /methodisch handelen
- De informatie wordt vastgelegd in het dossier
- De informatie is overdraagbaar

## 2.2 Stappen in de ziektediagnostiek

In de ziektediagnostiek zijn deelprocessen te onderscheiden die elkaar gedeeltelijk kunnen overlappen. Hierna volgt een overzicht van anamnese en onderzoek, waarbij de arts een belangrijke rol speelt. Dit betekent niet dat elk onderdeel ook door de arts moet worden uitgevoerd. Een SPV-er, een maatschappelijk werker of een psycholoog kunnen ook delen op zich nemen.

NB: Bijlage E geeft per onderdeel praktische handvatten bij de uitvoering van de diagnostiek.

### VERHELDERING VAN DE HULPVRAAG

Een hulpvraag kan zich manifesteren in de vorm van “wat mankeert mij” of “wat mankeert mijn partner”. Veelal wordt er echter gevraagd om ondersteuning en advies over het omgaan met probleemgedrag of een slecht geheugen. Lang niet altijd is voor de hulpvrager duidelijk, dat voor een adequate uitwerking van deze vragen vooraf duidelijk moet worden wat de oorzaak van de genoemde problemen is. Door dit expliciet te benoemen kan worden voorkomen dat patiënten (en vooral mantelzorgers) voortijdig afhaken omdat zij het gevoel hebben dat er niets gedaan wordt aan de hulpvraag zelf. Ook een eventuele discrepantie tussen de hulpvraag van de patiënt en die van diens mantelzorger komt bij het verhelderen van de hulpvraag vaak boven tafel.

### EERSTE INDRUK EN BEPALING STRATEGIE

Al in deze fase van informatievergaring wordt een indruk gevormd van het cognitief functioneren van de patiënt, van eventuele psychiatrische comorbiditeit, van copingstijlen en van de persoonlijkheid van de patiënt. Daarnaast wordt een

indruk gevormd van de draagkracht van de mantelzorger en van de interactie tussen patiënt met de mantelzorger. Gedurende het gehele verdere proces zal dit beeld worden aangevuld.

### ANAMNESE EN HETEROANAMNESE

#### Medicatie en medische voorgeschiedenis

- medische voorgeschiedenis, huidige medicatie en intoxicatie
- beperkte informatie betreffende algemene gezondheid: o.a. eetlust, afvallen, aanwijzingen voor (onopgemerkt) doormaken van TIA of CVA, vallen en duizeligheid, continentie, mobiliteit, vaatproblemen

#### Levensgeschiedenis en ‘daganamnese’

- premorbide persoonlijkheid en copingstyle en de veranderingen hierin
- functionele beperkingen in ADL, IADL, sociale contacten en hobby's
- daginvulling, initiatief, slaappatroon

#### Familieanamnese en vooropleiding

- premorbide intelligentie, opleiding en beroep
- familiale belasting

#### Anamnese gericht op cognitieve en psychiatrische klachten

- begin, aanleiding, ontstaanswijze, eerdere delirante episodes, prodromen (aspecifieke verschijnselen)
- beloop, fluctuaties, omstandigheden waarin verergering plaatsvindt
- aard van de stoornissen en verschillen van inzicht tussen patiënt en mantelzorger
- psychiatrische comorbiditeit: psychotische kenmerken, depressie, angst
- taalstoornissen, afwijkingen in de spraak

#### Heteroanamnese

Bij cognitieve problemen wordt de heteroanamnese om twee redenen afgenomen:

- om aanvullingen te geven op de punten die de patiënt niet weet (dus in feite aanvullingen op de auto-anamnese)
- om vanuit de eigen invalshoek (centrale verzorger) de situatie te belichten (denk ook aan belasting zorgsysteem)

### PSYCHIATRISCH ONDERZOEK/OBSERVATIE (BEDSIDE-TEST), TESTEN COGNITIE

Dit is een belangrijk onderdeel in de ziektediagnostiek en sluit aan op de anamneses ten aanzien van cognitieve en psychiatrische klachten. Observeer onder andere aandacht, bewustzijn, contact en contactgroei en stemming. Doe een kort maar volledig psychiatrisch onderzoek. De cognitieve test kan globaal getest worden met behulp van MMSE en/of CST-20. De kloktekentest kan als aanvulling gedaan worden.

#### LICHAMELIJK ONDERZOEK

Bij cognitieve problemen wordt om drie redenen een lichamenlijk onderzoek gedaan:

- om aanwijzingen te vinden voor de etiologie (zie beknopte diagnostische criteria bijlage D)
- om een eventueel behandelbare oorzaak op te sporen (bij een delier obligaaf)
- om comorbiditeit op te sporen, die de cognitieve stoornissen kunnen doen verergeren
- het lichamenlijk onderzoek omvat algemeen onderzoek, neurologisch onderzoek, en functioneel onderzoek

#### LABORATORIUMONDERZOEK

Minimaal worden de volgende laboratoriumwaarden bepaald: Hb, Ht, MCV, BSE, glucose, TSH en creatinine, tenzij recent bepaald.

Vitamine B1, B6, B12, foliumzuur, natrium en kalium worden op indicatie bepaald (bij gastro-intestinale comorbiditeit, alcoholabusus, diuretica, SSRI en afwijkend voedingspatroon).

### 2.3 Multidisciplinaire bespreking en overweging

Bespreek de conclusies uit de anamnese, het psychiatrisch, lichamenlijk en laboratorium onderzoek multidisciplinair. Gegevens worden hier bijeengebracht en vanuit verschillende gezichtspunten geïd. Er wordt beoordeeld of dit voldoende is voor de verpleeghuisarts/sociaal geriater om een nosologische diagnose te kunnen stellen.

