

**PROTOCOL**  
**SCREENING PSYCHOGERIATRIE**  
**MIDDEN-BRABANT**

B03-0497, juli 2006

Uitgave  
Stichting Zorgnetwerk Midden-Brabant  
Swaardvenstraat 75  
5048 AV Tilburg  
Postbus 43  
5000 AA Tilburg  
Telefoon: (013) 465 73 55  
Email: [info@zmbr.nl](mailto:info@zmbr.nl)

Contactpersoon Geriatrisch Netwerk:  
Helen Aarts, projectfunctionaris  
Telefoon: (013) 465 73 58  
Email: [h.aarts@zmbr.nl](mailto:h.aarts@zmbr.nl)

| <b>INHOUDSOPGAVE</b>                            | <b>Pagina</b> |
|---|---------------|
| <b>Algemene inleiding</b>                       | 3             |
| <b>DEEL 1: ZIEKTEGERICHTE DIAGNOSTIEK</b>       |               |
| 1: Inleiding                                    | 5             |
| 2: Probleem- en vraagclusters                   | 7             |
| 3: Begrippenkader en protocol                   | 10            |
| 3.1 Inleiding                                   | 10            |
| 3.2 Begrippenkader                              | 10            |
| 3.3 Protocol: work up dementiesyndroom          | 13            |
| 3.3.1 Medisch onderzoek                         | 13            |
| 3.3.2 Onderzoek naar het psychisch functioneren | 15            |
| 3.3.3 Onderzoek naar het sociaal functioneren   | 16            |
| <b>DEEL 2: ZORGERICHTE DIAGNOSTIEK</b>          |               |
| 1: Inleiding                                    | 18            |
| 2: Domeinen                                     | 18            |
| 3: Van zorgdiagnostiek tot zorgtoelevering      | 20            |
| <b>DEEL 3: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</b>      | 21            |
| <b>DEEL 4: SLOTBESCHOUWING</b>                  | 23            |
| <b>BIJLAGEN:</b>                                |               |
| <i>Bijlage 1 Samenstelling werkgroep</i>        | 24            |
| <i>Bijlage 2 Stroomschema</i>                   | 25            |
| <i>Bijlage 3 Bronnen</i>                        | 26            |
| <i>Bijlage 4 CBO-consensus, mei 1997</i>        | 27            |

## **Algemene inleiding**

In Midden-Brabant is, met overheidssubsidie, in mei 1996 het project Geriatriesch Netwerk van start gegaan. Dit project heeft tot doel: optimalisering van de zorgverlening aan ouderen met geriatische problematiek. Eén van de doelstellingen is gericht op een goede afstemming tussen de verschillende zorgaanbieders in de regio.

Het Geriatriesch Netwerk heeft diverse activiteiten uitgevoerd, onder meer de uniformering van de psychogeriatrische screening in de regio. Tijdens de knelpunteninventarisatie die bij de start van het project is uitgevoerd, werd duidelijk dat er ten aanzien van de screening van ouderen met veronderstelde psychogeriatrische problematiek binnen de regio geen eenduidigheid bestaat. Als een belangrijk knelpunt werd door de leden van de kerngroep van het project een gebrek aan eenduidigheid ervaren omtrent de inhoud, procedure en uitvoering van de psychogeriatrische screening die in de regio door diverse instellingen wordt verricht. In de regio wordt verschillend gedacht over de omvang en de inhoud van de psychogeriatrische screening. Het komt voor dat behandelaars geen eenduidig begrippenkader hanteren en daardoor elkaars diagnose niet accepteren. Soms worden dubbele onderzoeken verricht. Dit is niet alleen inefficiënt maar uiteraard ook belastend voor de cliënt. Dit alles ondanks de steeds nauwere samenwerkingsrelaties tussen de verschillende zorgaanbieders.

In oktober 1998 is vanuit de deelnemende instellingen een rapportage opgesteld, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen ziektegerichte en zorggerichte diagnostiek inzake psychogeriatrische screening. Ziektegerichte diagnostiek is gericht op behandeling; centraal staan het opsporen van oorzaken, beïnvloedbare factoren, ziektekundige behandeling en de prognose. Tevens is een algemeen begrippenkader van dementiedimensies geformuleerd. Zorggerichte diagnostiek heeft betrekking op zowel de cliënt als zijn omgeving en wordt altijd voorafgegaan door ziektegerichte diagnostiek. Zorggerichte diagnostiek wordt omschreven als probleemgeoriënteerd. Niet zozeer de oorzaken als wel de gevolgen van de ziekte staan centraal. De diagnostiek is gericht op de mogelijkheden die de cliënt en directe mantelzorger nog hebben en op de aard en de intensiteit van de noodzakelijke begeleiding, verzorging en verpleging.

In 1999 zijn de betrokken instellingen ermee akkoord gegaan om het PG-screeningsprotocol in principe na te leven. Ten aanzien van de procedure is een stroomschema ontwikkeld dat aangeeft welke beslismomenten er zijn en welke acties daarop volgen. Tevens is de afspraak gemaakt om evaluatiecriteria te ontwikkelen om het protocol te kunnen toetsen.

In 2002 rapporteerde het Geriatisch Netwerk de evaluatie van het gehele protocol. Het gedeelte ziektegerichte diagnostiek werd, door diegenen die bij deze probleemstelling betrokken zijn, grotendeels toegepast. Ook werd de meerwaarde herkend. Het protocol zorggerichte diagnostiek werd in mindere mate toegepast, hoewel het voordeel van uniformiteit en toetsbaarheid wel door hulpverleners werd erkend. Het ingezette screeningsinstrument werd echter als zeer extensief en weinig concreet ervaren.

Met voorliggende herziening 2003 heeft de werkgroep PG screeningsprotocol getracht een update te realiseren, enerzijds op grond van nieuwe wetenschappelijke inzichten, anderzijds op basis van de ervaringen met het screeningsprotocol 1998.

De voornoemde rapportages bevatten een aantal conclusies en aanbevelingen, die gericht zijn op een geüniformeerd protocol bij mensen met een vermoedelijke psychogeriatrische aandoening.

## **Opzet**

Het Protocol Screening Psychogeriatric Midden-Brabant bestaat uit de delen:

- Deel 1: Ziektegerichte diagnostiek
  - Deel 2: Zorggerichte diagnostiek
  - Deel 3: Conclusies en Aanbevelingen
  - Deel 4: Slotbeschouwing
- Bijlage

De inhoudsopgave geeft een overzicht van de diverse onderdelen.

## DEEL I: Ziektegerichte diagnostiek

### 1. Inleiding

Het Geriatisch Netwerk Midden-Brabant is bij de opzet van het protocol, net als bij het vorige, uitgegaan van een onderscheid tussen een ziektegerichte en een zorggerichte diagnostiek.

Het ziektegerichte deel is gericht op diagnostiek en ziektekundige behandeling; centraal staat het opsporen van de oorzaken, beïnvloedbare factoren en de prognose. Tevens richt ziektekundige diagnostiek zich op de aanwezigheid van co-existente stemmings- en gedragsstoornissen. Ook dient de ziektegerichte diagnostiek aan te sluiten op de mogelijke ziekte-modificerende therapie. De nadruk ligt daarbij op de algemene somatische, psychiatrische, neurologische en neuropsychologische aspecten van screening. Een dergelijke diagnostiek wordt met name verricht in de ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg.

Zorggerichte diagnostiek kan omschreven worden als 'probleemgeoriënteerd': niet zozeer de oorzaken als wel de gevolgen van de ziekte staan centraal. Zorggerichte diagnostiek is gericht op de mogelijkheden die de cliënt nog wel heeft en op begeleiding, verzorging en verpleging in relatie tot het cliëntsysteem. Hierbij ligt het accent niet alleen op psychologische, psychiatrische en somatische aspecten, maar met name ook op verpleegkundige zorgvragen. Zorggerichte diagnostiek heeft betrekking op zowel de cliënt als zijn omgeving.

Zorggerichte diagnostiek wordt altijd vooraf gegaan door ziektegerichte diagnostiek. Bij complexe zorgvragen is deze zorggerichte diagnostiek uitgebreider dan bij enkelvoudige zorgvragen.

