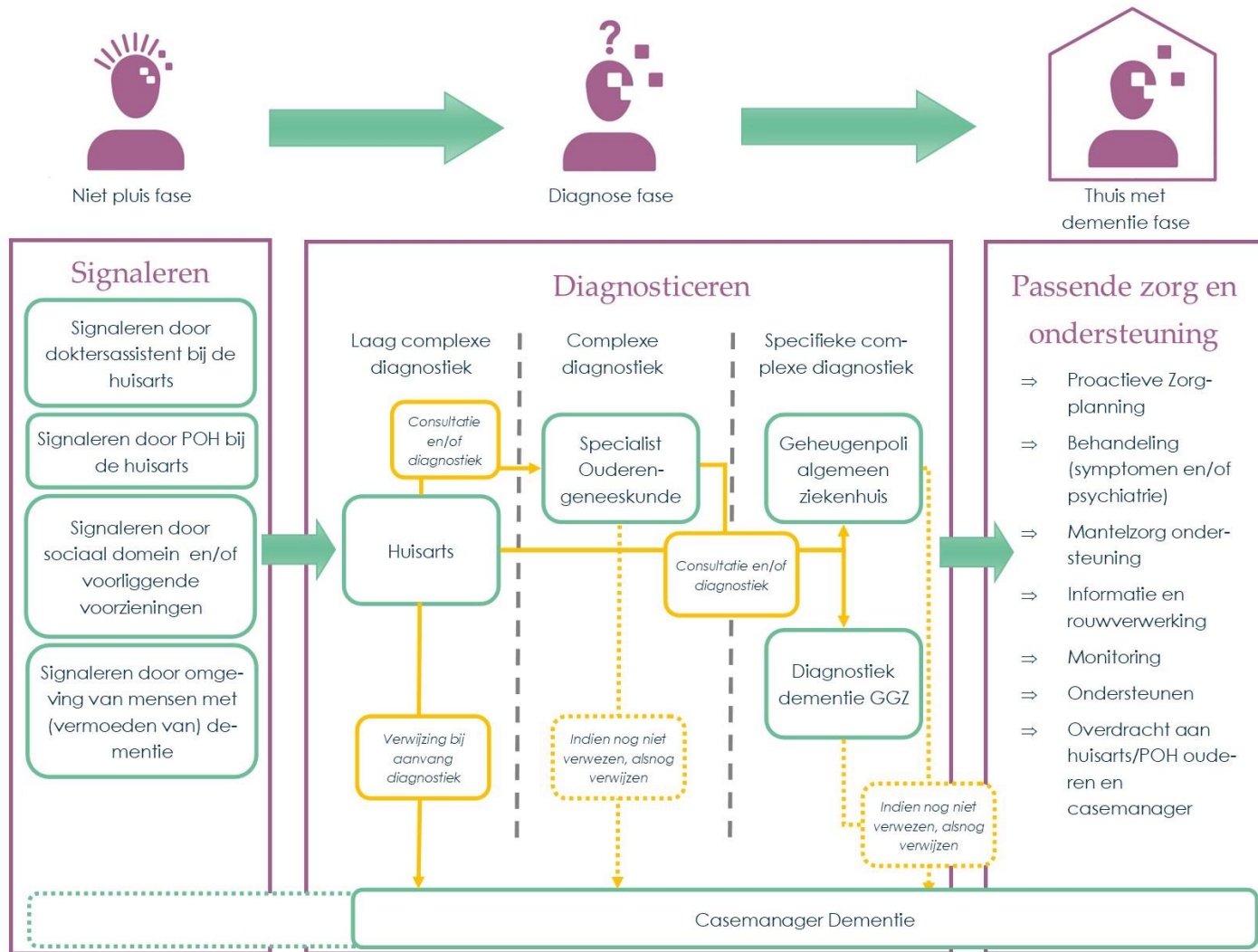


# Regionale werkafspraken diagnostiek bij (een vermoeden van) dementie

Regio Haaglanden 2022



## Inhoud

Regionale visie op diagnostiek bij (een vermoeden van) dementie	p 3
Stroomdiagram regionale werkafspraken diagnostiek bij (een vermoeden van dementie)	p 7
Aandacht voor specifieke doelgroepen en dementie	p 9
Mensen met zeer complex gedrag of een psychiatrisch beeld en (een vermoeden van) dementie	
Mensen met een migratie-achtergrond en (een vermoeden van) dementie	
Mensen met een verstandelijke beperking en (een vermoeden van) dementie	
Jonge mensen met (een vermoeden van) dementie	
De betrokken professionals en hun rollen, taken en verantwoordelijkheden	p 12
Contactgegevens in de regio	p 14
Bijlage I Uniform formulier verwijzing casemanagement dementie	p 17
Bijlage II Samenvatting instrumenten rondom vroeg signalering dementie en contouren voor toekomst	p 20

## Regionale visie op diagnostiek bij (een vermoeden van) dementie

Dementie ontwikkelt zich vaak sluimerend en de symptomen kunnen gevoelens van angst, onzekerheid en boosheid oproepen. Niet alleen de persoon met (een vermoeden van) dementie ervaart steeds meer beperkingen in het dagelijks leven, ook voor de naasten is het een ziektebeeld met vergaande gevolgen. Dementie is een van de ziektebeelden met het grootste verlies van **kwaliteit van leven**, niet alleen voor de persoon met dementie maar ook voor de **naasten**.