- welke factoren maken verdere diagnostiek obligaaf?
- welke factoren maken verdere diagnostiek onwenselijk?
- weegt de toegevoegde waarde van de diagnostiek op tegen de belasting voor de patiënt?

### 2.4 Voorlopige uitslag

Bespreek met patiënt en mantelzorger de voorlopige uitslag (slecht nieuws of niet). Geef informatie over de onderzoeksbevindingen. Leg de diagnose uit en beantwoordt vragen (WGBO).

Indien er een voorstel wordt gedaan voor vervolgonderzoek is de nosologische benadering uitgangspunt. De mate van vervolgonderzoek is afhankelijk van:

- de vraag
- het probleem
- de consequenties van meer diagnostiek
- het vervolgtraject

# Zorgdiagnostiek

Zorgdiagnostiek is een continu proces, waarbij cyclisch de draaglast en draagkracht van patiënt en zijn naasten/ mantelzorgers worden onderzocht. Er kan hierbij gebruik worden gemaakt van klinimetrische schalen.

Interventies dienen vroegtijdig en structureel te worden aangeboden, toegesneden op de individuele situatie. Hierbij hebben psychosociale interventies, indien mogelijk, de voorkeur boven medicamenteuze behandeling. Hulpverleners dienen te anticiperen op en te interveniëren bij bijkomende problemen zoals veranderingen in stemming, rouw, hallucinaties, overmatig alcoholgebruik bij patiënten en bij mantelzorgers. Doel is het behoud van kwaliteit van leven (bij patiënten en mantelzorgers) en het voorkomen van overbelasting bij mantelzorgers.

Bij de hulpverlening aan patiënten met dementie en hun mantelzorgers is casemanagement een belangrijk onderdeel. Casemanagement richt zich op de ondersteuning van de patiënt en naasten en op de coördinatie en afstemming van een zorgaanbod. De invulling van casemanagement verschilt per regio.

Gestructureerd overleg tussen hulpverleners heeft voordelen boven ad-hoc besprekingen. Gezamenlijk wordt een zorg-/behandelplan opgesteld waarin wordt aangegeven welke hulp wordt aangeboden en wie de hulp uitvoert.

## 3.1 Zorgdiagnostiek en zorgregie

Zorgdiagnostiek is een van de drie samenhangende taken van de verpleeghuisarts/sociaal geriater op het gebied van de zorgregie. Behalve zorgdiagnostiek zijn dit zorgprognostiek en zorgmanagement.

### ZORGDIAGNOSTIEK

Met gestandaardiseerde meetinstrumenten kunnen de zorg en zorgbehoefte en de mate van belasting worden vastgelegd in maat en getal. Deze instrumenten meten beperkingen op het gebied van cognitieve stoornissen, zelfredzaamheid, gedrag en door mantelzorg ervaren belasting. De volgende domeinen kunnen hierbij onderscheiden worden:

- lichamelijke gezondheid
- zelfredzaamheid
- veiligheid en geldzaken
- centrale verzorger
- professionele zorgverlening
- familiesysteem
- woonomstandigheden
- cognitieve stoornissen
- gedrag en beleving
- persoon en copingstijl
- dagstructuur en bezigheden

Zie bijlage F voor een overzicht van bij deze domeinen passende meetinstrumenten en hun aandachtsgebieden.

De bevindingen uit de zorgdiagnostiek worden vertaald in haalbare en toetsbare doelen. Bij het formuleren van deze doelen zijn de wensen en de mogelijkheden van de patiënt, de mogelijkheden van het zorgsysteem en de professionele standaard richtinggevend. In acties wordt omschreven met welke (multidisciplinaire) interventies van professionals en mantelzorg de doelen moeten worden bereikt.

### ZORGPROGNOSTIEK

Voor de prognostiek is het nodig om op basis van de prognose van de ziekte(n) en de gevolgen voor de patiënt een inschatting te maken van de wijze waarop deze op de langere duur met de gevolgen van zijn ziekte(n) zal omgaan en welke implicaties dit heeft voor wonen, zorg, welzijn en mantelzorg. Prognostiek is zowel nodig voor patiënten die reeds in zorg genomen zijn, als voor patiënten bij wie nog moet worden bepaald welke zorg zij nodig hebben.

Omdat er over het algemeen sprake is van kwetsbare ouderen met complexe problematiek wordt bij de prognose niet alleen de dementie betrokken, maar het geheel aan problemen waarmee de patiënt te maken heeft. Ook wordt rekening gehouden met de draagkracht van de mantelzorg die mede bepalend is voor de mate van te verlenen zorg.

### ZORGMANAGEMENT

Een methodische werkwijze is bij zorgdiagnostiek en zorgmanagement van wezenlijk belang. Op grond van de (medische) ziekte- en de zorgdiagnostiek worden doelen ten aanzien van behandeling en begeleiding opgesteld en in het zorg-/behandelplan opgenomen. De prioriteiten worden bepaald en de gekozen acties worden systematisch uitgevoerd. De werkwijze heeft bovendien een cyclisch karakter, waarbij planning, uitvoering, evaluatie en bijsturing vaste stappen zijn. Als de situatie van de patiënt verslechtert of de omstandigheden veranderen, worden doelen bijgesteld en acties worden herhaald of aangepast.

## 3.2 Zorgdiagnostiek in 4 stappen

Bij de aanvang van het diagnostisch proces worden taken en verantwoordelijkheden van de betrokken hulpverleners duidelijk vastgelegd. Afhankelijk van de verblijfssituatie van de patiënt is betrokkenheid van en informatie aan de huisarts bij de aanvang van het proces van belang evenals terugkoppeling naderhand.

Om de methodische en cyclische werkwijze te ondersteunen is het praktisch om in de zorgdiagnostiek (diagnostiek, prognostiek en management) de volgende stappen te onderscheiden.