Met deze benadering sluit de werkgroep aan bij de landelijk ontwikkelde CBO-consensus van mei 1997. Op pagina 16 van dit protocol is de volgende omschrijving te lezen:

*'De vele oorzaken en bijkomende stoornissen van het dementiesyndroom vergen van de professionele hulpverleners een grote mate van deskundigheid en zorgvuldigheid. Vanuit de Gezondheidsraad is geadviseerd de diagnostiek multidisciplinair te laten verlopen en te komen tot regionale samenwerkingsverbanden (teams) voor psychogeriatrische ziektebeelden. De grote verscheidenheid en de lage prevalentie van mogelijk reversibele ziektebeelden die met een dementiesyndroom gepaard gaan, vragen om een diagnostisch proces dat op protocollaire wijze door een multidisciplinair team wordt uitgevoerd. Ook de nog steeds toenemende kennis omtrent verschillende en nieuwe vormen van het dementiesyndroom en nieuwe diagnostische methoden noodzaken tot bundeling van deze kennis in gespecialiseerde teams, niet alleen multidisciplinair van*

*samenstelling, maar ook interdisciplinair functionerend. Dit laatste impliceert een team waarvan de leden intensief met elkaar samenwerken.*

*Onderzoek naar het voorkomen en naar de diversiteit van de psychogeriatrische teams in Nederland heeft uitgewezen dat er zowel adviserende als coördinerende teams bestaan. Bij de adviserende teams -die bijvoorbeeld functioneren binnen de context van een polikliniek voor geheugenstoornissen- richt de diagnostiek zich vooral op de aard, oorzaken, behandelingsmogelijkheden en prognose van het dementiesyndroom (ziektegerichte diagnostiek), uitmondend in gerichte verwijs- en/of behandeladviezen aan de huisarts of andere verwijzer. In voorkomende gevallen worden deze aangevuld met omgangsadviezen en adviezen met betrekking tot het inzetten van enkelvoudige zorg. Bij coördinerende teams richt de diagnostiek zich vooral op de beoordeling van de zorgbehoefte in relatie tot de draagkracht van het betreffende zorgsysteem (zorggerichte diagnostiek) en op de coördinatie van de zorg die op grond van die beoordeling wenselijk wordt geacht. Het is belangrijk deze vormen van diagnostiek goed te onderscheiden. Uit oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid is het onjuist dat zorggerichte diagnostiek wordt gedaan zonder dat adequate ziektegerichte diagnostiek heeft plaatsgevonden. De huisarts moet de regie op zich nemen met betrekking tot het in gang zetten van beide vormen van diagnostiek en het zoveel mogelijk integreren van de uitkomsten van ziektegerichte en zorggerichte diagnostiek.'*

(Uit: Herziening consensus diagnostiek bij het dementiesyndroom, Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing, Utrecht mei 1997).

Om een goed beeld te krijgen van hoe de screening van ouderen met veronderstelde psychogeriatrische problematiek momenteel verloopt, is begonnen met het in kaart brengen van alle mogelijke vraag- en probleemstellingen die de behandelaars van de verschillende sectoren in de praktijk krijgen voorgelegd. Deze vragen en problemen zijn vervolgens geclusterd.

## 2. Probleem- en vraagclusters

Met betrekking tot de onderscheiden probleem- en vraagclusters kan worden opgemerkt dat de huisarts optreedt als centrale verwijzer: alle vragen om screening dienen via de huisarts te verlopen. In de praktijk fungeert de huisarts soms echter ook als 'vertaler' van hulpvragen van bijvoorbeeld familie of andere hulpverleners. In het onderstaande overzicht wordt getracht een zo volledig mogelijk beeld te schetsen van juist die -achterliggende- vragen. Waar in het overzicht sprake is van 'hulpvragen door de huisarts' (zie onder C) worden dan ook de vragen bedoeld die de huisarts op eigen initiatief stelt.

De volgende probleem- en vraagclusters kunnen worden onderscheiden:

### A. Hulpvragen vanuit de cliënt zelf

Deze hebben veelal betrekking op vroegdiagnostiek. Hierbij is ziektegerichte diagnostiek in de brede zin van het woord van belang.

Tevens vragen cliënten over nut van c.q. inzet van ziektemodificerende farmaco therapieën.

### B. Hulpvragen vanuit de familie/directe omgeving cliënt

Het betreft hier meestal vragen met betrekking tot:

- 'Wat is er aan de hand?' (naar aanleiding van geestelijke achteruitgang in algemene zin). Er vindt ziektegerichte diagnostiek plaats, met name gericht op het verloop van de ziekte in de tijd, ontregelende factoren, medicatiegebruik en recent doorgemaakte ziektes. Zorggerichte diagnostiek is gericht op het opstellen van een behandelplan (advies zorgtraject, plaatsingsadvies, uitleg, begeleiding).
- Gedragsproblemen. Ziektegerichte diagnostiek met betrekking tot de gedragsstoornis en het huidige niveau van functioneren. Zorggerichte diagnostiek is gericht op het opstellen van een behandelplan (prognose, omgangsadviezen, medicamenteuze behandeling, begeleiding en uitzetten zorgtraject).
- Prognose. Ziektegerichte diagnostiek heeft met name betrekking op de aard en het type dementie en het te verwachten verloop. Ten aanzien van zorggerichte diagnostiek worden met name mogelijkheden van zorg, hulp en opvang besproken.
- Inzet van specifieke farmacotherapie m.b.t. het dementieproces.

### **C. Hulpvragen door de huisarts**

Het betreft hier vooral vragen om:

- Diagnostiek (wel of geen dementie, differentiatie dementie/depressie). Bij ziektegerichte diagnostiek gaat het vooral om het -in samenwerking met de huisarts- uitzetten van het diagnostisch traject, afhankelijk van de motivatie van de cliënt. Zorggerichte diagnostiek is gericht op het behandelplan (uitleg, eventueel specifieke begeleiding).
- Behandeling/begeleiding cliënt en/of centrale verzorger. Dit betreft zowel ziekte- als zorggerichte diagnostiek. Indien ziektegerichte diagnostiek verricht is, vindt toetsing plaats gericht op het huidige functioneren. Zorggerichte diagnostiek is gericht op het behandelplan (begeleiding, het inzetten van professionele hulp thuis of elders door middel van dagbehandeling of opname, behandeling door middel van medicatie en/of psychotherapie).
- Crisissituatie.
- Uitzetten zorgtraject.

### **D. Hulpvragen door de specialist**

Het gaat hier om vragen inzake:

- Voortzetting c.q. overname van de behandeling/begeleiding (verifiëren diagnose somatiek/psychogeriatric, inventarisatie thuissituatie).
- Zorggerichte diagnostiek.
- Consultatie (adviseren diagnostisch traject).
- Diagnostiek met betrekking tot het psychisch functioneren (het beoordelen van de diagnostiek aan de hand van het verloop van de ziekte in de tijd en het functioneren in de thuissituatie. Zo mogelijk het adviseren van een observatieopname).

### **E. Vragen door de verpleeghuisarts (en andere verpleeghuisdisciplines)**

Vragen worden voorgelegd met betrekking tot:

- Zorggerichte diagnostiek.
- Behandeling, adviezen (als de diagnostiek duidelijk is, is het advies afhankelijk van de vraagstelling).
- Plaatsingsadvies in geval van mogelijk overplaatsing van somatiek naar psychogeriatric (bezien en adviseren diagnostisch traject, daarna adviseren zorgsetting).

### **F. Vragen vanuit het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO)**

Vragen worden voorgelegd met betrekking tot:

- Ziektegerichte diagnostiek.

### **G. Vragen vanuit de thuiszorg**

Vragen worden voorgelegd met betrekking tot:

- Ziektegerichte diagnostiek.
- Behandeling (interventies op verschillende niveaus).
- Begeleiding, omgangsadviezen (zorggerichte diagnostiek).

Op signalen vanuit de thuiszorg wordt alleen ingegaan na overleg met de huisarts.

### **H. Vragen door de medewerkers van het verzorgingshuis/afdelingsteams verpleeghuis**

Het betreft hier vragen met betrekking tot:

- Begeleiding, behandeling (bijvoorbeeld advies aan de huisarts met betrekking tot de medicamenteuze behandeling). Van belang zijn overleg met het team, een eenduidige benadering, uitleg, signaleren.
- Inzetten ander zorgtraject (ziektegerichte diagnostiek, daarna zorggerichte diagnostiek en het bespreken van de geschikte setting met de betrokkenen).
- Ziektegerichte diagnostiek (in overleg met de huisarts).
- Zorggerichte diagnostiek.

### 3. Begrippenkader en protocol

#### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 3.2 een beschrijving gegeven van het dementieproces, waarbij onderscheid is gemaakt in vier entiteiten of stadia van dementie. Dit begrippenkader is bedoeld om spraakverwarring te voorkomen en ook om eenduidigheid te bewerkstelligen ten aanzien van de eindtermen van de diagnostiek. Tijdens de bijeenkomsten van de werkgroep in 1998 en 1999 werd namelijk al snel duidelijk dat behandelaars vanuit de verschillende sectoren niet altijd hetzelfde verstaan onder hetzelfde begrip. Dit heeft te maken met het referentiekader van de betrokken instellingen: op de polikliniek geheugenstoornissen wordt in het algemeen de populatie gezien die zich aan het begin bevindt van het traject van (progressieve) dementie, terwijl in het verpleeghuis patiënten gezien worden in latere stadia van het dementiesyndroom. Hierdoor kan het voorkomen dat wat men in het verpleeghuis 'licht dementerend' noemt, op de polikliniek geheugenstoornissen bestempeld wordt als 'matig tot ernstig dementerend'.