Wanneer mensen kwetsbaar worden, bijvoorbeeld door een zich ontwikkelend dementieel beeld, is het van belang dat zij in beeld zijn bij zorg- en hulpverleners die de kwetsbare persoon en zijn/haar naasten kunnen ondersteunen. Deze ondersteuning kan bestaan uit **informatie verstrekken**, **monitoring** om verslechtering tijdig te **signaleren** en daarop te anticiperen en **toeleiding naar diagnostiek**. Idealiter is de professional in de “niet-pluis fase” zo lang mogelijk betrokken totdat **overdracht** naar de casemanager dementie plaatsvindt. Hiermee wordt voorkomen dat de persoon met dementie en zijn/haar naasten “in een gat vallen” na de diagnose waarin zij in afwachting zijn van de start casemanagement dementie ten gevolge van eventuele wachtlijsten.

Bij elke schakel vindt er geruisloze en complete **informatieoverdracht** tussen de professionals in de dementieketen plaats. **Samenwerking** is cruciaal om een persoon met dementie en zijn/haar naasten zo min mogelijk te belasten met bijvoorbeeld herhaaldelijk onderzoek en herhaaldelijk afnemen van anamneses. Hierdoor ontstaat er tijd en ruimte om **proactief** met de persoon met dementie en de naasten af te stemmen welke wensen en behoeften er zijn, wat het netwerk om hen heen is en hoe dat netwerk maximaal ingezet kan worden. Nu, en in de toekomst zodat de persoon met dementie en de **mantelzorger** een voor hen **waardevol leven** kunnen blijven leiden.

Recent IGJ-onderzoek in de wijk Bouwlust-Vrederust toont aan dat **samenwerking** cruciaal is om goede zorg en ondersteuning aan kwetsbare mensen te kunnen verlenen. Ondersteunend aan die samenwerking zijn eenduidige **regionale en wijksamenwerkingsafspraken** noodzakelijk. Deze samenwerkingsafspraken in het kader van dementiediagnostiek zijn vastgelegd in deze regionale werkafspraken diagnostiek bij (een vermoeden van) dementie.

Het begint thuis. Mensen wonen langer thuis. Een logische beweging is dat ook zorg en diagnostiek **dichter bij huis** gaat plaatsvinden. De huisarts is de eerste toegang tot zorg en logischerwijs begint daarmee ook vaak dementiezorg bij de huisarts. Het krijgen van de diagnose dementie is voor de meeste mensen een zeer ingrijpende gebeurtenis. De wetenschap dat iemand niet meer beter wordt

is zeer belastend. Het heeft daarom de sterke voorkeur dat de diagnostiek wordt uitgevoerd door een professional die de persoon met (een vermoeden van) dementie goed kent, zodat er een **vertrouwensband** is of kan ontstaan. Vanuit een vaak langer bestaande relatie met de persoon (met vermoeden van) dementie en diens naasten is de huisarts bij uitstek het meest aangewezen om diagnostiek te verrichten. Daarnaast is de huisarts onderdeel van het lokale zorgnetwerk waardoor snel de juiste begeleiding en ondersteuning vanuit de wijk kan worden ingezet.

### Niet pluis-fase - Signaleren

De periode waarin de eerste signalen van dementie zich openbaren, tot aanvang van de diagnostiek wordt de “Niet-pluis fase” genoemd.

Pas als er een vermoeden van dementie is, kan een nadere analyse plaatsvinden. **Signaleren** van dementie is in een vroeg stadium van dementie complex, doordat de uitingen van dementie (en de belemmeringen als gevolg daarvan) zo divers kunnen zijn als de diversiteit in personen zelf. Indien de **dementie zich op een jonge leeftijd** aandient (<65 jaar), of bij personen met een migratie-achtergrond of een verstandelijke beperking of als er sprake is van ernstige **gedragsproblematiek en/of psychiatrie** is vroeg signalering nog complexer en vereist extra kennis en vaardigheden.

In de niet-pluis fase is het van belang dat de persoon en zijn/haar naasten in beeld zijn bij een professional die hen gedurende de **hele niet-pluisfase kan ondersteunen**, de juiste zorg en toeleiding kan verzorgen op het moment dat de kwetsbaarheid toeneemt en van de nodige inzichten en informatie kan voorzien. Deze professional focust zich ook op de **belastbaarheid van de naasten** van deze kwetsbare persoon. Met toenemende kwetsbaarheid, zoals in geval van dementie, zal er in de meeste situaties sprake van een toenemende belasting voor de naasten zijn.

Wanneer een diagnose **meerwaarde** heeft dient de ondersteunende professional in de niet-pluisfase de weg te kennen richting diagnostiek. Veelal zal in eerste instantie de aandacht uitgaan in het motiveren van de persoon met dementie en zijn/haar naasten in het besluit om naar de huisarts te gaan voor diagnostiek. Niet iedereen is daar direct klaar voor en dat dient gerespecteerd te worden. Echter, wanneer de persoon met een vermoeden van dementie kwetsbaarder wordt, kan het noodzakelijk zijn om de persoon en/of zijn/haar naasten te stimuleren om de huisarts hier over te **informer**en in het belang van de persoon met dementie zelf. **Netwerkvorming in de wijk** is zeer belangrijk. Korte lijnen tussen professionals in de wijk (sociaal domein, maatschappelijk domein en medisch domein) bevorderen het tijdig inzetten van de juiste ondersteuning en begeleiding.