## Stap 1: Analyse

Een inschatting maken (en het meten) van de ontwikkeling van de hulpvraag.

### Actie 1

- In overleg met de patiënt en het zorgsysteem:
- Een inschatting maken van de prognose(s) ten aanzien van stoornissen, beperkingen en handicaps
  - Een inschatting maken van de draagkracht/draaglast-verhouding van het zorgsysteem
  - Het hoofddoel bepalen en aanvullende of andere zorg- en behandeldoelen formuleren op basis van bovenstaande inschattingen

## Stap 2: Inventarisatie

Beoordelen en vaststellen van de individueel aangewezen zorg op basis van ziekte- en zorgdiagnostiek

### Actie 2

- Met de patiënt en zijn systeem vaststellen welke (vorm van) hulp/zorg gewenst is
- Verkennen, verhelderen en vaststellen van de concrete problemen, waarop multidisciplinaire interventies mogelijk zijn
- Inschakelen van diverse disciplines hierbij (multidisciplinair team)
- Formuleren van toetsbare en/of haalbare doelen en stellen van prioriteiten
- Onderzoeken van de zorgbehoefte uitgaande van de doelen en prioriteiten
- Vaststellen van eventuele tekorten in de actuele zorg afgezet tegen de gebleken zorgbehoefte

## Stap 3: Aansturing

Sturen van de zorginspanningen en de daarbij in te zetten disciplines om de vastgestelde doelen te realiseren.

### Actie 3

- Inhoudelijk de regie voeren over het opstellen en vaststellen van het zorg-/behandelplan
- Beslissingen nemen met betrekking tot in zorg nemen, opname en ontslag
- Delegeren van taken aan andere disciplines
- Aansturen van samenwerkingsprocessen
- Informeren van de patiënt en diens familie

## Stap 4: Evaluatie

Het samen met de patiënt volgen en 'monitoren' van de hulp/zorgverlening mede in relatie tot het zorgsysteem.

### Actie 4

- Termijn vaststellen waarbinnen plannen/doelen worden geëvalueerd
- Het evalueren en bijstellen van het zorg-/behandelplan
- Nagaan of doelen het gewenste effect hebben
- Procesevaluatie: is het doel gerealiseerd op de manier waarop dit voorzien was?
- Bijstellen van doelen

**Zorgdiagnostiek volgt vaak op ziektediagnostiek, maar kan in de praktijk ook overlappen met of zelfs al ingezet worden voor het proces van de ziektediagnostiek.**

# Bijlage A

## Achtergrondinformatie NPO: Neuropsychologisch onderzoek

Neuropsychologisch onderzoek in het kader van diagnostiek bij dementie is een aanvullend onderzoek dat wordt uitgevoerd door een klinisch neuropsycholoog of door een neuropsychologisch geschoolde gezondheidszorgpsycholoog. Het onderzoek vindt plaats in multidisciplinair verband. Het bestaat uit anamnese, heteroanamnese, afname van (neuro)psychologische tests, gedragsobservaties, verslaglegging en rapportage aan patiënt, familie en verwijzer. (Neuro-)psychologische tests zijn gestandaardiseerde en genormeerde instrumenten waarmee cognitieve vaardigheden en andere persoonlijkheidskenmerken objectief en kwantitatief kunnen worden gemeten. De cognitieve domeinen die in een NPO worden onderzocht zijn: aandacht, waarneming, geheugen, oriëntatie, spraak- en taalvaardigheden, praxis en ruimtelijke vaardigheden, en uitvoerende functies. Daarnaast kunnen ook tests worden gebruikt gericht op stemmings- en gedragsveranderingen.

Op basis van het NPO kan worden beoordeeld (1) of er stoornissen van het cognitieve en emotioneel functioneren zijn die wijzen op een dementie of een begin van dementie, en (2) bij welk type dementie de gedragsveranderingen en het patroon van functiestoornissen passen.

Aanbevelingen uit de richtlijn, behulpzaam bij de beslissing wel of geen NPO te doen.

- NPO wordt aanbevolen wanneer er twijfel is over de aan- of afwezigheid van mentale stoornissen die zouden kunnen wijzen op (het begin van) ziekten die dementie veroorzaken. NPO wordt eveneens aanbevolen bij patiënten over wie differentiaaldiagnostische onzekerheid bestaat.
- Wanneer er differentiaaldiagnostische onzekerheid is, wordt NPO aanbevolen omdat het informatie geeft over het profiel van cognitieve functiestoornissen. Op basis daarvan kunnen aandoeningen uit de differentiaaldiagnostische lijst minder waarschijnlijk worden gemaakt, of zelfs worden uitgesloten.
- Ook wordt NPO aanbevolen wanneer het voor een adequate zorg en begeleiding gewenst is dat het profiel van gestoorde en intacte mentale vaardigheden wordt beschreven en gekwantificeerd.
- NPO is niet geïndiceerd bij een duidelijk afwijkende score op een dementie-screeningsinstrument, samen met een heteroanamnese die met voldoende mate van zekerheid een diagnose oplevert, wanneer althans het doel van het onderzoek zich beperkt tot de vraag of er sprake is van dementie.

*Deze tekst is overgenomen uit de NVKG/CBO Richtlijn.*

# Bijlage B

## Achtergrondinformatie beeldvormend onderzoek

De NVKG/CBO richtlijn beveelt beeldvormend onderzoek aan ten behoeve van diagnostiek van dementie bij patiënten jonger dan 65 jaar en bij iedere patiënt met klinische verdenking op een neurochirurgisch behandelbare aandoening (CT kan volstaan).