Het begrippenkader is gebaseerd op de CAMDEX, DSM-IV en de CBO-consensus 1997 en recente wetenschappelijke literatuur. Beschreven zijn de wijzen waarop de cliënt zich presenteert of de klachten zoals deze door zijn vertegenwoordiger naar voren worden gebracht. Deze vormen de basis voor verder onderzoek.

In paragraaf 3.3 wordt vervolgens aangegeven waaruit dit onderzoek minimaal zou moeten bestaan. Daarbij worden onderscheiden medisch onderzoek, onderzoek naar het psychisch functioneren en onderzoek naar het sociaal functioneren.

#### 3.2 Begrippenkader

De volgende entiteiten of stadia worden onderscheiden:

##### **Milde cognitieve stoornissen** (literatuur MCI= mild cognitive impairment)

- Wisselend aanwezige geringe stoornis in het verwerven van nieuwe informatie en in het zich herinneren van recente gebeurtenissen;
- Een toegenomen neiging tot het op verkeerde plaatsen neerleggen en kwijtraken van bezittingen;
- Wisselend voorkomende kleine vergissingen met betrekking tot de oriëntatie;
- De cognitieve stoornissen leiden niet tot beperking van de ADL-functies.
- Incidentele fouten (maar in frequentie langzaam toenemend) in het werk (beroep en/of huishouden). Af en toe beoordelingsfouten in professionele of complexe taken of in sociaal verantwoordelijke functies, waarin moeilijk beslissingen genomen of keuzes gemaakt moeten worden;
- De persoonlijke verzorging is niet gestoord;
- Gevoelsleven en emotionele reacties zijn onveranderd;
- Er is meestal sprake van ziektebesef/ziekte-inzicht.

### **Lichte dementie**

- Moeite met het verwerven van nieuwe informatie en het zich herinneren van recente gebeurtenissen. Hierdoor worden persoonlijke bezittingen op verkeerde plaatsen opgeborgen, of ze raken weg, en wordt recent meegedeelde informatie af en toe vergeten;
- De oriëntatie in tijd (datum, dag van de week, tijdstip), plaats en persoon is in beperkte mate gestoord (af en toe en/of niet allebei);
- Probleem oplossen en redeneren zijn duidelijk gestoord;
- Bij het spreken is niet altijd duidelijk wat de patiënt(e) bedoelt;
- De kennis van namen van prominente figuren, belangrijke gebeurtenissen en eenvoudige geografische feiten is gestoord;
- Er zijn stoornissen in de vaardigheden van het dagelijks leven en werk, en in het huishouden en het koken worden vergissingen gemaakt (bijvoorbeeld het gebruik van onjuiste ingrediënten). Duidelijke beoordelingsfouten en ongepast gedrag komen voor bij patiënten met professionele, hooggeschoolde bezigheden of sociaal verantwoordelijke functies;
- De persoonlijke verzorging is niet of slechts in beperkte mate gestoord. Er kunnen af en toe fouten in kleding voorkomen en de patiënt(e) kan minder schoon en netjes zijn dan daarvoor gebruikelijk was;
- De emotionele reacties kunnen intact zijn of licht gestoord, afhankelijk van het soort dementie. Dit kan te maken hebben met ziektebesef/ziekte-inzicht. De patiënt kan emotioneel labiel of bot zijn geworden;
- In dit stadium is de patiënt(e) nog in staat om sociaal aangepast gedrag te vertonen. Bij onderzoek echter worden duidelijke cognitieve stoornissen en emotionele of persoonlijkheidsveranderingen gevonden.

### **Matige dementie**

- Ernstige stoornissen in het opnemen en uit het geheugen ophalen van nieuwe informatie en recente gebeurtenissen en activiteiten. Recente gebeurtenissen worden zelden onthouden, en dan nog maar tijdelijk. Goed ingeprinte of erg vertrouwde gegevens kunnen beter herinnerd worden, maar toch ook onvoldoende;
- Amnesie voor recente gebeurtenissen, die gepaard kan gaan met confabulaties;
- Bijna alle aspecten van de oriëntatie zijn gestoord;
- Probleem oplossen en redeneren zijn ernstig gestoord;
- Het taalgebruik is onduidelijk of incoherent, zij het niet altijd even erg;
- De vaardigheid in het werk en het dagelijks leven zijn ernstig aangetast. De patiënt(e) kan niet meer onafhankelijk functioneren met betrekking tot werk, huishouden, winkelen, en met geld omgaan;
- Bij het eten en kleden is vaak enige hulp nodig;
- Duidelijke stoornissen in de persoonlijke verzorging, ernstige achteruitgang in de persoonlijke standaard van zindelijkheid en tafelmanieren

- (decorumverlies), en soms incontinentie;
- Bij onderzoek worden duidelijke aanwijzingen voor dementie gevonden, hoewel bepaalde aspecten van het cognitief functioneren (zoals persoonlijkheid, taal en bepaalde goed aangeleerde vaardigheden zoals muzikaal vermogen) relatief intact kunnen zijn gebleven.

### **Ernstige dementie**

- Ernstige geheugenstoornis. Nieuwe informatie of kennis, en recente gebeurtenissen worden niet onthouden. Soms kunnen met elkaar samenhangende feiten en gebeurtenissen als geïsoleerd geheel gereproduceerd worden, maar het ophalen van oude herinneringen is over het algemeen ernstig gestoord. Confabulaties ter opvulling van lacunes in het geheugen komen in dit stadium zelden voor, maar worden nu en dan gezien bij begaafde en intelligente personen;
- Alle aspecten van oriëntatie zijn ernstig gestoord;
- Het vermogen tot redeneren en problemen oplossen is verdwenen;
- Het taalgebruik is opvallend incoherent en het taalgebruik is ernstig gestoord of afwezig;
- De patiënt(e) kan niet meer zelfstandig leven. Hij/zij kan geen dingen meer ondernemen die enige mate van vaardigheid of coördinatie vereisen. Hij/zij is niet meer in staat zichzelf te kleden, te wassen, voor eten te zorgen of voor zichzelf te zorgen;
- Informatie met betrekking tot prominente politieke en andere personen, actuele gebeurtenissen en eenvoudige geografische kennis is grotendeels of geheel verdwenen;
- Er kunnen snel voorbijgaande, of van inhoud wisselende waandenkbeelden aanwezig zijn;
- De patiënt(e) kan zijn directe familieleden niet meer herkennen; de patiënt(e) is niet meer in staat zijn/haar eigen spiegelbeeld te herkennen;
- In dit stadium treedt bijna altijd incontinentie voor urine en faeces op;
- Er bestaat emotionele armoede, apathie en inertie;
- Het onderzoek bevestigt het bestaan van een globale en vergevorderde dementie. Een aantal van de beschreven kenmerken moeten worden aangenomen: in dit stadium van dementie zijn ze niet altijd meer te objectiveren.

### 3.3 Protocol: work up dementiesyndroom

#### 3.3.1 Medisch onderzoek

Ten aanzien van het medisch onderzoek sluit de werkgroep zich aan bij de CBO-consensus uit mei 1997. Van deze consensus zijn met name de pagina's 17 t/m 22 van belang (zie bijlage 2). Dit houdt in duiding van onderscheiden ziektebeelden, invloed van coëxistente andere ziekten of medicatie.

Op deze pagina's worden de volgende stellingen met betrekking tot de pg-screening gepresenteerd:

- . Bij patiënten met aanwijzingen voor een dementiesyndroom dient de oorzaak daarvan te worden vastgesteld.
- . Voor het vaststellen van de aard en de ernst van stoornissen van een dementiesyndroom kan neuropsychologisch onderzoek nuttig zijn. Observationeel onderzoek in intramurale zorgsetting (verzorgingshuizen, ziekenhuizen, verpleeghuizen) kan bij matig of ernstige dementie de plaats van neuropsychologisch onderzoek in het kader van ziektekundige diagnostiek vervangen.
- . De indicatie tot een diagnostische test hangt niet zozeer af van de testeigenschappen, maar vooral van de verwachte gezondheidswinst voor de patiënt.
- . Bij patiënten met een dementiesyndroom is laboratoriumonderzoek noodzakelijk. Als routine wordt het volgende bloedonderzoek aanbevolen: vitamine B12, schildklierfunctie, calcium (gecorrigeerd voor albumine), luesreacties, nierfunctie, leverenzymen, glucose, hemoglobine, natrium, BSE, vitamine B1, foliumzuur.
- . Bij de differentiële diagnostiek van het dementiesyndroom dient electro-encephalografisch onderzoek (EEG) alleen op indicatie te worden verricht.
- . Bij de differentiële diagnostiek dient afbeeldend onderzoek van het brein (middels CT-scan of MRI) plaats te vinden bij vermoede en milde dementie. In geval van matige of ernstige dementie: bij voorkeur wel uitvoeren, tenzij patiëntgebonden factoren dit onwenselijk maken. Bij een typisch en goed gedocumenteerd ziekteverloop kan met name bij hoogbejaarden afgezien worden van afbeeldend en uitgebreid neuropsychologisch onderzoek. Zo kan afbeeldend onderzoek achterwege blijven indien er klinisch geen twijfel bestaat over de ziekte van Alzheimer. Patiënten moeten dan voldoen aan de volgende kenmerken:
  1. dementie met uitsluitend corticale kenmerken
  2. een sluipend begin en geleidelijke progressie

3. eerste verschijnsel: achteruitgang geheugen
4. ziekte duur langer dan 6 maanden
5. resultaten neurologisch onderzoek normaal voor leeftijd
6. klinisch geen aanwijzingen voor andere oorzaak.