## Diagnostiek

Diagnostiek is niet het hoogste doel. De diagnose dementie is een **ingrijpende diagnose**, niet in de laatste plaats omdat er (nog) geen behandeling mogelijk is en dementie een progressief beeld kent van achteruitgang. Of diagnostiek van meerwaarde is, is afhankelijk van vele factoren en dient zorgvuldig bepaald te worden door een professional. Echter, wanneer een persoon met (het vermoeden van) dementie gediagnosticeerd wordt, is het vaak ook mogelijk om meer zorg en ondersteuning in te zetten om de persoon met dementie en de naasten zo veel **mogelijk kwaliteit van leven te laten behouden**.

Zo mogelijk vindt de diagnostiek bij de persoon met dementie thuis plaats. De huisarts is de eerste schakel in de diagnostiek en kan conform de NHG Standaard Dementie vaak de diagnostiek zelf verrichten, ondersteund door de POH ouderen. Uitsluitend in geval van complexe dementievraagstukken consulteert of verwijst de huisarts naar de specialist ouderengeneeskunde in de 1<sup>e</sup> lijn, de geheugenpoli van het algemeen ziekenhuis of, in geval van ernstige gedragsproblematiek en/of psychiatrisch beeld met dementie naar de afdeling diagnostiek dementie van de Geestelijke GezondheidsZorg (GGZ).

De huisarts **verwijst door** naar de 1,5<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> lijn met gebruikmaking van een digitale verwijsomgeving die regionaal is geïmplementeerd bv. Zorgdomein. Deze omgeving (Zorgdomein) is zodanig ingericht dat alleen bij een volledig dossier kan worden verwezen. Dit met als doel onnodige vertraging en dubbele onderzoeken te voorkomen. Er vindt altijd **terugkoppeling** plaats naar de verwijzer, dan wel met de uitkomsten van de 1,5<sup>e</sup> lijns of 2<sup>e</sup> lijns diagnostiek dan wel met handvatten voor de huisarts om de diagnostiek zelf uit te voeren omdat verwijzing in dat geval niet op zijn plaats is. Idealiter vindt de terugkoppeling naar de huisarts plaats middels direct intercollegiaal overleg (bv. telefonisch overleg) zodat er kennis – casuïstiek verheldering en/of afstemming kan plaats vinden tussen specialist en generalist.

Diagnostiek bij dementie behelst niet alleen **ziektediagnostiek** (is er daadwerkelijk sprake van dementie en welke vorm?) maar ook **zorgdiagnostiek** (welke zorg en ondersteuning is nodig voor de persoon met dementie en zijn/haar naasten?). Diagnostiek wordt conform de Zorgstandaard Dementie 2020 integraal uitgevoerd; gericht op het lichamelijke, psychische, functionele en sociale domein.

Wanneer de diagnostiek start, en er is nog geen verwijzing naar een casemanager dementie geweest, dan kan er al een verwijzing naar de **casemanager dementie** worden gedaan conform het “Uniforme formulier verwijzing casemanagement dementie”.

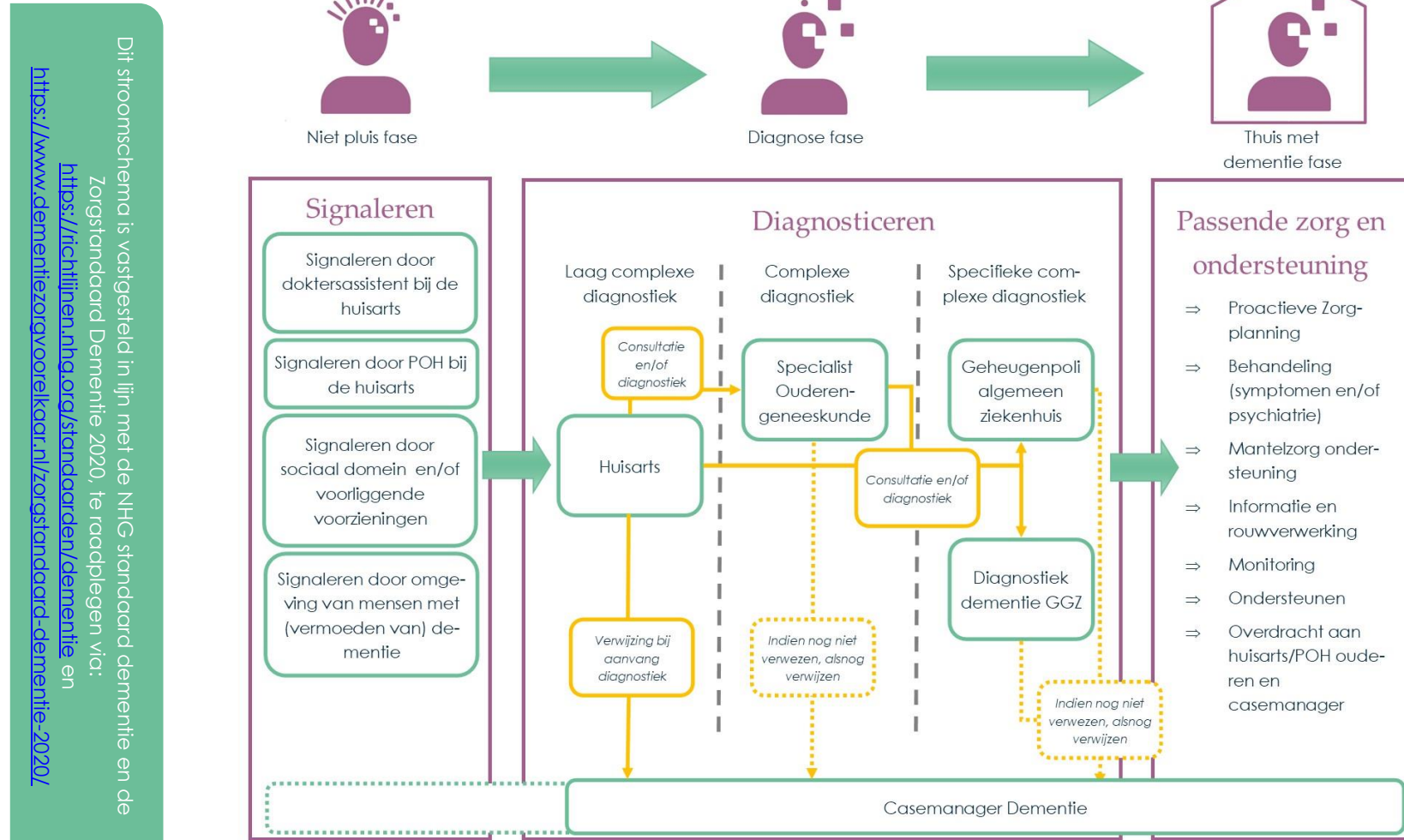
Wanneer eenmaal een diagnose gesteld is, dient **passende zorg en ondersteuning te worden** ingezet. Hierbij moet oog zijn en blijven voor hoe de **mantelzorger** ondersteund kan worden om de mantelzorgtaken zo lang mogelijk vol te blijven houden, maar ook kwaliteit van leven te behouden.

