



Dokter Klinkertweg 18
8025 BS Zwolle
038-455 9851
info@mccklik.nl

Dementie D

1^e druk 2002

4^e druk 2021

Deze werkspraak is samengesteld door Huisartsen, Geheugencentrum Zwolle e.o., Specialisten oudergeneeskunde, Ziekenhuis- en Openbare apothekers Isala en regio Zwolle en Meppel. Deze werkspraak is een aanvulling op de [NHG standaard Dementie \(M21, 2020\)](#) en de herziene [Richtlijnen Dementie \(2021\)](#).

DEFINITIE

Dementie

Dementie is een klinisch syndroom gekenmerkt door functieverlies in meerdere cognitieve domeinen waarbij:

- Functieverlies zodanig is dat het functioneren in het dagelijks leven eronder lijdt;
- Duidelijk toegenomen zijn ten opzichte van eerder niveau van functioneren;
- Niet verklaard worden door andere diagnose;
- Gediagnosticeerd zijn op basis van anamnese, hetero-anamnese en objectieve beoordeling van de cognitie (MMSE en Kloktekentest, RUDAS of MOCA);
- Leidend tot cognitieve beperking in ≥ 2 van de volgende domeinen:
 - Vermogen om nieuwe informatie op te slaan en te onthouden;
 - Redeneren en uitvoeren complexe taken, inschattingvermogen;
 - Problemen in het zien en verwerken van ruimtelijke informatie;
 - Taalfuncties;
 - Verandering gedrag en persoonlijkheid.

Zorgdiagnostiek

De diagnose dementie kan door de huisarts gesteld. Bepalen en omschrijven behoefte aan voorzieningen voor zorg, wonen en welzijn.

Casemanager Dementie

(netwerk dementie)

- Ingevuld door de thuiszorgorganisatie, verpleeg- of verzorgingstehuis.
- Centraal aanspreekpersoon voor patiënt en mantelzorger.
- Coördinator voor hulpverleners en artsen.
- Bepaalt en bewaakt zorgbehoefte (zorgdiagnostiek), regelt zorg en hulp, geeft voorlichting en advies, ondersteunt mantelzorgers.

ACP

Advance care-planning is belangrijk bij personen met dementie. Vanwege het verlies van capaciteiten en de mogelijkheden tot communiceren kunnen of mogen zij in een later stadium geen keuzes meer voor zichzelf maken. Denk aan levenstestament (notaris).

Mantelzorgondersteuning

Voorkomen overbelasting, emotionele ondersteuning, regelen inzet vrijwilligers, informatie en advies, belangenbehartiging, respijtzorg.

Groepsbegeleiding met of zonder behandeling	Dagopvang ter verlichting van eenzaamheid, ontlasting thuisfront, structurering dag al dan niet met behandeling onder regie van specialist ouderengeneeskunde.
Dwang en drang	In thuissituatie enkel vrijwillige zorg. Indien verdenking wilsonbekwaamheid of dreigend gevaar; bij nadruk op somatiek (bijvoorbeeld weigeren medicatie) op basis wet WGBO (huisarts) indien nadruk gedrag uit dementie op basis wet Zorg en Dwang (SO-ambulant).
Ouderenmishandeling	Fysieke, psychische mishandeling; financieel misbruik.

SIGNALERING

Patroondoorbreking	Verandering ten opzichte van eerder vertoond gedrag.
Vergissingen	Komt afspraken niet na of vraagt herhaald bevestiging.
Lichamelijk	Aanwijzing zelfverwaarlozing, probleem gebithygiëne, wonden.
<i>Signalering door:</i>	<i>Verschijsel</i>
Patiënt zelf	Meldt verandering in zijn verstandelijke vermogens.
Omgeving patiënt	Meldt verandering bij patiënt, conflicten of afstoting.
Huisarts	Signaleert cognitieve verandering. Assistentie merkt toename of verandering vorm van contact met patiënt.
Keuringsarts	Twijfels bij bijvoorbeeld rijbewijskeuring.
Apotheek	Patiënt haalt medicatie niet op of komt juist heel vaak.
<i>Opmerking</i>	
Bespreek voorafgaande aan diagnostiek met patiënt en of familie de voor en nadelen van diagnose. Een diagnose kan als bedreigend ervaren worden, maar helpt bij het krijgen van gepaste ondersteuning. Let op: patiënt klaagt meestal niet. Maakt registratie EPD (<i>ICPC: P20: geheugen-, concentratie- of oriëntatiestoornis</i>).	