Indien gedrags- en stemmingsstoornissen structureel deel lijken uit te maken van de presentatie van het dementiesyndroom dient men hiernaar gericht onderzoek te doen en bij positieve bevindingen deze in de ziektekundige conclusie te vermelden.

(Uit: Herziening consensus diagnostiek bij het dementiesyndroom, Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing, Utrecht mei 1997, zie bijlage 4).

### **3.3.2. Onderzoek naar het psychisch functioneren**

#### **Domeinen**

Neuropsychologisch onderzoek richt zich op stoornissen in het cognitief functioneren zoals stoornissen in de aandacht en concentratie, tempo, taal, oriëntatie, het geheugen, de waarneming, visuoconstructie en het uitvoeren van handelingen. Daarnaast worden ook gedrag en emoties onderzocht, onder meer door onderzoek van initiatiefname, verminderde sociale vaardigheden, agressiviteit en impulscontrole, angst en depressieve gevoelens, prikkelbaarheid en persoonlijkheidsveranderingen.

#### **Differentiatie**

Bij de invulling van het onderzoek zal uitgegaan worden van de vraagstelling door de arts, de invulling kan breder zijn dan louter een bevestiging van de vermoedelijke diagnose.

Werkwijze om tot differentiatie te komen:

- a. Eerste alinea beschrijving psychologisch basisonderzoek.
- b. Vervolgens stelt men zichzelf de vraag: Is er hulponderzoek nodig?  
Hiervoor zijn 5 mogelijke doelstellingen geformuleerd.
  1. Vaststellen dat er stoornissen zijn (syndromale diagnostiek)
  2. Aard en omvang van de stoornissen bepalen.
  3. Baseline of nulmeting voor later onderzoek.
  4. Diagnostisch hulpmiddel bij een complex dementiebeeld.
  5. Hulpmiddel bij een behandeling (vooral medicamenteus)
- c. Als een patiënt niet binnen deze doelstellingen past moet men zich afvragen wat de meerwaarde van onderzoek voor de patiënt is.

Bij elk onderzoek moet de belasting van de patiënt in ogenschouw genomen worden.

In geval van een vermoedelijk of beginnend dementiesyndroom zal er uitgebreid onderzoek plaatsvinden, waarbij alle genoemde functiegebieden die, bij de paragraaf Domeinen genoemd zijn, onderzocht worden.

Bij een matig tot ernstig beeld zou kunnen worden volstaan met screenend onderzoek bijvoorbeeld door middel van de Camcog-R. Veelal ligt hierbij de nadruk op vaststelling van de ernst van de stoornissen.

In geval van complexere casus zoals bij subcorticale dementiesyndromen of dementiesyndromen waarbij in een vroeg stadium ook stemmings- en gedragsstoornissen zich voordoen zullen aanvullend specifieke neuropsychologische onderzoeken ingezet worden.

Bij patiënten met bekende dementie zullen veelal gedragsobservatieschalen voldoen om coëxistente gedragsstoornissen en hun behandeling te beoordelen.

Gedragsobservatieschalen zijn ook eerste keus indien bij een patiënt met een ogenschijnlijk ernstig dementiesyndroom toch psychologisch onderzoek gewenst is in het kader van ziektekundige diagnostiek.

### **3.3.3. Onderzoek naar het sociaal functioneren**

De werkgroep stelt voor om bij het achterhalen van gegevens met betrekking tot het sociaal functioneren de volgende domeinen in de (hetero-)anamnese te bespreken.

#### **A. Levensloopgegevens (feiten en beleving):**

- Leefsituatie (gezinssamenstelling)
- Beroepscarrière (opleiding/schoolkeuze)
- Belangrijke gebeurtenissen zoals pensionering, relaties (met partner, met kinderen etc.)
- Veranderingen v.w.b. afhankelijkheid, lichamelijke/sexualiteit/intimiteit)
- Overige belangrijke gebeurtenissen (verlieservaringen, verhuizingen)

#### **B. Validiteit:**

*ADL (Algemene Dagelijke Levensverrichtingen):*

- Lichamelijke verzorging: wassen, kleden, toiletbezoek
- Incontinentie
- Eten
- Zintuigen; horen (gehoorapparaat), zien(bril)
- Communicatie
  - spreken
  - spraakbegrip
- Mobiliteit
  - lopen (loophulpmiddelen, rolstoel)
  - staan
  - zelfstandig in en uit bed of stoel
  - actieradius

*BDL (Bijzondere Dagelijkse levensverrichtingen):*

- Omgaan met geld
- Administratie doen
- Omgaan met medicijnen
- Telefoneren
- Boodschappen doen
- huishoudelijk werk verrichten
- Warme maaltijd bereiden
- Broodmaaltijd bereiden

#### **C. Sociale situatie:**

- Woonsituatie
- Huidige relatiesysteem (omvang/kwaliteit)
- Activiteiten/hobby's (binnenshuis/buitenshuis)

- Ondersteunende zorg
  - familie/buren/kennissen
  - vrijwilligersorganisatie
  - professionele zorg (thuiszorg, maaltijdvoorziening, alarmsysteem, dagopvang / dagbehandeling)
- Centrale verzorger(s)
  - subjectief beleefde zorgbelasting
  - ervaren steun
  - inschatting competentie centrale verzorger
- Zingeving:
  - persoonlijke beleving van en zingeving aan het leven en de leefsituatie (momenteel, in toekomstperspectief)
  - inzicht in eigen functioneren:
    - heeft de persoon inzicht in een situatie?
    - kan de persoon handelend optreden?
    - heeft de persoon ziekte-inzicht?
    - kan de persoon zich handhaven in een groep?

## **DEEL 2:           Zorggerichte diagnostiek**

### **1.     Inleiding**

Zorggerichte diagnostiek wordt omschreven als probleemgeoriënteerd. Zorggerichte diagnostiek heeft zowel betrekking op de patiënt als op zijn directe omgeving. Niet zozeer de oorzaken als wel de gevolgen van de ziekte staan centraal. De diagnostiek is hierbij gericht op de mogelijkheden en beperkingen die de patiënt heeft en op de aard en intensiteit van de noodzakelijke begeleiding, verzorging of verpleging. Onderscheiden domeinen zijn patiënt gerelateerd of systeem/situatie gerelateerd. Een deel van de gegevens zal reeds voorhanden zijn uit de ziektekundige analyse.

In het vorige protocol zorggerichte diagnostiek (1998) is uitgebreid een instrument aan de orde geweest om zorgdiagnostiek volgens een vast stramien (en uitgebreid op schrift gesteld) uit te werken. Omwille van eenduidigheid in begrippenkader en taal is destijds als instrument gekozen voor het BIO-protocol en de daarbij behorende LVIO-formulierenset.

Inmiddels (2003) hebben wij moeten vaststellen dat ook het RIO dit instrument heeft vervangen door een inventarisatie die meer gericht is op functiegericht indiceren van zorg. Ook voor zorg die niet onder de indicatiestelling van het RIO valt, plegen behandelaars veelal van de behoeften van de patiënt en diens systeem uit te gaan. In essentie is hier van een analogie sprake met het functiegericht indiceren van het RIO.

Het is onmogelijk om bij zorgdiagnostiek tot een rekenkundige combinatie van factoren te komen waaruit een één-op-één conclusie volgt. Daarvoor zijn teveel parameters van belang binnen de diverse domeinen van het patiënt-verzorgers systeem (zie onder). Op zijn best wordt door een ter zake deskundige beoordelaar een beschrijvende zorgbehoefte geformuleerd waarop de wenselijke zorg aansluit.

### **2.     Domeinen**

De onderstaande levensdomeinen zijn over het algemeen van belang om de zorgbehoefte van patiënt en zijn verzorgers in kaart te brengen. Het aantal is echter niet limitatief. Ook zal per individuele patiënt steeds een combinatie van verschillende domeinen de zorgbehoefte domineren en bepalen.