### Na de diagnose

Het diagnostisch traject is een schakel in de dementieketen. Er is geen harde “start” of “eind” aan diagnostiek maar overgang van fasen. Na de “diagnosefase” volgt de “thuis met dementiefase”. In deze fase is het van belang om stil te staan bij de wensen en behoeften van de persoon met dementie en zijn/haar naasten, nu en in de toekomst. Idealiter werkt de huisarts hierin samen met de casemanager dementie. Bij deze **proactieve zorgplanning** wordt niet alleen stilgestaan bij hele concrete vragen als “wat te doen bij ziekte – wel of niet insturen” en “wie is de wettelijk vertegenwoordiger wanneer u ter zake wilsonbekwaam wordt” maar ook “waar ontleent u levensvreugde en zingeving aan, en hoe kunnen we zorgen dat u dit kan voortzetten ondanks de dementie”. Wederom vraagt dit om maatwerk.

Na de diagnose is het van belang om tot een **integrale ondersteuning en zorgverlening** te komen met het lokale netwerk. Dit kan op velerlei manieren; alzheimer cafés voor informatie, lotgenotencontact, mantelzorggroepen en KOPzorg groepen ter ondersteuning, casemanagement dementie voor praktische, proactieve ondersteuning, verzorging voor ondersteuning bij het wassen en aankleden, bezoeken van een ontmoetingscentrum, dit is slechts een greep uit het veelzijdige aanbod voor mensen met dementie en hun naasten.

## Stroomdiagram regionale werkafspraken diagnostiek bij (een vermoeden van dementie)



## Signaleren conform NHG standaard dementie

De NHG-standaard dementie geeft de volgende aandachtspunten met betrekking tot vroeg signalering van dementie:

- Veelvoorkomende signalen van dementie zijn geheugenklachten, sociaal onaangepast gedrag en stoornissen in de uitvoerende functies.
- Wees alert op minder specifieke signalen, zoals:
  - schaafwonden, schrammen of blaren
  - valneiging en/of loopstoornissen
  - affectieve klachten, zoals apathie, depressie en angst
  - verwardheid, concentratie- en oriëntatiestoornissen
  - gedragsproblemen (rusteloosheid, agressie, hallucinaties)
  - gewichtsverandering of veranderde eetlust
- Wees ook alert op signalen uit de omgeving van de patiënt of van andere hulpverleners, bijvoorbeeld als de apotheker meldt dat een patiënt zijn medicatie niet meer komt ophalen.

Naast de aanbevolen aandachtspunten voor vroeg signalering van dementie vanuit de NHG, zijn er diverse andere signaleringstools in omloop. Voor een opsomming van een aantal gebruikte tools in de regio zie ook bijlage II of via de website van VTZ: <https://transmuralezorg.nl/kennisbank/factsheet-signaleren-bij-dementie/>

## Verwijzing naar casemanagement dementie

*Het streven is om alle mensen met (een vermoeden van) dementie vanaf de start van het diagnostisch traject een vast coördinatie- en aanspreekpunt (casemanagement dementie) aan te bieden voor zichzelf, mantelzorger(s) én alle betrokken professionals.*  
– Zorgstandaard dementie 2020

Bij aanvang van het diagnostisch traject verwijst de huisarts naar een casemanager dementie middels het formulier in bijlage 1. (ideaaliter gebeurt dit via Zorgdomein). Indien de persoon met dementie en/of zijn/haar naasten nog geen behoefte hebben aan casemanagement dementie is het hen uiteraard vrij om er (nog) geen gebruik van te maken. Echter is het, gezien de wachtlijsten en soms acute behoefte aan casemanagement dementie raadzaam om wel vast te verwijzen zodat wanneer de behoefte er wel is, casemanagement dementie snel van start kan gaan.