BEWUSTWORDING

Alarmbellen	Commentaar
Afwijken van langer bestaand(e) gedragspatroon of gewoonte	Bijvoorbeeld: dit jaar geen kerstkaart
Maken van vergissingen	Bv in spreekuurafspraken (dag, tijd), of verkeerd aanvragen herhaalmedicatie.
Moeite met formuleren	Bv van de hulpvraag.
Vaker bellen	Bv voor een visite.
Horloge patiënt geeft niet de juiste tijd aan	
Patiënt is angstig	In tegenstelling tot voorheen.
Patiënt roept irritatie op	In tegenstelling tot voorheen.
Onbegrepen gewichtsverlies	Door zelfverwaarlozing, gebitshygiëne.

ANAMNESE EN HETEROANAMNESE

Screenend

- Familiair voorkomen van dementie;
- Opleidingsniveau en/of (uitgeoefend) beroep;
- Beperkingen in het dagelijks, beroepsmatig of sociaal functioneren/relatieproblemen;
- Is gedrag en persoonlijkheid consistent; past het in culturele achtergrond van patiënt;
- (Zelf)medicatiegebruik of andere middelen die bewustzijn beïnvloeden;
- Recente Life-events;
- Is er sprake van depressieve klachten, hallucinaties/wanen, recent hoofdtrauma, problemen met horen of zien?

Specifieke groepen

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus geeft verhoogde kans zowel op cognitieve stoornissen als op depressie.

Cognitieve beperkingen

Patiënten die in beschermde woonvorm verblijven, syndromale beelden (down ed.); beloop en diagnostiek per voorkeur middels AVG/gespecialiseerd centrum.

Oud immigranten

Diagnose vaak later herkend; ziekte benoemd als deel karakter en langere façade ondersteund door familie.

Ondersteunende materialen middels Pharos:

[Handreiking gesprek aangaan met patient en familie.](#)

[Handreiking werken met oudere migranten met dementie.](#)

Specifiek, 'cognitieve domeinen'

Geheugen en oriëntatie

Heeft u moeite afspraken te onthouden?

Ruimtelijke oriëntatie

Raakt u de weg wel eens kwijt bij logeren of op vakantie?

Taal en begrip

Heeft u vaak moeite om op bepaalde woorden te komen?

Praktische vaardigheden

Hoe gaat het met telefoneren, koffiezetten, administratie doen?

Herkenning

Heeft u moeite mensen te herkennen?

Planning

Zijn er veranderingen opgetreden in het ondernemen van dingen?

Denken en handelen

Leest u de krant goed, kunt u de televisie goed volgen?

Algemeen

Zie NHG standaard

Denk met name aan medicatie en/of (alcohol)in-toxicatie. Diabetes mellitus geeft verhoogde kans zowel op cognitieve stoornissen als op depressie

Opmerking

Let op: patiënt klaagt meestal niet! De specifieke anamnese, ingedeeld in cognitieve domeinen, is anders dan in de NHG standaard

LICHAMELIJK EN AANVULLEND ONDERZOEK

Vooral zinvol om te kunnen differentiëren tussen andere beelden die geheugen- en cognitieve problemen geven en om behandelbare oorzaken op te sporen.

Uitvoering: zie NHG standaard. Gericht op differentiële diagnostiek

Onderzoek

Observatie

Algemeen lichamenlijk onderzoek

Neurologisch

Laboratorium

Psychiatrisch

Commentaar, differentiële diagnostiek

Façade, afhankelijk gedrag, 'Head turning sign'.