- a) Ernst dementie (zie ziektegerichte diagnostiek) en specifieke prognose
- b) Gedrag en beleving, coëxistente stemmingsstoornis
- c) Persoon en copingstijl
- d) Lichamelijke gezondheid
- e) Zelfredzaamheid (ADL/BDL)
- f) Dagstructuur en bezigheden

- g) Inzet centrale verzorger: ervaren belasting, draaglast en -kracht
- h) Momentane professionele hulpverlening
- i) Familiesysteem
- j) Woonomstandigheden
- k) Veiligheid en geldzaken

Over het algemeen zal bij de zorgdiagnostiek rekening gehouden moeten worden met het proces van acceptatie van afhankelijkheid en de behoefte aan externe zorg door de patiënt en zijn mantelzorger. Vaak is benodigde zorg niet direct leverbaar. Ook dit noopt de hulpverlener tot proces- en trajectdenken in de beoordeling van de zorgbehoefte.

De conclusie is dan ook dat:

- A ziektegerichte diagnostiek met diagnose
  - B beschrijving zorgbehoefte en functioneren op basis van levensdomeinen
  - C dringend scorende zorggegevens en BOPZ-beoordeling (volgens onderzoekers)
- leiden tot:
- I preadvies aansluitend aan zorgbehoefte (vraaggericht)
  - II indien van toepassing: second-best zorg en
  - III dringend gewenste zorg NU
  - IV aanvullend diagnostisch en/of zorggericht onderzoek gewenst, nl. ...

Deze werkwijze sluit aan bij het reeds ontwikkelde protocol van ziektegerichte diagnostiek en de procedure zoals weergegeven in het stroomschema screening psychogeriatric.

Op deze manier is een aantal voorwaarden gerealiseerd om tot een gestandaardiseerd, geüniformeerd protocol pg-screening in de regio te komen.

### **3. Van zorgdiagnostiek tot zorgtoelevering**

Om na de diagnostiek de zorgbehoefte te kunnen koppelen aan de voorhanden zijnde zorg is het noodzakelijk om een overzicht te hebben van de zorgfuncties/zorgeenheden. Hiertoe kan het door het Geriatisch Netwerk ontwikkeld Repertorium als instrument worden gebruikt. Het Repertorium biedt een overzicht van alle zorgvormen ten aanzien van de geriatrie in de regio Midden-Brabant. Het zorgaanbod wordt in functionele termen beschreven, gebaseerd op de zorgvraag. Ook het Brabants Ondersteuningsinstituut Zorg heeft in februari 2003 een dementiegids doen verschijnen met het aanwezige zorgaanbod in Midden-Brabant. Het RIO heeft te kennen gegeven dat het RIO bij préadviesing gebruik maakt van de diensten van de GGZ, de GAAZ/geheugenpolikliniek TweeSteden ziekenhuis en het GOAC vanuit het verpleeghuis De Volckaert.

Een algemeen cliëntvolgsysteem is niet operationeel. Diverse behandelaars en zorgaanbieders in de regio functioneren als zodanig. Een poging om een cliëntvolgsysteem middels een zorgtoewijzingskantoor op te zetten voor alle AWBZ-geïndiceerde zorg strandde eind 2002 in de planningsfase<sup>1</sup>. In strikte zin is het Zorgkantoor eindverantwoordelijk voor de zorgtoewijzing.

### **Deel 3: Conclusies en aanbevelingen**

De evaluatie van het bestaande pg-screeningsprotocol leidde in een drietal bijeenkomsten tot een gewijzigde versie. Het Geriatriesch Netwerk Midden-Brabant heeft er dan ook alle vertrouwen in dat onderliggende rapportage een bijdrage levert aan het regionaal protocol screening psychogeriatricie in Midden-Brabant. Uitgangspunt is ook nu weer geweest om het belang van cliënt/patiënt en hun mantelzorgers centraal te plaatsen en de inzet van diverse instellingen om de patiënt /mantelzorger heen te stroomlijnen. Duidelijkheidshalve volgt hieronder een samenvatting van de conclusies en aanbevelingen.

- Het begrippenkader en het protocol “work up screening dementie syndroom” vormen ten aanzien van de ziektegerichte diagnostiek het uitgangspunt.
- Over het algemeen gaat ziektekundige diagnostiek vooraf aan zorggerichte diagnostiek; uitgebreidheid ziektekundige diagnostiek is mede afhankelijk van de bestaande ernst van het dementiesyndroom en de reeds beschikbare observationele gegevens.
- Op grond van een regionale inventarisatie blijken het BIO-protocol en LVIO-formulierenset geen (blijvende) toepassing te hebben inzake zorggerichte diagnostiek. Veeleer is het zinvol om via screening op een aantal levensdomeinen de zorgbehoefte op professionele wijze te analyseren en, op toetsbare wijze, zorgdiagnostiek uit te voeren.
- In het kader van zorggerichte diagnostiek zijn een aantal levensdomeinen geformuleerd die van belang zijn bij de bepaling van zorgvraag / behandel noodzaak. De data die hierbij verkregen worden zullen vrijwel nooit leiden tot een één-op-één relatie met een specifieke zorgbehoefte.
- Inzake zorggerichte diagnostiek leiden A, B en C tot I t/m IV, namelijk:
  - A ziektegerichte diagnostiek met diagnose
  - B beschrijving zorgbehoefte en functioneren op basis van levensdomeinen
  - C dringend scorende zorggegevens en BOPZ-beoordeling (volgens onderzoekers)leiden tot:
  - I preadvies aansluitend aan zorgbehoefte (vraaggericht)
  - II indien van toepassing: second-best zorg en
  - III dringend gewenste zorg NU
  - IV aanvullend diagnostisch en/of zorggericht onderzoek gewenst, nl....

Het Repertorium en Dementiegids bieden handvatten tot een overzicht van zorgfuncties en zorgeenheden.

- Ten aanzien van de formulering van een zorggericht advies wordt een multidisciplinaire aanpak bepleit.
- Ten behoeve van de dringend gewenste zorg NU dienen regionaal afspraken te worden gemaakt over de wijze waarop betreffende personen, die geïndiceerd zijn, zo spoedig mogelijk deze zorg krijgen.
- De ontwikkeling van een transmuraal cliëntvolgsysteem is noodzakelijk om adequaat zorgvraag en zorgaanbod te koppelen.
- Een uniforme rapportagewijze in de regio is gewenst om de onderlinge communicatie te bevorderen.
- Om de voorgestelde werkwijze breed te laten uitvoeren, is een weloverwogen informatiserings- en implementatieronde nodig. De stuurgroep dient hier zorg voor te dragen

## Deel 4: Slotbeschouwing

Het gepresenteerde protocol met betrekking tot de pg-screening dient uiteraard niet te worden gezien als een strak 'keurslijf' maar als een hulpmiddel. De mogelijkheid moet immers blijven bestaan om vooraf of tijdens het onderzoek in te gaan op specifieke vragen, bijvoorbeeld door bepaalde tests toe te voegen. Met het protocol is getracht een minimumpakket te ontwikkelen dat beschouwd kan worden als een denkkader voor de regio Midden-Brabant. Dit denkkader zou de basis moeten vormen voor communicatie over de pg-screening tussen behandelaars van verschillende instellingen onderling, maar ook voor afstemming met het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO). Afwijken van dit denkkader is zeer wel mogelijk, als steeds maar aangegeven wordt waarom dit gebeurt. De werkgroep heeft zich bij haar activiteiten gericht op de **inhoud** van het protocol: welke onderzoeken dienen minimaal te worden uitgevoerd om op verantwoorde wijze de diagnose dementie te kunnen stellen en welke informatie is minimaal noodzakelijk om de zorgbehoefte van de cliënt in kaart te kunnen brengen? Daarmee is nog niets gezegd over de **procedure** ten aanzien van de pg-screening zelf: wie doet wat op welk moment en in overleg met wie?