## Aandacht voor specifieke doelgroepen en dementie

### Mensen met zeer complex gedrag of een psychiatrisch beeld en (een vermoeden van) dementie

Indien zeer complex gedrag of een psychiatrisch beeld op de voorgrond staat, kan diagnostiek van dementie specifieke kennis en vaardigheden vereisen. Verwijzing naar een ambulante geriatrie team van de GGZ is dan geïndiceerd.

Patiënten met een (vermoeden van) cognitieve stoornissen in combinatie met (neuro)psychiatrische problematiek. Meer specifiek:

- Depressie- of angstklachten als gevolg van de cognitieve problemen.
- Gedragsveranderingen als gevolg van de cognitieve problemen
- Trauma gerelateerde klachten komen meer naar voren als gevolg van de cognitieve problemen
- Persoonlijkheidspathologie en gedragsproblemen nemen toe als gevolg van de cognitieve problemen.
- Psychotische of delirante kenmerken vermoedelijk in het kader van cognitieve problemen.
- Systeemproblematiek als gevolg van beginnende cognitieve problemen.

Het kan dus gaan om patiënten met een (vermoeden van) uitgebreide of beperkte cognitieve stoornissen in combinatie met (neuro)psychiatrische problematiek.

Zie "Contactgegevens in de regio" voor de contactgegevens van de GGZ aanbieders in de regio Haaglanden.

### Mensen met een migratieachtergrond en (een vermoeden van) dementie

Diagnostiek bij mensen met een migratieachtergrond is enerzijds complex omdat niet-westerse migrantenouders vaak minder gebruik maken van reguliere zorg dan westerse ouders. Deze groep komt hierdoor beperkt in beeld en worden signalen van dementie niet altijd tijdig opgemerkt. Daarnaast is het vaststellen van dementie zeer complex indien er sprake is van een taalbarrière, een andere beleving van ziekte en gezondheid, of wanneer een diagnostisch instrument algemene kennis en de vaardigheid van westers schrift en taal vereist.

Om mensen met een migratie-achtergrond in beeld te krijgen t.b.v. signalering van dementie en ook om mogelijkheden te hebben voor hetero anamnese is het van groot belang om de sociale kaart goed te kennen.

Indien het niet lukt om bij de huisarts of SO in de 1<sup>e</sup> lijn reguliere diagnostiek van dementie te doen bij iemand met een niet-westerse migratieachtergrond, kan het van meerwaarde zijn om horizontaal te verwijzen, bijvoorbeeld naar een GZ-psycholoog, idealiter met kennis en ervaring van niet-westerse culturen en talen.

De NHG standaard doet de volgende aanbevelingen voor diagnostiek bij mensen met een vermoeden van dementie en laaggeletterdheid en/of een niet-westerse migratieachtergrond:

*“Overweeg de Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS); af te nemen bij laaggeletterden, al dan niet met een niet-westerse migratieachtergrond, indien afname van de Mini-Mental State Examination (MMSE) en de Kloktekentest bij hen niet mogelijk is.*

- *Besteed aandacht aan de belasting voor de mantelzorger en informeer naar diens behoefte aan ondersteuning.*
- *Wees extra alert bij mantelzorgers met een niet-westerse migratieachtergrond: zij beschouwen hun taak vaak als vanzelfsprekend en vragen daardoor minder snel om hulp.* “ – NHG standaard dementie

Uit de praktijk blijkt diagnostiek bij mensen met een niet-westerse migratieachtergrond veelal dermate complex dat verwijzing naar de geheugenpoli in het ziekenhuis geïndiceerd is.

### **Mensen met een verstandelijke beperking en (een vermoeden van) dementie**

Het vaststellen van dementie bij mensen met een (al dan niet gediagnosticeerde) verstandelijke beperking is complex omdat in de reguliere diagnostiek bij dementie uitgegaan wordt van een persoon met een zekere mate van intelligentie en een zekere mate van ontwikkelde vaardigheden. Mensen met verstandelijke beperking kunnen dergelijke vaardigheden geheel niet hebben verworven waardoor de achteruitgang die vaak kenmerkend is bij dementie, moeilijk vast te stellen is. Bij de diagnostiek van dementie bij mensen met een verstandelijke beperking is het dan ook cruciaal om daarin samen te werken met een professional en/of naaste die weet welke ontwikkeling en vaardigheden de persoon met de verstandelijke beperking in zijn/haar leven doorgemaakt heeft en op welke vlakken nu hiaten lijken te zijn. Samenwerking met een arts in de verstandelijke gehandicaptenzorg kan hierin bijdragen.

## Jonge mensen met (een vermoeden van) dementie

Dementie ontwikkelt zich in sommige gevallen al voor de leeftijd van 65 jaar. In dat geval wordt er gesproken over jonge mensen met (een vermoeden van) dementie. De NHG standaard is hierover helder en verwijzing naar de geheugenpoli van een algemeen ziekenhuis is geïndiceerd.

### Signalen bij jonge patiënten

- Bij patiënten < 65 jaar zijn de eerste tekenen van dementie meestal veranderingen in gedrag, persoonlijkheid en functioneren: op het werk bijvoorbeeld problemen met nieuwe of complexe taken; in het gezin bijvoorbeeld verlies van interesse in of overzicht over het huishouden.
- Regelmatig staan geheugenklachten niet op de voorgrond.
- Het niet aanslaan van de behandeling voor een depressie of burn-out kan een aanwijzing zijn voor dementie.