Daarnaast dient beeldvormend onderzoek te worden overwogen indien meer diagnostische zekerheid wordt verlangd bij een patiënt met:

- verdenking op vasculaire dementie, zeker wanneer bevestiging van formele (NINDS-AIREN-) criteria gewenst is (voorkeur MRI)
- verdenking op CJD (ziekte van Creutzfeldt-Jacob) of een andere snel progressieve dementie (sterke voorkeur MRI)
- twijfel over de diagnose ziekte van Alzheimer ter beoordeling van de hippocampus (sterke voorkeur MRI met coronale coupes)
- verdenking op FTD om lobaire atrofie aan te tonen (bij voorkeur MRI)

# Bijlage C

## Dementievormen in een bredere context

Deze bijlage geeft een overzicht van beelden die op demen- tie gelijkende symptomen vertonen (zie 1.5). Er is niet gestreefd naar het geven van een volledig overzicht.

### 1. Diagnosen waarbij niet voldaan wordt aan de criteria voor een dementieel beeld

- MCI: lichte stoornissen in meerdere cognitieve domei- nen  
Diagnostische criteria voor MCI. (Bron: Petersen et al. Arch Neurol 2001;58:1985-1992)
  - 1 Geheugenklachten, bij voorkeur bevestigd door een informant
  - 2 Gestoorde geheugenfunctie voor leeftijd en opleiding
  - 3 Overige cognitieve functies normaal
  - 4 Intacte ADL functies
  - 5 Geen dementie (en daarmee dus geen beperking in sociaal functioneren)
- Amnestisch syndroom: lichte geheugenstoornissen niet voldoende voor de diagnose dementie, maar wel met impact op het dagelijks leven.

Bij MCI en Amnestisch syndroom is het raadzaam om de verdere ontwikkeling van de klachten te blijven volgen (monitoren) en hulp te bieden bij het omgaan met de reeds aanwezige stoornissen. Zie ook de betreffende informatie in de richtlijn (geen duidelijk omschreven ziektebeelden, maar toch soms bruikbare concepten).

### 2. Andere degeneratieve ziekten van het brein die gepaard kunnen gaan met ernstige cognitieve stoornissen c.q. een dementie

- Ziekte van Huntington
- Parkinson, Progressive Supranuclear Palsy (lijkend op DLB)

### 3. Cognitieve stoornissen t.g.v. andere neurologische beelden

- Epilepsie
- Normal Pressure Hydrocephalus
- Status na cerebrale hypoxie (lijkend op vasculaire dementie)
- Cerebrale neoplasmen en metastasen.
- MS
- Trauma
- Status na langdurige hypoglycaemie

### 4. Infectieuze oorzaken van cognitief verval

- HIV dementie
- Neurosyphilis
- Ziekte van Lyme
- Ziekte van Creutzfeldt-Jacob
- Meningitiden en Encephalitis (viraal, bacterieel, parasitair)

### 5. Metabole, toxische en iatrogene oorzaken van cognitieve stoornissen

- Korsakov
- Alcohol dementie
- Anaemie
- Medicatie
  - In therapeutische doseringen (b.v. opiaten, benzodia- zepinen, anti-epileptica, anticholinerge medicatie)
  - In situaties van overdosering of soms therapeutische doseringen (b.v. digoxine, theofylline, lithium)
  - Na langdurig gebruik (b.v. lithium)
- Blootstelling aan toxische stoffen (b.v. vluchtige oplos- middelen, zware metalen)
- Elektrolytstoornissen, nierinsufficiëntie, leverinsufficiëntie
- Vitaminen tekorten (b.v. B12, foliumzuur)
- Hypothreoïdie (maar ook hypertyreoïdie), Addison
- Auto-immuun stoornissen en allergieën

NB: Dit zijn deels behandelbare oorzaken!

### 6. Psychiatrische oorzaken van cognitieve stoornissen

- Depressie en manie
- Angststoornissen
- Schizofrenie
- Dissociatieve stoornissen

Er is interactie tussen een gevonden dementie en reeds bestaande (vooral psychiatrische) comorbiditeit. Aan- dachtspunt is daarom de invloed van persoonlijkheidsstoor- nissen of persoonlijkheidstrekken en opvallende copingstijlen op de presentatie van een dementie. Dit kan de diagnose moeilijker maken en kan het nodig maken beeldvormende diagnostiek in te zetten.

# Bijlage D

## Checklist: beknopte diagnostische criteria

### Toelichting

In de onderstaande tabellen is een beknopte weergave te vinden van de diagnostische criteria van de ziekte van Alzheimer (ZvA), vasculaire dementie (VaD), dementie met Lewy Bodies (DLB) en frontotemporale dementie (FTD). Deze beknopte weergave is nadrukkelijk bedoeld als checklist.

Voor de originele diagnostische criteria wordt verwezen naar de richtlijn 'diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie'. De oorspronkelijke publicaties van de diagnostische criteria zijn:

voor ZvA: Neurology 1984;34:939-44

voor VaD: Neurology 1993;43:250-60

voor DLB: Neurology 1996;47:1113-24

voor FTD: Neurology 1998;51:1546-54

Ziekte van Alzheimer	NINCDS-ADRDA criteria Beknopte weergave
<b>Waarschijnlijk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dementie klinisch vastgesteld:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• stoornissen op minimaal 2 cognitieve gebieden</li> <li>• progressieve geheugen en andere cognitieve stoornis</li> <li>• normaal bewustzijn</li> </ul> </li> <li>- Begin tussen 40 en 90</li> <li>- Geen andere neurologische of somatische verklaring</li> </ul>
<b>Mogelijk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Variatie in debuut, verloop, presentatie</li> <li>- Gecombineerd met (niet verklarende) neurologische stoornis</li> <li>- Progressief enkelvoudige cognitieve stoornis zonder andere verklaring</li> </ul>
<b>Ondersteunend</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progressieve verslechtering specifieke cognitieve functies</li> <li>- Stoornissen ADL en gedrag</li> <li>- Positieve familieanamnese</li> <li>- Normale liquor en EEG, atrofie op CT / MRI</li> </ul>
<b>Consistent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plateaus in beloop</li> <li>- Wanen, hallucinaties, emotionele labiliteit, depressie</li> <li>- Gewichtsverlies, incontinentie, slaapstoornissen</li> <li>- Normaal CT / MRI</li> <li>- Laat stadium: hypertonie, myoclonus, epilepsie, loopstoornis</li> </ul>
<b>Inconsistent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plots begin</li> <li>- Focale neurologische stoornissen</li> <li>- Insulten en loopstoornissen vroeg in het beloop</li> </ul>