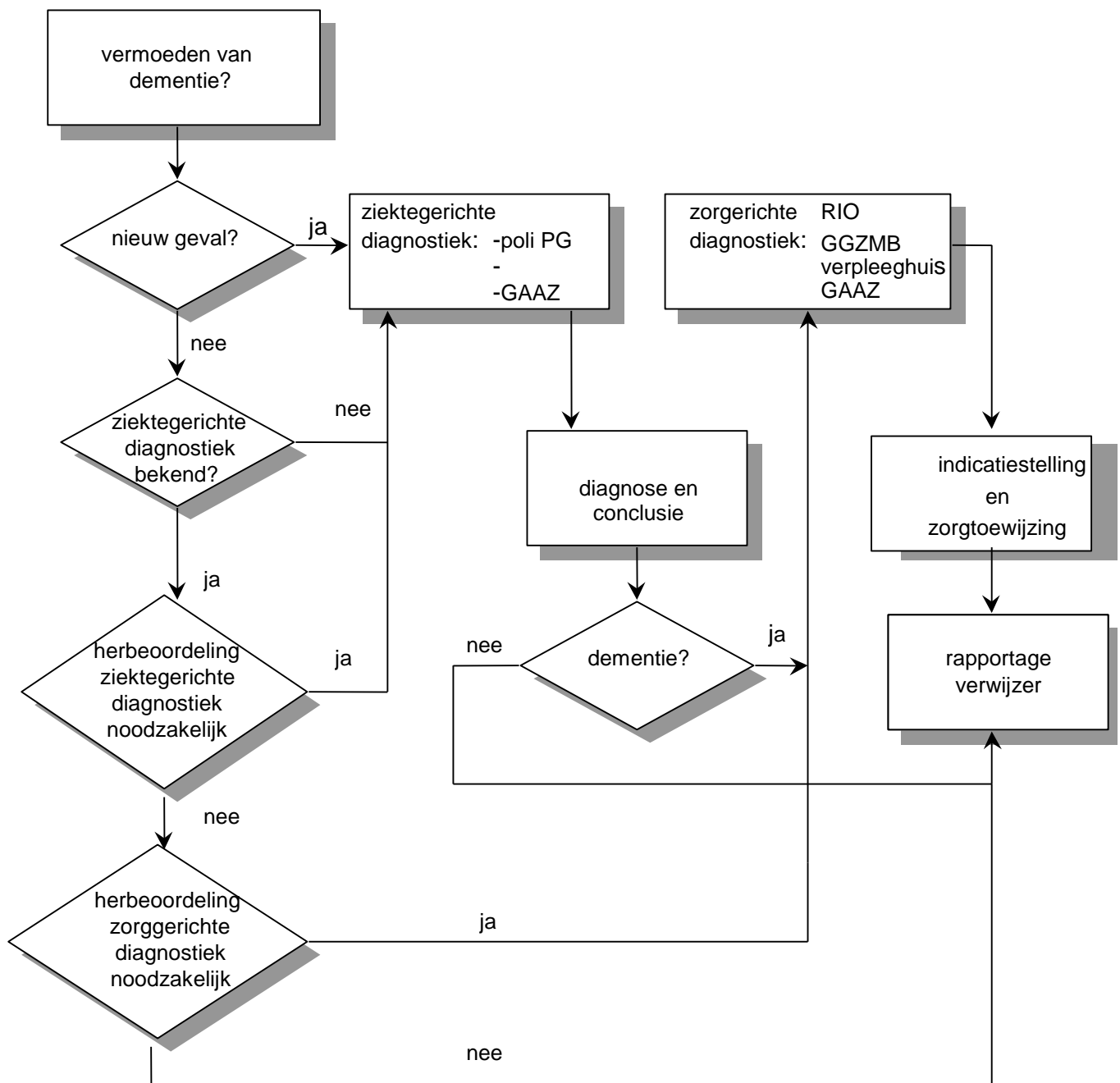
## Bijlage 1

### Samenstelling werkgroep

| <i>Naam</i>          | <i>Organisatie</i>    | <i>Functie</i>     |
|----------------------|-----------------------|--------------------|
| mevrouw C. Bertens   | GGZ Midden-Brabant    | psycholoog         |
| mevrouw M. van Dijk  | BOZ                   | dementieconsulente |
| mevrouw M. van Erk   | GGZ Midden-Brabant    | sociaal geriater   |
| mevrouw T. Eerenberg | TweeSteden ziekenhuis | neuroloog-geriater |
| de heer H. Maas      | TweeSteden ziekenhuis | klinisch geriater  |
| de heer J. Rindt     | De Volckaert          | verpleeghuisarts   |

## Bijlage 2

### Stroomschema



## Bijlage 3

### Bronnen:

1. Herziening consensus diagnostiek bij het dementiesyndroom, Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing, Utrecht mei 1997, pagina's 17 t/m 22
2. Crevel, H. van en T.J. Heeren, Herziening consensus 'Diagnostiek bij het dementiesyndroom', Uit: Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 20 juni 1998
3. Petersen RC, Doody R, Kurz A et al Current concepts in mild cognitive impairment. Arch Neurol 2001;85:1985-92
4. Repertorium Geriatriesch Netwerk Midden-Brabant, 1999
5. PG dementie gids Tilburg, januari 2003
6. de Camdex-N, de Nederlandse versie van de Cambridge Examination for Mental Disorders in the Elderly, uitgegeven door Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1992.  
M.M.A. Derix, S. Teunisse, A. Hijdra, L. Wens, A.B. Hofstede, G.J.M. Walstra, H.C. Weinstein, W.A. van Gool
7. Protocol screening psychogeriatric Midden-Brabant, 1999
8. Zorgtoewijzing, brief Zorgkantoor Midden-Brabant aan de zorgsector, 16 december 2002 kenmerk jv/bu/2002/1612/300
9. Functiegericht indiceren, informatiebulletin RIO Midden-Brabant, maart 2003 nummer 1.

## Bijlage 4

**Herziening consensus diagnostiek bij het dementiesyndroom, Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing, ' . Utrecht mei 1991, pagina's 17 t/m 22**

- 13. Nadat bij een patiënt een -nader gespecificeerd- dementiesyndroom is gediagnosticeerd dient regelmatig de progressie van het ziektebeeld te worden onderzocht.**

De heterogeniteit binnen de aandoeningen die een dementiesyndroom veroorzaken en het wisselende beloop van de verschillende aandoeningen maken het moeilijk te voorspellen hoe de voortgang van de ziekte zal zijn. Bovendien vindt diagnostiek door de toegenomen aandacht voor dementie steeds vroeger in het ziekteproces plaats; dit leidt tot afname van zekerheid over zowel de diagnose als de prognose. Een reguliere follow-up, waarbij herbeoordeling van het klinisch beeld plaatsvindt, kan de diagnose steunen en leiden tot aangepaste adviezen met betrekking tot de begeleiding van de betrokkene.

Naast ziektegerichte diagnostiek is herhaling van zorggerichte diagnostiek van belang. Uit een onderzoek bij de ouderenafdeling van zeven RIAGG's bleek dat de partner en/of familie van een patiënt met dementie aanvankelijk heel tevreden waren met de geboden begeleiding; naarmate de hulp langer bestond nam de tevredenheid echter af en de gerapporteerde zorgzwaarte toe, terwijl de hulpverlener over diezelfde periode geen toename van de zorgvraag meldde.

### *Literatuur*

*Beer M de, Hutschemaekers G. Vraag en aanbod in de Riagg-ouderenzorg. Utrecht: 'Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1996.*

- 14. Voor het vaststellen van de aard en de ernst van stoornissen van een dementiesyndroom kan neuropsychologisch onderzoek nuttig zijn.**

Nadat het dementiesyndroom is vastgesteld, kan het nuttig zijn de aard en de ernst van de functiestoornissen afzonderlijk te bepalen. Daartoe is neuropsychologisch onderzoek nodig. Neuropsychologisch onderzoek is de toepassing van gestandaardiseerde, genormeerde en gevalideerde tests voor onderscheiden psychologische functies, zoals geheugen, waarneming, taal, aandacht en concentratie, psychomotoriek, uitvoerende controlefuncties, algemeen tempo en snelheid van complexe informatieverwerking.<sup>1,2</sup>

Neuropsychologisch onderzoek levert kwantitatieve gegevens op voor de beschrijving van het individuele patroon van stoornissen en intacte functies en voor de objectieve evaluatie van veranderingen tijdens het beloop van een dementie. Mede op grond hiervan worden adviezen gegeven over zorgvoorzieningen, zorgplan en activiteitenplan.<sup>3-5</sup>

De doelmatigheid van onderzoek naar aard en ernst van stoornissen in complexe psychologische functies is het grootst binnen een setting waar gevolg kan worden gegeven aan de voorstellen en adviezen die uit het onderzoek voortvloeien.

#### Literatuur

1. Morris RG, McKiernan F. Neuropsychological investigations of dementia. In: Burns A, Levy R (eds). *Dementia*. London: Chapman & Hall 1994: 327-54.
2. Weintraub S, Mesulam MM. Four neuropsychological profiles in dementia. In: Boller F, Grafman J, ed. *Handbook of Neuropsychology*; vol 8. Amsterdam: Elsevier 1993: 253-82.
3. Diesfeldt HFA. Gedrag, affect en cognitie bij dementiepatiënten. In: Derix MMA, Blom MM(eds). *Meten is weten: dementie, diagnostiek en de psycholoog*. Amsterdam: Nederlands Instituut van Psychologen, 1995: 61- 78.
4. Teunisse S, Walstra GJM, Crevel H van. De ernst van dementie. In: Derix MMA, Hijdra A, Gool WA van (eds). *Dementie: de stand van zaken*. Lisse: Swets & Zeitinger, 1994:173-88.
5. Tuokko H. Psychosocial evaluation and management of the Alzheimer's patiënt. In: Parks RW, Zec RF, Wilson RS (eds). *Neuropsychology of Alzheimer's disease and other dementias*. New York: Oxford University Press, 1993: 565-88.

#### **15. Bij patiënten met aanwijzingen voor een dementiesyndroom dient de oorzaak daarvan te worden vastgesteld.**

Om een oorzaak van dementie vast te stellen moet een adequaat medisch onderzoek plaatsvinden, de ernst en de aard van de cognitieve functiestoornissen worden vastgesteld en aanvullend onderzoek worden verricht naar behandelbare oorzaken en comorbiditeit. Dit betekent een algemeen lichamenlijk onderzoek, neurologisch onderzoek, onderzoek naar psychiatrische verschijnselen en eventueel neuropsychologisch onderzoek.