### Signaleringstests

- Er zijn enkele eenvoudige vragenlijsten beschikbaar om dementie te signaleren, maar geen enkele signaleringstest is voldoende betrouwbaar. Deze tests worden daarom niet aanbevolen.
- Als een patiënt zich op het spreekuur presenteert met (een vermoeden van) geheugenklachten, zie Stap 2: diagnostiek. “ – NHG standaard dementie

## De betrokken professionals en hun rollen, taken en verantwoordelijkheden

Professional	Fase	Niet Plus fase	Diagnostiek fase	Thuis met dementie fase
Huisarts		<b>Signaleren</b> kwetsbaarheid <b>Bepalen</b> geschikt moment voor aanvang diagnostiek	<b>Diagnostiek</b> conform NHG standaard tenzij hoog complex, dan consultatie of verwijzing naar 1,5 <sup>e</sup> of 2 <sup>e</sup> lijn <b>Verwijzing</b> naar casemanagement dementie conform uniform formulier	<b>Monitoring</b> Actieve rol in <b>MDO</b> t.b.v. afstemming i.h.k.v. proactieve zorgplanning Brengt casemanager dementie op hoogte van relevante <b>informatie</b> .
Casemanager dementie		Beschikbaar voor <b>consultatie</b>	Start <b>zorg</b> bij aanvang diagnostiek traject en in ieder geval binnen 6 weken na aanmelding. Actief verzamelen van <b>informatie</b> om dubbel uitvragen van informatie te voorkomen	<b>Monitoring</b> <b>Ondersteuning</b> persoon met dementie en mantelzorg Ontvangen van <b>overdracht</b> bij aanvang zorgtraject <b>Afstemming</b> zorg en ondersteuning met professionals (via MDO) i.h.k.v. proactieve zorgplanning <b>Verbinding</b> in wijknetwerk zoeken en behouden
POH – Ouderen		<b>Signaleren</b> kwetsbaarheid middels gevalideerde meetinstrumenten <b>Toeleiding</b> diagnostiek	<b>ondersteunen huisarts</b> in diagnostiek, bijvoorbeeld middels uitvoeren test, dossier compleet maken	Organiseren van <b>MDO</b> t.b.v. afstemming i.h.k.v. proactieve zorgplanning
Doktersassistent huisarts		<b>Signaleren</b> kwetsbaarheid <b>Toeleiding</b> diagnostiek	<b>Ondersteunen huisarts</b> bij diagnostiek, bijvoorbeeld ondersteunen lab- onderzoek	
Sociaal domein		<b>Signaleren</b> kwetsbaarheid <b>Ondersteunen</b> <b>Monitoring</b> <b>Toeleiding</b> diagnostiek	<b>Ondersteunen persoon met dementie</b> en naasten tijdens diagnostiek traject, in ieder geval tot casemanager dementie gestart is.	<b>Ondersteunen</b> van persoon met dementie en naasten. <b>Overdracht</b> aan casemanager dementie
Specialist Ouderen- geneeskunde in de 1 <sup>e</sup> lijn		<b>Signaleren</b> kwetsbaarheid	<b>Consultatie</b> aan huisarts <b>Diagnostiek</b> na verwijzing vanuit huisarts. <b>Triage</b> bij verwijzing naar 1,5 <sup>e</sup> lijn voor diagnostiek, telefonische terugkoppeling indien verwijzing niet op zijn plaats is en middels consultatie de huisarts ondersteunen in diagnostiek in 1 <sup>e</sup> lijn. Volledige <b>terugkoppeling</b> na diagnostiek aan huisarts over bevindingen en diagnose.	<b>Behandeling</b> en/of ondersteuning in complexe situaties totdat situatie stabiel genoeg is voor terugleggen bij huisarts. Draagt zorg voor volledige <b>informatieoverdracht</b> aan huisarts. Eventueel <b>afstemming</b> zorg en ondersteuning met professionals (via MDO) i.h.k.v. proactieve zorgplanning

		<p>Zo nodig <b>afstemming</b> met huisarts over vervolgtraject (behandeling, medicatie, specifieke klachten).</p>	
<p><b>Internist- Ouderengeneeskunde of neuroloog geheugenpoli Algemeen Ziekenhuis</b></p>		<p><b>Consultatie</b> aan huisarts <b>Diagnostiek</b> na verwijzing vanuit huisarts of specialist ouderengeneeskunde. <b>Triage</b> bij verwijzing naar 2<sup>e</sup> lijn voor diagnostiek, telefonische terugkoppeling indien verwijzing niet op zijn plaats is en middels consultatie de huisarts ondersteunen in diagnostiek in 1<sup>e</sup> lijn. Volledige <b>Informatieoverdracht</b> na diagnostiek aan huisarts over bevindingen en diagnose. Zo nodig <b>afstemming</b> met huisarts over vervolgtraject (behandeling, medicatie, specifieke klachten).</p>	
<p><b>Ambulant (geriatrie)team van de GGZ</b></p>		<p><b>Consultatie</b> aan huisarts. <b>Diagnostiek</b> na verwijzing vanuit huisarts of specialist ouderengeneeskunde via Zorgdomein. <b>Triage</b> bij verwijzing naar 2<sup>e</sup> lijn voor diagnostiek, telefonische terugkoppeling indien verwijzing niet op zijn plaats is en middels consultatie de huisarts ondersteunen in diagnostiek in 1<sup>e</sup> lijn. Volledige <b>terugkoppeling</b> na diagnostiek aan huisarts over bevindingen en diagnose. Zo nodig <b>afstemming</b> met huisarts over vervolgtraject (behandeling, medicatie, specifieke klachten, inzet casemanagement).</p>	<p><b>Behandeling</b> van complex gedrag en/of psychiatrie i.c.m. dementie</p>

## Contactgegevens in de regio

### Consultatie of verwijzing naar de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn

Via Zorgdomein. Aanbieders van SO in de eerste lijn zijn: Florence, Gericall, HWW, Novicare, Respect en WZH.