Vasculaire dementie	<b>NINDS-AIREN Criteria</b> <b>Beknopte weergave</b>
<b>Waarschijnlijk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stoornissen geheugen en minimaal 2 andere cognitieve domeinen, anders dan alleen door CVA te verklaren</li> <li>- Cerebrovasculaire ziekte met focaal neurologische afwijking én laesies op CT / MRI</li> <li>- Tijdsrelatie cerebrovasculaire ziekte en dementie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• binnen 3 maanden na CVA, of</li> <li>• plots begin, of</li> <li>• stapsgewijze verslechtering</li> </ul> </li> </ul>
<b>Mogelijk</b>	<p>Dementie én focaal neurologische stoornissen en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ontbreken CT / MRI</li> <li>• geen duidelijke tijdsrelatie CVA en dementie</li> <li>• geleidelijk begin, plateau of zelfs deels verbetering</li> </ul>
<b>Consistent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vroeg stadium: loopstoornissen, vallen, incontinentie</li> <li>- Pseudobulbair paralyse</li> <li>- Persoonlijke veranderingen als depressie traagheid en emotionele ontremming</li> </ul>
<b>Inconsistent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewustzijnsstoornissen, delier, afasie die onderzoek onmogelijk maken of cognitieve stoornis verklaren</li> <li>- Geheugenstoornissen als vroegsymptoom</li> <li>- Progressieve verslechtering geheugen</li> <li>- Afwezige focaal neurologische stoornis</li> <li>- Geen afwijkingen op CT / MRI</li> </ul>

<b>Dementie met Lewy Bodies</b>	<b>Criteria van de Lewy Body international workshop</b> <b>Beknopte weergave</b>
<b>Centrale kenmerken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progressieve stoornissen interfereren met sociaal en professioneel functioneren</li> <li>- Stoornissen in vooral: aandacht, subcortico-frontale functies en visuospatiële functies</li> <li>- Geheugenstoornissen eerst weinig op de voorgrond</li> </ul>
<b>Aanvullende kernsymptomen:</b> <b>Minimaal 2 =&gt; waarschijnlijk</b> <b>Slechts 1 =&gt; mogelijk DLB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fluctuaties in cognitief functioneren, met name aandacht en alertheid</li> <li>- Recidiverende hallucinaties met een duidelijk en gedetailleerd karakter</li> <li>- Tekenen van parkinsonisme anders dan door medicatie veroorzaakt</li> </ul>
<b>Ondersteunende kenmerken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Herhaaldelijk vallen</li> <li>- Syncope en tijdelijk bewustzijnsverlies</li> <li>- Overgevoeligheid antipsychotica</li> <li>- Wanen en niet gedetailleerde hallucinaties</li> </ul>
<b>Minder waarschijnlijk DLB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cerebrovasculaire ziekte met focaal neurologische stoornis</li> <li>- Andere neurologische ziekte die beeld verklaard</li> </ul>

Frontotemporale Dementie	Manchester-Lund Criteria Beknopte weergave
<b>Kernsymptomen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sluipend begin en geleidelijke progressie</li> <li>- Vroeg in de ziekte: <ul style="list-style-type: none"> <li>• achteruitgang in sociaal functioneren</li> <li>• stoornissen in de gedragsregulatie</li> <li>• verlies van inzicht</li> <li>• emotionele afvlakking</li> </ul> </li> </ul>
<b>Ondersteunende kenmerken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gedragsafwijkingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• afname persoonlijke verzorging</li> <li>• mentale rigiditeit / gebrek flexibiliteit</li> <li>• afleidbaarheid, gebrek aan volhouden</li> <li>• hyperoraliteit en veranderingen eetpatroon</li> <li>• persevereren en stereotype gedrag</li> <li>• utilisatiegedrag</li> </ul> </li> <li>- Spraak en taal afwijkingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• minder spontaan en spaarzamer</li> <li>• stereotypen echolalie perseveraties</li> <li>• mutisme of juist spraakdrang</li> </ul> </li> <li>- Afwijkingen bij lichamelijk onderzoek: <ul style="list-style-type: none"> <li>• primitieve reflexen</li> <li>• akinesie, rigiditeit, tremor</li> <li>• hypotensie en instabiele bloeddruk</li> <li>• incontinentie</li> </ul> </li> </ul>
<b>Aanvullend onderzoek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NPO: frontale functiestoornissen zonder ernstige amnesie, afasie, of visuospatiële stoornissen</li> <li>- CT / MRI afwijkingen frontaal of frontotemporeel</li> </ul>

# Bijlage E

## Praktische handvatten voor de uitvoering van de diagnostiek

### Behorend bij paragraaf 2.2: Stappen in de ziekte-diagnostiek

Onderdelen van het onderzoek kunnen waar gewenst of nodig door andere disciplines dan de verpleeghuisarts/ sociaal geriater uitgevoerd worden.