Met name gehoor, visus, gebit (prothese), gewicht

Proces in cerebro, CVA, Parkinson, Normal Pressure Hydrocephalus (NPH).

O.a. schildklier, hydratietoestand, deficiënties, zie labformulier 'delier'. Of geriatrisch lab

Dementie, Depressie, Delier, zie tabel:

	Dementie	Depressie	Delier
Begin	Sluipend	Sluipend	(Sub-)acuut
Bewustzijn	Helder	Helder	Wisselend gestoord
Waarneming	Vaak intact	Intact	Visuele hallucinaties
Geheugen	Globaal gestoord	Korte termijn	Korte termijn
Denken	(In)coherent	Meestal coherent	Incoherent
Stemming/affect	Niet angstig	Somber of angstig	Angstig
Psychomotoriek	(Vertraagd)	Geagiteerd, vertraagd	Onrustig, apathisch

Test

MMSE (Minimal Mental State Examination)

Kloktekentest

Commentaar

Kan door geïnstrueerde assistente. Bij hoogopgeleiden wordt de MOCA aanbevolen. Bij jong dementie of niet aangeboren hersenletsel, Parkinson, depressie: overweeg uitgebreider neuropsychologisch onderzoek. NB kort na delier is deze test minder betrouwbaar.

Cijfers en de tijd '10 over 3' in een voorgetrokken 8 cm cirkel laten intekenen.

DEMENTIELE SYNDROMEN

Type dementie	Kenmerken	Medicamenteuze consequenties
Alzheimer	Geleidelijk geheugenverval met afasie, apraxie, agnosie of stoornis in uitvoerende functies. Gedragsverandering	Acetylcholine-esteraseremmer in beginstadium.
Vasculair	Acuut begin of sprongsgewijs geheugenverval met intacte herkenning, affectstoornissen; vaak andere neurologische verschijnselen.	Acetylsalicylzuur, adequate behandeling cerebrovasculaire risicofactoren (hypertensie, diabetes, etcetera).
Lewy body	Progressief; fluctuaties in cognitie / alertheid, visuele hallucinaties en parkinsonisme.	Geen klassieke antipsychotica, eventueel acetylcholinesterase-remmer.
Fronto-temporaal	Meestal eerst gedragsverandering, later geheugenverval.	Eventueel acetylcholine-esteraseremmer.
Parkinson	Eerst Parkinson, later traagheid, geheugenverval met intacte herkenning; geen afasie of apraxie.	Geen klassieke antipsychotica, eventueel acetylcholine-esterase-remmer. Verhoogd risico op delier

Opmerking

- Soms is er sprake van een mengbeeld van bovenstaande syndromen.

EVALUATIE

Diagnose Dementie	Kan huisarts stellen zonder verder aanvullend onderzoek via het geheugencentrum.
Lichte cognitieve stoornis	Dagelijks functioneren intact. Prognose: 1/3 verbetert, 1/3 stabiel, 1/3 dementie. Eventueel herhaling cognitief onderzoek is pas na 1 jaar zinvol. Via neuropsychologisch onderzoek is Mild Cognitive impairment (MCI) werkelijk vast te stellen.
Andere (co)morbiditeit	Zoals delier, depressie, angststoornis, psychose, NPH, Stoornis schildklierfunctie, hartfalen, medicatie, alcohol!
Verwijsredenen diagnostiek	Relatief jonge leeftijd (bijvoorbeeld < 65 jaar). Op indicatie verdere diagnostiek. Zie verwijswijzer.

VERWIJZING

Geheugenpolikliniek Isala	Relatief jonge leeftijd (< 70 jaar) of oudere leeftijd (>70) met weinig co-morbiditeit en vitaal bestaan. Op indicatie verdere diagnostiek. Verdenking MCI.
SOG-Ambulant	Patiënt op oudere leeftijd (>70) met co-morbiditeit of niet vitaal bestaan. Thuisbezoek; voor diagnostiek; beleid of complexiteit beloop (bv. lewy body, Parkinson), neuropsychologische klachten, angsten/hallucinaties. Bij vermoeden noodzaak

onvrijwillige zorg, mishandeling dan wel financieel misbruik.