Doorgaans zal de huisarts als eerste onderzoek verrichten volgens de NHG-standaard Dementiesyndroom,<sup>1</sup> en beslissen of de patiënt verwezen wordt voor verder onderzoek of delen daarvan. Deze verwijzing is niet gekoppeld aan een bepaald specialisme, maar het is van belang dat dementie tot het specifieke aandachtsveld van de betreffende arts of specialist behoort. Vanwege de complexiteit van de problemen is een geïntegreerde multidisciplinaire benadering gewenst.<sup>2</sup>

Naar welke instantie, specialisme of discipline wordt verwezen, wordt in de praktijk bepaald door de aard van de symptomen en hangt ook af van de mogelijkheden die de plaatselijke gezondheidszorgvoorzieningen bieden.

#### Literatuur

1. Bruijine GA de, Meyboom-de Jong B, Muskens JB, Veltman MTM, Weytens JTNM, Wind AW. NHG-standaard dementiesyndroom. *Huisarts Wet* 1991; 34: 598-607
2. Verhey FR, Ponds RHW, Jolles J, Rozendaal N, Plugge L, Veth HCW de, et al. Diagnosing dementia: a comparison between a mono- and multidisciplinary approach. *J Neuropsych Clin Neurosciences* 1993; 5: 78-85.

#### **16. De indicatie tot een diagnostische test hangt niet zozeer at van de testeigenschappen, maar vooral van de verwachte gezondheidswinst voor de patiënt.**

Bij een lage voorafkans op een bepaalde ziekte zal men vaak niet behandelen, zonder test; bij een hoge voorafkans wel, ook zonder test. Ligt de voorafkans tussen die twee 'drempels',

dan heeft de test de meeste waarde.<sup>1</sup> Met 'behandeling' wordt bij dementie bedoeld: therapie van oorzaak (zelden), symptomatische therapie (soms) of informatie, advies, ondersteuning, enz. (meestal).

Men kan een test op verschillende niveaus beoordelen:<sup>2</sup>

1. Technische eigenschappen (betrouwbaarheid, precisie).
2. Diagnostische nauwkeurigheid (sensitiviteit en specificiteit, met betrouwbaarheidsintervallen; daarvan afgeleide maten: likelihood ratio, ROC-curve). NB: deze maten zijn afhankelijk van de onderzochte patiënten (ernst van de ziekte) en van de controlepersonen (eventuele andere aandoeningen): vergelijking van de 'sickest of the sick' met de 'fittest of the fit' geeft geflatteerde resultaten.
3. Invloed op de diagnose (rekening houdend met andere beschikbare diagnostische tests).
4. Invloed op de behandeling (beïnvloeding door de testuitslag van het beleid);
5. Invloed op de gezondheid van de patiënt (gezondheidswinst van de test-netto, dus minus risico's).

Het meeste onderzoek van nieuwe diagnostische tests bij dementie heeft betrekking op de niveaus 1 en 2.<sup>3</sup>

De waarde van een diagnostische test kan echter niet geïsoleerd worden beoordeeld; dit moet in de klinische context gebeuren (dus ook op de niveaus 3, 4 en 5). De klinische context begint bij de voorafkants, impliceert vaak 'concurrentie' met andere tests en eindigt bij de uitkomst voor de patiënt. Daarbij moeten de nadelen (risico's en belasting voor de patiënt, schadelijke gevolgen van fout-positieve uitslagen) en de kosten worden meegewogen, en natuurlijk de therapeutische mogelijkheden.

#### Literatuur

1. Pauker SG, Kassirer JP. *The threshold approach to clinical decision making. New Engl J Med* 1980; 302: 1109-17.
2. Kent DL, Larson EB. *Disease. level of impact and quality of research methods. Invest Radiology* 1992; 27: 245-54.
3. Gool WA van, Grevel H van. *Impact on management of new diagnostic tests in Alzheimer's disease. Lancet* 1996; 348: 961.

### **17. Bij patiënten met een dementiesyndroom is laboratoriumonderzoek noodzakelijk (bewijsklasse B).**

Als routine wordt het volgende bloedonderzoek aanbevolen: vitamine B12, schildklierfunctie, calcium (gecorrigeerd voor albumine), luesreacties, nierfunctie, leverfunctie; en glucose, hemoglobine, hematokriet, vitamine B1, foliumzuur.

Nadat het dementiesyndroom (stelling 2) is gediagnosticeerd, moeten de volgende vragen worden beantwoord: wat is het type dementie (stelling 3), wat is de oorzaak of wat zijn de oorzaken en zijn er behandelbare aandoeningen aanwezig die het functioneren van de patiënt verslechteren, maar niet de dementie veroorzaken (secundaire pathologie)? Het antwoord op deze vragen begint met klinisch onderzoek.

Vervolgens is laboratoriumonderzoek noodzakelijk. Daarmee kunnen met name oorzaken uit de volgende categorieën worden bevestigd of uitgesloten: functiestoornissen van bepaalde organen, deficienties, infecties van het zenuwstelsel en intoxicaties met lichaamsvreemde

stoffen zoals bijvoorbeeld geneesmiddelen en alcohol. Verder speelt laboratoriumonderzoek een rol bij de diagnostiek van secundaire pathologie zoals diabetes mellitus en anemie. De scheiding tussen oorzaken van dementie en secundaire pathologie is niet altijd absoluut. Diabetes mellitus bijvoorbeeld is meestal de oorzaak van secundaire pathologie (polyneuropathie, retinopathie) maar kan ook de oorzaak zijn van cognitieve stoornissen.

Bovengenoemd pakket wordt aanbevolen als routine omdat het gericht is op aandoeningen die op grond van klinisch onderzoek niet goed herkenbaar zijn<sup>1-3</sup> en tot behandeling kunnen leiden met soms verbetering van de functionele toestand van de patiënt tot gevolg.<sup>3-6</sup> Dementieën volgens DSM-criteria zijn zelden reversibel.<sup>1,2,6,7</sup>

Bij een oudere demente patiënt bij wie de ziekte van Alzheimer klinisch zo zeker mogelijk wordt geacht (stellingen 3 en 19) en bij wie anamnese, hetero-anamnese en onderzoek òók geen aanwijzingen opleveren voor secundaire pathologie, zou men kunnen volstaan met dit routinepakket.<sup>1-3</sup>

Als daarentegen op grond van klinisch onderzoek andere oorzaken voor de dementie dan de ziekte van Alzheimer worden vermoed, wordt het laboratoriumonderzoek op indicatie uitgebreid.<sup>8</sup> Dit geldt uiteraard ook voor secundaire pathologie, bijvoorbeeld bepaling van electrolyten bij gebruik van diuretica, en eveneens voor afwijkende uitkomsten van het routinepakket, bijvoorbeeld bepaling van MCV, MCHC en MCH nadat een anemie is vastgesteld.

Elektrocardiografie, X-Thorax, bezinkingssnelheid van de erythrocyten, trombocyten, leukocyten, erythrocyten, MCV, natrium, kalium, chloride, bicarbonaat en kwalitatief urine-onderzoek -de andere tests uit het oude pakket<sup>9</sup>- zijn niet in de routine opgenomen. Zij kunnen op indicatie worden verricht.<sup>1,3</sup>

#### Literatuur

1. Crevel H van, Walstra GJM, Teunisse S, Verschoor RE, Habbema JDF, Ineveld BM van, Eijkemans MJC. Diagnostiek bij dementiesyndroom. Eindverslag ontwikkelingsgeneeskunde project OG 90-027. Amsterdam/Rotterdam: Academisch Medisch Centrum/Erasmus Universiteit, 1994.
2. Walstra GJM, Teunisse S, Gool WA van, Crevel H van. Reversible dementia in elderly patiënts referred to a memory clinic. *J Neuro*1997; 244: 17-22.
3. Walstra GJM, Teunisse S, Gool WA van, Crevel H van. Symptomatic treatment of elderly patiënts with early Alzheimer's disease at a memory clinic. *J Geriatr Psychiatry and Neurol*. 1997; 10: 33-8.
4. Clarfield AM. Canadian Consensus Conference on the Assessment of Dementia. Montreal: Canadian Consensus Conference on the Assessment of Dementia, 1991.
5. Lishman WA. *Organic Psychiatry. The psychological consequences of cerebral disorder. Second edition.* Oxford: Blackwell, 1987.
6. Weytingh MD, Bossuyt PMM, Crevel H van. Reversible dementia: more than 10% or less than 1 %? A quantitative review. *J Neurol* 1995; 242: 466-471.
7. Teunisse S, Bollen AE, Gool WA van, Walstra GJM. Dementia and subnormal levels of vitamin B12: effects of replacement therapy on dementia. *J Neuro*1996; 243: 522-9.
8. Cummings JL, Benson OF. *Dementia. A clinical approach.* Boston: Butterworths, 1992.
9. Consensus "Diagnostiek bij het dementiesyndroom". Utrecht: cao, 1988: 14-5.