#### 1. Hulpvraag

Er is een vermoeden van een cognitieve stoornis. Zoek naar een patroon van symptomen passend bij één van de vormen van dementie. Hierop wordt doorgevraagd (zo mogelijk in open vragen gericht op de symptomen van de grote vier dementieën - Wat merkt u precies? Bij welke bezigheden? Op welke tijden? Hoe lost u het op? Hoe lang is het al? Hoe is het in uw hoofd? Is dat altijd? Hoe gaat het 's nachts?). Blijf ondertussen luisteren en doorvragen naar gegevens die hier niet mee in overeenstemming zijn en mogelijk op andere (aanpalende) stoornissen berusten (delier, depressie, persoonlijkheidsproblematiek of angststoornis).

Het doorvragen over welke hulp de patiënt en/of de mantelzorger wil is ook een onderdeel van het exploreren van de hulpvraag. De hulpvraag van de patiënt en de mantelzorger kunnen op gespannen voet met elkaar staan (patiënt wil thuis blijven wonen en de familie wil opname in verzorgingshuis).

#### 2. Eerste indruk en bepaling van de strategie

Naar aanleiding van deze indrukken wordt de strategie bepaald voor nader onderzoek. Zo kan bijvoorbeeld worden bepaald wat de beste houding is die de onderzoeker kan aannemen en hoe het verdere diagnostische proces verder wordt gestructureerd. Ook kan hier al besloten worden of anamnese en heteroanamnese van de patiënt en de mantelzorger gezamenlijk of gescheiden worden afgenomen. Dit laatste wordt in de richtlijn aanbevolen, maar kan organisatorisch of emotioneel lastig zijn.

Soms (met name in extramurale settings) moet worden besloten al inhoudelijk in te gaan op de directe hulpvraag om zo medewerking van patiënt en mantelzorger mogelijk te maken.

#### 3. Anamnese en heteroanamnese

##### 3.1 Medicatie en medische voorgeschiedenis

Eerst (schriftelijke) gegevens verzamelen, huisarts, specialistenbrieven. Dan checken bij patiënt en mantelzorgers (daadwerkelijke inname en zelfmedicatie) en zonodig andere hulpverleners. Zo mogelijk ook medicatie historie achterhalen. Let op hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis, diabetes mellitus, traumata, osteoporose en hersenletsel.

##### 3.2 Levensgeschiedenis

(Beperkt) uitvragen. Dit helpt om het geheugen en het overzicht te beoordelen en het stelt de patiënt vaak op haar/zijn gemak. De huidige woonsituatie komt dan vanzelf aan de orde evenals een globale indruk van de mantelzorg, sociaal netwerk en behoefte aan zorg. Hierbij aanwijzingen voor traumatische ervaringen uitvragen.

##### 3.3 Familie anamnese en vooropleiding

Vraag naar dementie in de familie. Overige ziekten in de familie, m.n. hart- en vaatziekten en psychiatrische ziekten zijn eveneens relevant.

Vraag naar de hoogst genoten schoolopleiding en maak een inschatting van het premorbide IQ.

##### 3.4 Anamnese gericht op cognitieve en psychiatrische klachten

Wanneer zijn de geheugenklachten begonnen? Ging het geleidelijk of met sprongen? Ontstonden de klachten plotseling? Vraag naar aandacht en schommelingen over de dag en nacht. Vraag de IADL en de ADL uit. Heeft u kunnen computeren en gaat dan nu niet meer? Doet u zelf nog steeds de financiën? Kookt u en lukt dat goed? Wie bedient de wasmachine en gaat dat goed? Gebruikt u de telefoon? Vraag ook naar apathie, dwangmatig gedrag, ontremdheid, taalstoornissen, wanen en hallucinaties, veranderd karakter.

Cognitieve stoornissen gaan vaak gepaard met een angststoornis, depressie of soms met een posttraumatische stoornis. Bij vermoeden van een stemmingsstoornis is het belangrijk de relatie te zien met overlappende verschijnselen tussen depressie en somatische problemen (bijvoorbeeld obstipatie of moeheid). Bedenk ook dat ouderen symptomen bagatelliseren "achter een lachend gezicht". Alcoholgebruik (nu en in verleden) dient uitgevraagd te worden. Persoonlijkheid en coping spelen een essentiële rol in de presentatie van klachten. Het is vrijwel onmogelijk om compleet te zijn in een psychiatrische anamnese. Wees alert op een DSM-IV diagnose (as I of as II).

##### 3.5 Heteroanamnese

Afhankelijk van de patiënt/naasten en de situatie kan de heteroanamnese in aan- of in afwezigheid van de patiënt afgenomen worden.

Zaak is om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen, deze gegevens vormen de basis van de diagnostiek.

Het is aan de arts om te interpreteren welke waarde aan welke gegevens uit de anamnese en heteroanamnese wordt gegeven. De ernst en de aard van de cognitieve klachten evenals de interesse en het opleidingsniveau bepalen wat de patiënt weet en wat niet meer.

Als de centrale verzorger aanvullingen geeft dan zijn bovenstaande anamnese vragen van belang voor zover de patiënt dat niet (meer) weet of onjuist weergeeft door bijvoorbeeld

te confabuleren. Vervolgens wordt gevraagd naar de eigen invalshoek bij de centrale verzorger. Welke problemen ervaart de centrale verzorger waar nog niet naar gevraagd is? Welke oplossingen zijn gewenst? Hoe is de belasting van de centrale verzorger? Vraag specifiek naar veranderd gedrag en persoonlijkheid. Ga na of er persoonlijkheidsstoornissen zijn. Vraag wat voor iemand was uw ... Welke karaktertrekken stonden op de voorgrond?" Vraag naar de feitelijke hoeveelheid verleende zorg. Hoe wordt de belasting gedeeld met overige familieleden?

#### 4. **Bedsidetest geheugen en psychiatrisch onderzoek**

Anamnese, observatie en onderzoek lopen door elkaar. Van belang is om eigen observatie en eigen onderzoek apart te noteren.