#### Florence

Consultatie Specialist ouderengeneeskunde 1<sup>e</sup> lijn kan telefonisch via het medisch secretariaat op 070 754 24 69 of 06 3985 1247, of via de mail via [ouderenpoli@florence.nl](mailto:ouderenpoli@florence.nl).

#### Gericall

Consultatie Specialist ouderengeneeskunde 1<sup>e</sup> lijn kan telefonisch via 085 808 14 67 of via de mail via [home@gericall.nl](mailto:home@gericall.nl).

#### HWW

Consultatie Specialist ouderengeneeskunde 1<sup>e</sup> lijn kan via het medisch secretariaat op werkdagen van 08:30 tot 17:00 telefonisch via 06 3512 1867 of via de mail via [so.eerstelijns@hwwzorg.nl](mailto:so.eerstelijns@hwwzorg.nl).

#### Novicare

Consultatie Specialist ouderengeneeskunde kan via het regiokantoor telefonisch via 070 808 02 52.

#### Respect

Consultatie Specialist ouderengeneeskunde 1<sup>e</sup> lijn kan telefonisch via 070 306 10 20 of 06 4589 2762.

#### WZH

Consultatie Specialist ouderengeneeskunde 1<sup>e</sup> lijn kan telefonisch via het medisch secretariaat op 070 756 27 50 (regio Den Haag) en 070 756 24 19 (regio Voorburg/ Leidschendam).

Klik voor meer informatie op [deze link](#).

### Consultatie of verwijzing naar de geheugenpoli van het ziekenhuis (HAGA/HMC)

Verwijzen via Zorgdomein.

## Consultatie of verwijzing naar de afdeling diagnostiek Dementie binnen de GGZ

### Parnassia

Verwijzen via Zorgdomein.

Verwijzen naar het ambulante en outreachende geriatrie team van Parnassia kan telefonisch via 088 357 57 99 (Carel Reinerszkade en Leggelostraat) en 088 357 53 57 (President Kennedylaan) of per mail via [SecretariaatSpecialistischOuderen@parnassia.nl](mailto:SecretariaatSpecialistischOuderen@parnassia.nl) of [verdeelteamouderen@parnassia.nl](mailto:verdeelteamouderen@parnassia.nl).

### Rivierduinen

Verwijzen gaat via Zorgdomein. Verwijzers kunnen voor consultatie over diagnostiek en/of behandeling van co-morbide psychiatrische stoornissen telefonisch contact opnemen via 088 224 43 33.

## Consultatie of verwijzing bij diagnostiek in een klinische setting

### Binnen verpleeghuissetting

Florence Westhoff biedt psychogeriatrische revalidatie (voor ouderen met pre-existente cognitieve stoornissen of dementie) met als hoofddoel terugkeer naar huis. Dit houdt ook in dat screening of ziektediagnostiek op het cognitieve domein ten behoeve van indicatiestelling een optie is. Aanmelding kan binnen kantoortijden via Zorgdomein.

Saffier Swaenehove biedt een PG screeningsafdeling, aanmelding binnen kantoortijden via Zorgdomein.

WZH Sammersbrug biedt een PG screeningsafdeling, aanmelding binnen kantoortijden via Zorgdomein.

### Binnen GGZ setting

Voor klinische opname bij Parnassia t.b.v. diagnostiek kan contact opgenomen worden met het opnamebureau: 06 1092 3183.

NB: Een huisarts kan niet rechtstreeks verwijzen naar kliniek Parnassia. Dit loopt via het ambulante team of via de crisisdienst. Door een van deze 2 teams wordt beoordeeld of opname noodzakelijk is en zet in dat geval het opname-proces in gang.



## Bijlage 1 Uniform formulier aanvraag casemanagement dementie

Aanvrager kan zijn: huisarts, POH-ouderen, wijkverpleging, geheugenpoli ZH, geheugenpoli GGZ, mantelzorger

Minimaal benodigde gegevens over persoon met dementie	
Burgerservicenummer (BSN)	
Geslacht	<input type="checkbox"/> Dhr. <input type="checkbox"/> Mw.
Naam	
Adres	
Geboortedatum	
Telefoonnummer	
Verzekering	Verzekeraar:  Verzekeringsnummer:
Te contactpersoon	Naam:  Telefoonnummer:
Informatie over diagnosestelling	Type diagnose:  Door wie vastgesteld:  Datum van vaststelling:

### Gewenste informatie i.v.m. voorspoedig verloop ondersteuningstraject

Sociale context persoon met dementie (denk aan gezinssituatie, of er sprake is van zorgmijding)	Bijgevoegd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zorgprofessionals die reeds bij persoon betrokken zijn	Bijgevoegd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Diagnosebrief met handtekening van verwijzer en/of logo van organisatie	Bijgevoegd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Medicatiegebruik	Bijgevoegd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Medische episodelijst	Bijgevoegd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Resultaten bloedonderzoek	Bijgevoegd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Resultaten neuropsychologisch onderzoek (NPO)*	Bijgevoegd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