**18. Bij de differentiele diagnostiek van het dementiesyndroom dient electro-encephalografisch onderzoek (EEG) alleen op indicatie te worden verricht (bewijsklasse B),**

Het EEG speelt bij de diagnostiek van het dementiesyndroom en de oorzaken ervan een bescheiden rol. Dit komt doordat dementie een klinische diagnose is en doordat met betrekking tot de oorzaken van het dementiesyndroom geldt dat met het EEG zelden aandoeningen kunnen worden uitgesloten en dat afwijkingen op het EEG bijna nooit specifiek zijn voor een bepaalde ziekte.<sup>1</sup> Desondanks kan het EEG -bij een goede vraagstelling- waardevolle informatie verschaffen. Zinnvolle indicaties zijn:

- Verdenking op epilepsie. Hoewel epilepsie niet een oorzaak is van dementie, kan ictale activiteit (temporaal focus) geheugenstoornissen veroorzaken en daardoor reeds bestaande geheugenstoornissen in het kader van een dementiesyndroom verergeren. Bovendien komen bij demente patiënten delieren voor die kunnen berusten op epilepsie, bijvoorbeeld de post-ictale verwardheid of de non-convulsieve status epilepticus.
- Twijfel tussen depressie met cognitieve stoornissen en dementie door de ziekte van Alzheimer met kenmerken van depressie. Een duidelijk vertraagd EEG pleit voor de laatste omdat bij een depressie in principe geen EEG-afwijkingen voorkomen.
- Klinische verdenking op ziekten die met karakteristieke EEG-afwijkingen gepaard kunnen gaan, bijvoorbeeld de zeldzame ziekte van Creutzfeldt-Jakob (periodiek optredende golfcomplexen) en sommige metabole hersenziekten.

In een prospectief onderzoek bij oudere demente patiënten (n=170) op een polikliniek voor geheugenstoornissen bleek slechts in minder dan 10% van de patiënten een van bovengenoemde indicaties te bestaan voor een EEG, terwijl de niet geïndiceerd geachte EEG's geen onverwachte bevindingen opleverden met gevolgen voor diagnose of beleid.<sup>2,3</sup> Omdat het alpha-ritme heel weinig verandert met de leeftijd, kan longitudinaal onderzoek nuttig zijn, bijvoorbeeld wanneer er klinisch twijfel bestaat of er sprake is van een progressieve cerebrale stoornis. Een achteruitgang van het alpha-ritme van 1 Hz over korte tijd (bijvoorbeeld 0,5 jaar) wekt vermoeden van progressieve encephalopathie. Deze stelling geldt alleen in een setting van grondig klinisch onderzoek, met gebruik van diagnostische criteria.<sup>3</sup>

*Literatuur*

1. Boerman RH, Scheltens P, Weinstein HC. *Clinical neurophysiology in the diagnosis of Alzheimer's disease. Clin Neurol Neurosurg* 1994; 96: 111-8.
2. Crevel H van, Walstra GJM, Teunisse S, Verschoor RE, Habbema JDF, Ineveld BM van, Eijkemans MJC. *Diagnostiek bij dementiesyndroom. Eindverslag ontwikkelingsgeneeskunde-project OG 90-027. Amsterdam/Rotterdam: Academisch Medisch Centrum/Erasmus Universiteit, 1994.*
3. Walstra GJM, Teunisse S, Gool WA van, Crevel H van. *Reversible dementia in elderly patients referred to a memory clinic. J Neurol* 1997; 244: 17-22

**19. Bij de differentiele diagnostiek van het dementiesyndroom dient cerebrale computertomografie (CT) of magnetic resonance imaging (MAI) alleen op indicatie te worden verricht (bewijsklasse B).**

Een CT is geïndiceerd om andere vermoedens dan globale atrofie te bevestigen of uit te sluiten. Het gaat hier met name om neurochirurgische oorzaken (normale druk

hydrocephalus, tumor, subduraal hematoom) en vasculaire oorzaken (infarcten, afwijkingen van de witte stof) van dementie.

Van de neurochirurgische oorzaken kan normale druk hydrocephalus op basis van klinisch onderzoek worden vermoed: subcorticale dementie (zie stelling 3), loopstoornis en urine-incontinentie. Voor een hersentumor en een subduraal hematoom geldt dit waarschijnlijk ook, omdat deze aandoeningen zich slechts zeer zelden uiten als geïsoleerde langzaam progressieve dementie.<sup>1</sup> De diverse manifestaties van een subduraal hematoom en een hersentumor worden hier niet gedetailleerd beschreven, maar men moet wat betreft een subduraal hematoom onder andere letten op hoofdpijn en traagheid of sufheid, een schedeltrauma en/of gebruik van anticoagulantia en wat betreft een hersentumor onder andere op papiloedeem en focale neurologische afwijkingen bij het klinisch onderzoek. Belangrijk is vooral de snelheid van het beloop: bij deze ruimte-innemende processen is het beloop meestal sneller dan bij de ziekte van Alzheimer. Bij vasculaire dementie gaat het om TIA's en beroerten in de voorgeschiedenis, risicofactoren zoals hypertensie en focale afwijkingen bij neurologisch onderzoek. Ook de zeldzame ziekte van Binswanger (subcorticale dementie) heeft een karakteristiek klinisch beeld. Voor het diagnosticeren van vasculaire dementie bestaan verschillende sets diagnostische criteria.<sup>2</sup> De meeste daarvan vereisen neuroradiologische bevestiging van infarcten of diffuse afwijkingen van de witte stof door middel van CT of MRI.

Men kan de indicatiestelling voor CT ook andersom benaderen: een CT is niet geïndiceerd bij patiënten bij wie klinisch geen twijfel bestaat over de ziekte van Alzheimer.<sup>3,4</sup> Patiënten moeten voldoen aan alle volgende kenmerken:

- dementiesyndroom met uitsluitend corticale kenmerken (zie stelling 3);
- een sluipend begin en geleidelijke progressie;
- eerste verschijnsel: achteruitgang geheugen;
- ziekteduur langer dan 6 maanden;
- resultaten van standaard neurologisch onderzoek normaal voor de leeftijd;
- klinisch geen aanwijzingen voor een andere oorzaak.

De sensitiviteit van MRI en CT zijn gelijkwaardig voor neurochirurgische oorzaken.<sup>5,6</sup> Voor afwijkingen die vooral de witte stof betreffen is MRI gevoeliger.<sup>6</sup> Atrofie van de hippocampus -met MRI in een vroeger stadium vast te stellen en beter zichtbaar te maken dan met CT- wordt vaak aangetroffen bij de ziekte van Alzheimer.<sup>6</sup> Afwezigheid van hippocampusatrofie sluit de ziekte van Alzheimer echter niet uit; bovendien is het verschil met gezonde controles bij oudere patiënten kleiner, en is over hippocampusatrofie bij andere ziekten met dementie weinig bekend.<sup>6,7</sup> De waarde van MRI als diagnostische test voor de ziekte van Alzheimer is dan ook nog niet aangetoond.

Deze stelling geldt alleen in een setting van grondig klinisch onderzoek, met gebruik van diagnostische criteria.<sup>4</sup>

#### Literatuur

1. Alexander EM, Wagner EH, Buchner OM, Cain KC, Larson EB. Do surgical brain lesions present as isolated dementia? A population based study. *JAGS* 1995; 43: 138-43.
2. Verhey FRJ, Lodder J, Rozendaal N, Jolles J. Comparison of seven sets of criteria used for the diagnosis of vascular dementia. *Neuroepidemiology* 1996; 15: 166-72.
3. Crevel H van, Walstra GJM, Teunisse S, Verschoor RE, Habbema JDF, Ineveld BM van, Eijkemans MJC. Diagnostiek bij dementiesyndroom. Eindverslag ontwikkelingsgeneeskunde- project OG 90-027. Amsterdam/Rotterdam: Academisch Medisch Centrum/Erasmus Universiteit, 1994.
4. Walstra GJM, Teunisse S, Gool WA van, Crevel H van. Reversible dementia in elderly patients referred to a memory clinic. *J Neuro* 1997; 244: 17-22.

5. American College of Physicians. *MRI of the brain and spine: a revised statement. Ann Intern Med* 1994; 120: 872-5.
6. Scheltens Ph, Weinstein HC, Leys D. *Neuro-imaging in the diagnosis of Alzheimer's disease I. Computer tomography and magnetic resonance imaging. Clin Neurol neurosurg* 1992; 94: 277-89.
7. O'Brien JT. *Is hippocampal atrophy on magnetic resonance imaging a marker for Alzheimer's disease? Int J Geriatr Psychiat* 1995, 10: 431-5.