- Beschrijf de aandacht in 4 kwaliteiten (aandacht trekken, aandacht verplaatsen, afgeleid worden, aandacht volhouden)
  - Registreer de mate van contact leggen, contactgroei, eventuele beperkingen (doofheid, taalproblemen)
- (Kort) volledig psychiatrisch onderzoek. Vraag alle modaliteiten van depressie en angststoornis na.
- Doe standaard de MMSE en/of CST-20 (bij afasie heeft MMSE de voorkeur)
  - Kloktekentest
  - Andere bedside tests facultatief: spreekwoorden afmaken en uitleggen, kubus tekenen, meander, herkenning van foto's, inprenting (apart testen), categorie woordgebonden productie, FAB bij frontale stoornissen, MOCA ('moeilijke MMSE')

#### 5. **Lichamelijk onderzoek**

Het onderzoek van patiënten met een mogelijke dementie vraagt soms flexibiliteit en geduld van de onderzoeker. Zorg daarbij voor een rustige en comfortabele onderzoeksituatie.

##### 5.1 **Algemeen lichamelijk onderzoek**

- Observeer conditie, voedingstoestand en zelfverzorging
- Meet pols en bloeddruk in liggende houding (bij duizeligheidsklachten ook staande), evt. ademhaling
- Onderzoek (op indicatie) huid, slijmvliezen (mondslimvlies bij verdenking dehydratie) en mondholte (gebit)
- Onderzoek (op indicatie) perifere circulatie, eventueel oedeem
- Ausculteer (op indicatie) hart en longen
- Onderzoek buik (op indicatie): o.a. vergrote lever, blaasdemping
- Onderzoek (op indicatie) gehoor - met inspectie gehoorgangen - en visus (visuskaart)

##### 5.2 **Oriënterend neurologisch onderzoek**

- Onderzoek bewustzijn en hersenzenuwen (pupillen, oogbewegingen, symmetrie gelaat, op indicatie gezichtsvelden)
- Test motoriek (tonus en kracht), reflexen (BPR, KPR, APR, VZR), sensibiliteit (op indicatie uitbreider) en coördinatie (vingertopneusproef, deze geeft ook informatie over kracht, inprenting en begrip van opdracht, praxis, lichaamsschema en evt. tremor)
- Let speciaal op extrapyramidale verschijnselen (maskergelaat, hypokinesie, tremor, rigiditeit, tandradfenomeen, startproblemen) en focale uitvalsverschijnselen (krachtsverschillen L/R, latente paresen, asymmetrische reflexen)

##### 5.3 **Functioneel onderzoek**

- Onderzoek evenwicht (proef van Romberg), mobiliteit (transfers) en looppatroon (op indicatie up en go test)
- Observeer praktische vaardigheden bij aan- en uitkleden

#### 6. **Laboratoriumonderzoek**

- Minimaal: Hb, Ht, MCV, BSE, glucose, TSH en creatinine, tenzij recent bepaald
- Op indicatie: vitamine B1, B6, B12, foliumzuur, natrium en kalium (bij gastro-intestinale comorbiditeit, alcoholabusus, diuretica, SSRI en afwijkend voedingspatroon)

# Bijlage F

## Meetinstrumenten zorgdiagnostiek

De hier genoemde observatieschalen, vragenlijsten en tests worden gebruikt ter ondersteuning van de anamnese en heteroanamnese in het kader van de beoordeling van cognitieve stoornissen, de mate van zelfredzaamheid, veranderingen in gedrag, stemming en denken, en de mate van belasting van de mantelzorg gedurende het ziektebeloop al dan niet na interventies. De observatieschalen, vragenlijsten en tests zijn in het Nederlands gevalideerd en/of worden in ons land gebruikt. Zie voor nadere toelichting de richtlijn.

### 1. Lichamelijke gezondheid

*Aandachtspunten: beperkingen gezicht, gehoor, spraak, mobiliteit, voeding, gewicht, incontinentie urine/faeces; stoornissen/ziektes; medicijngebruik; dieet.*

Gestructureerde Vragen en Meetinstrumenten: Gegevens 'groene formulier' (huisartsenjournaal, specialistenbrieven)

### 2. Zelfredzaamheid

*Aandachtspunten: IADL, ADL*

Gestructureerde Vragen en Meetinstrumenten: IADL-schaal Lawton en Brody; ADL-ischaal van Katz, IDDD verkorte versie, ADCS-ADL ADCS-ADL

### 3. Veiligheid en geldzaken

*Aandachtspunten: veiligheid, beschermende maatregelen, BOPZ, geldzaken, juridisch beheer en bewind.*

Gestructureerde Vragen en Meetinstrumenten: GEEN

### 4. Centrale verzorger

*Aandachtspunten: klinische indruk ervaren belasting, draaglast, draagkracht.*

Gestructureerde Vragen en Meetinstrumenten: EDIZ, Zorgcompas, Burden Interview, Gevoel van Competentieschaal

### 5. Professionele zorgverlening

*Aandachtspunten: huidige praktische zorg, gewenste verandering praktische zorg, klinische indruk draagkracht/draaglast professionele zorgverleners, draagkracht uitvragen in consultatie.*

Gestructureerde Vragen en Meetinstrumenten: GIP; NPI

### 6. Familiesysteem

*Aandachtspunten: centrale verzorger, feitelijke systeemsituatie, omschrijving systeem dynamiek, risicofactoren moeizame systeemdynamiek.*

Gestructureerde Vragen en Meetinstrumenten: GEEN

Bij moeizame systeemdynamiek: consultsysteemtherapeut.