Ergotherapie

Toegesпитst vanuit het [EDOMAH programma](#).

Noodbed

Niet een ELV -bed indien al duidelijk is dat het om blijvende plaatsing gaat. Bij uithuisplaatsing wegens gedrag of uitputting mantelzorgers plaatsing middels SO; contact opnemen met verpleeghuis en om dienstdoende SO vragen (24/7).

Indien er een ernstig nadeel (lees: gevaar) is en er is verzet tegen opname dan zal bij een crisissituatie een IBS beoordeling nodig zijn (Crisisdienst Dimence inschakelen en bed wordt geregeld door verpleeghuis van voorkeur) en als het een paar weken kan wachten zal het CIZ de toetsing van verzet/ bereidheid tot opname doen. Als er verzet is, doet de SO de RM-beoordeling. De SO heeft een verwijzing via zorgdomein nodig. Zie ook hulpdocument RM en IBS-procedures en de rollen van de huisarts, SO en casemanager.

Casemanager Dementie

Patiënt aanmelden voor casemanagement dementie bij het Netwerk dementie via dementie@careketens.nl of bij een van de zorgorganisaties.

- Centraal aanspreekpersoon voor patiënt en mantelzorgers.
- Coördinator voor andere hulpverleners en artsen.
- Bepaalt en bewaakt zorgbehoefte (zorgdiagnostiek), regelt zorg en hulp, geeft voorlichting en advies, initiëren APC en levenstestament, ondersteunt mantelzorgers.
- Voorkomen overbelasting, emotionele ondersteuning, regelen inzet vrijwilligers, informatie en advies, belangenbehartiging, respijtzorg. Initiëren dagopvang.
- Signalering ouderenmishandeling, financiële uitbuiting, initiëren bewindvoering, mentorschap.

ALGEMENE BEHANDELING

Voorlichting

Zie NHG standaard en NHG patiënten brieven. Schakel direct in het begin, ook als er nog diagnostische onduidelijkheden zijn een casemanager van netwerk dementie in voor verdere voorlichting en begeleiding

Niet medicamenteuze adviezen

Zie NHG standaard.

Rijvaardigheid

Denk er met name aan dat patiënt niet aan het verkeer mag deelnemen, hij/zij is ook niet verzekerd. indien diagnose gesteld is. Wel kan keuring CBR worden aangevraagd. Patiënten met een CDR 0,5 (MCI) of CDR 1 (lichte vorm van dementie) autorijden mits zij een rijtest van het CBR goed hebben doorstaan ([CDR score](#)). Patient vraagt deze rijtest zelf aan.

Medicamenteuze adviezen	Maakt afweging of gedrag een lijdensdruk of gevaar voor patiënt of omgeving vormt; zie beslisschema bij probleemgedrag (Verenso). Medicatie volgens multidisciplinaire richtlijn dementie .
Acetylcholineesteraseremmers	<ul style="list-style-type: none"> - Geen/weinig effect op geheugen, wel soms op afasie en activiteitsniveau. - Geeft soms juist verwardheid. Kans op maag/darm stoornissen. - Kans op (fatale) ritmestoornis - pas op indien cardiaal belast. - Het geheugencentrum houdt een registratie van de effecten bij. - 1e keus: dagelijks pleister rivastigmine 4,6 mg. Indien pleister-overgevoeligheid oraal galanta-mine via opbouwschema. Toediening via mantelzorg of thuiszorg.
Haldol	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluatie via heteroanamnese na 4-6 weken. <p>Bij ernstige onrust als geen oorzakelijke therapie mogelijk is: 0,5 mg - 3 mg (CBO 2005). Stoppen als onrust voorbij is. Bij Parkinson , lewy body dementie overweeg verwijzing.</p>
Zorgbegeleiding	Hiervoor dient bij voorkeur via de casemanager zogenaamde 'zorgdiagnostiek' plaats te vinden.