### 7. Woonomstandigheden

*Aandachtspunten: feitelijke woonsituatie, gewenste woonsituatie*

Gestructureerde Vragen en Meetinstrumenten: GEEN

### 8. Cognitieve stoornissen

*Aandachtspunten: ernst geheugenstoornissen, taalstoornis/apraxie/agnosie, stoornis uitvoerende taken, vertraging denken/handelen.*

Gestructureerde Vragen en Meetinstrumenten: MMSE; CST; CAMCOG-R/N (onderdeel van CAMDEX R/N, voor afname dient men geschoold te zijn); ADAS-Cog, 7 MS, HDS, IQCODE-N

### 9. Gedrag en beleving

*Aandachtspunten: ziektebesef en inzicht, wanen, hallucinaties, agitatie etc.*

Gestructureerde Vragen en Meetinstrumenten: RMBPC, GIP (28), NPI, Cornell Scale for Depression in Dementia, GDS-15-Depressie, CMAI

### 10. Persoon en copingstijl

*Aandachtspunten: indruk (vroegere) persoonlijkheid, indruk copingstijl, belangrijke gebeurtenissen levensloop.*

Gestructureerde Vragen en Meetinstrumenten: GEEN  
Bij lichte vormen van dementie wordt wel gebruik gemaakt van de Utrechtse Coping List (UCL).

### 11. Dagstructuur en bezigheden

*Aandachtspunten: bezigheden, hobbies, verenigingen/clubs, contacten, dagverzorging, dagbehandeling, anders.*

Gestructureerde Vragen en Meetinstrumenten: GEEN  
Binnen de revalidatie wordt gebruik gemaakt van de FRENCHAY activity index.

Op [www.ouderenspsychiatrie.nl](http://www.ouderenspsychiatrie.nl) zijn veel tests e.d. te vinden die voor de diagnostiek van dementie relevant zijn.

# Verantwoording

Bij de totstandkoming van deze handreiking is de richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie (NVKG/CBO, 2005) als uitgangspunt genomen. Uitgangspunten, adviezen en aanbevolen instrumenten zijn conform deze richtlijn.

Ter onderbouwing van de ontwikkelde methodiek zijn best-practice voorbeelden van methodieken voor diagnostiek omtrent dementie geïnventariseerd. Van de geïnventariseerde voorbeelden is vervolgens een analyse gemaakt teneinde de meest geaccepteerde en toegepaste handelwijzen hieruit te destilleren. Deze handelwijzen zijn geïntegreerd in de uiteindelijke handreiking.

Om de methodiek zo goed mogelijk af te stemmen op de praktijk is deze ontwikkeld samen met verpleeghuisartsen en sociaal geriaters. In een proefimplementatie is de handreiking in de praktijk getoetst door leden van multidisciplinaire geriatrie teams (verpleeghuisartsen, psychologen, geriatrie verpleegkundigen en maatschappelijk werkers). De uitkomsten van deze toets is tezamen met de reacties van de commentaargroep verwerkt in de handreiking. De Werkgroep Richtlijnontwikkeling (WRO) van de NVVA heeft de concepten in de ontwikkelingsfase en de eindfase beoordeeld.

# Literatuur

## Geraadpleegde literatuur (alfabetisch)

Bras A, Donkers L, Els van H, Raben C, Steenbergen W. Transmurale Richtlijn Diagnostiek bij Dementie. Gouda: Transmuraal Netwerk Midden-Holland, 2004.

Hertogh CPM. Functionele geriatrie. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Kleemans AHM. Handboek Ziektediagnostiek dementie. Alkmaar: Stichting Geriant, 2008.

Kleemans AHM (red.). Handboek Zorgdimensies dementie. Alkmaar: Stichting Geriant, 2008.

Ligthart SA. Casemanagement bij dementie. Utrecht: CBO, 2006.

Luijendijk HJ, Verkaaik AJB (red.). Handboek Sociale geriatrie. Utrecht: De Tijdstroom, 2006.

Meerveld J, Schumacher J, Krijger E, Bal R, Nies H. Werkboek. Landelijk Dementieprogramma. Utrecht, NIZW, 2004.

Mendez MF, Cummings JL. Dementia: a clinical approach (3rd edition). Philadelphia: Butterworth-Heinemann, 2003.

NVKG, CBO. Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. Alphen aan den Rijn: van Zuiden, 2005.

NVVA. Takenpakket Verpleeghuisarts/Sociaal Geriater. Utrecht: NVVA, 2003.

Spijkers KFJ, Francke AL, Schols JMGA. Indicatoren voor medische zorg in verpleeghuissettings. Utrecht: NIVEL, 2007.

Wind AW, Gussekloo J, Vernooij-Dassen MJFJ, Bouma M, Boomsma LJ, Boukes FS. NHG-Standaard Dementie. Utrecht: NHG, tweede herziening, 2003. <http://nhg.artsennet.nl>

## Colofon

Dit is een uitgave van de NVVA, beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters. De publicatie is tot stand gekomen in het kader van Zorg voor Beter en is mogelijk gemaakt door ZonMw.

Alles uit deze uitgave mag gebruikt worden met bronvermelding voor publicatie. De publicatie is ook digitaal te raadplegen via [www.verpleeghuisartsen.nl](http://www.verpleeghuisartsen.nl).

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden de auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend. Onjuistheden en/of suggesties voor verbeteringen kunt u doorgeven aan de NVVA.

Deze publicatie is te bestellen bij NVVA:  
Postbus 20069; 3502 LB Utrecht  
030 2823481; Per fax 030 28 23 494  
Per e-mail [nvva@verpleeghuisartsen.nl](mailto:nvva@verpleeghuisartsen.nl) of te downloaden van het internet [www.verpleeghuisartsen.nl](http://www.verpleeghuisartsen.nl)

### UITGAVE

© NVVA  
Utrecht, 2008. ISBN 978-90-74785-05-1

### ONTWERP

Het Lab – grafisch ontwerpers BNO, Arnhem

### DRUK

Drukkerij Roos en Roos bv, Arnhem