\* Als bijlage toevoegen



## Bijlage II Samenvatting instrumenten rondom vroeg signalering dementie en contouren voor toekomst

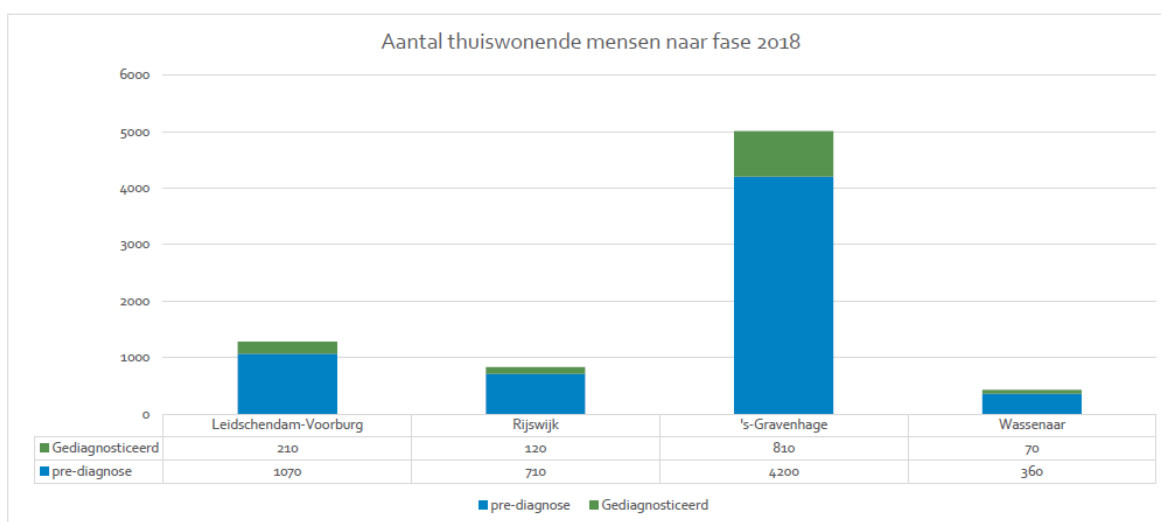
### Vroeg signalering dementie – het hoe en waarom

In regio Haaglanden zien we dat van alle mensen die signalen van dementie ervaren slechts 16% gediagnosticeerd is. Dit hoeft geen probleem te zijn. De diagnose is namelijk een behoorlijk ingrijpende gebeurtenissen en soms kan het prettiger te zijn door te leven zonder te weten wat diagnose en bijbehorende prognose is.

Echter zien we ook mensen die, doordat er geen diagnostiek heeft plaatsgevonden, niet de juiste zorg en ondersteuning krijgen. Een deel van deze mensen raakt in crisis waardoor zij uiteindelijk genoodzaakt zijn om naar het ziekenhuis of verpleeghuis te gaan voor acute/crisis zorg. Dit had in veel gevallen voorkomen kunnen worden indien er proactieve zorgplanning had plaatsgevonden en de-escalatie vanuit dementiezorg. Die dementiezorg is vaak pas beschikbaar op het moment dat de diagnose is gesteld.

Het al dan niet starten van een diagnostisch traject is maatwerk. Op basis van signalen kan de zorgprofessional de afweging maken of diagnostiek in de situatie helpend is of dat monitoring op dat moment beter passend is.

In beide gevallen (start van diagnostisch traject en monitoring) is het van belang dat signalen van dementie opgemerkt en adequaat opgepakt worden.



Figuur 3: Thuiswonende mensen met dementie (al dan niet) gediagnosticeerd. Bron: WoonZorgwijzer (2018)

Er zijn vele signaleringsinstrumenten voor signalering van dementie. Sommige instrumenten richten zich op het grote publiek, andere signaleringsinstrumenten richten zich op zorgprofessionals, van doktersassistenten en verzorgenden tot verpleegkundigen en artsen. Op de volgende pagina volgen een aantal instrumenten en hulpmiddelen per doelgroep

Signaleringsstool: De 10 signalen van dementie:

1. Vergeten van nieuwe informatie
2. Problemen met dagelijkse handelingen
3. Vergissing met tijd en plaats
4. Taalproblemen
5. Kwijtraken van spullen
6. Beoordelingsvermogen
7. Terugtrekken uit sociale activiteiten
8. Veranderingen in gedrag en karakter
9. Onrust
10. Visuele problemen (problemen met zien)

(Bron: Alzheimer Nederland)

### Vroegsignaleren van dementie

Ook u kunt zorgen dat cliënten met signalen van dementie tijdig adequate zorg en hulp krijgen.

#### Hoe?

Let tijdens uw werk bij cliënten onder andere op de volgende mogelijke signalen van dementie:

- ▶ Achterdochtig zijn (vroeger niet).
- ▶ Laten liggen van bedorven voedsel in koelkast.
- ▶ Niet goed meer kunnen bedienen van apparaten, zoals koffiezetapparaat, wasmachine en tv.
- ▶ Onverzorgd uitzien (vroeger niet).
- ▶ Telkens vergeten welke dag het is.
- ▶ Telkens herhalen van dezelfde vragen of verhalen.
- ▶ Verdwalen op bekend terrein.
- ▶ Vergeten van afspraken (vroeger niet).
- ▶ Voortdurend zoeken naar spullen (vroeger niet).

Herkent u één of meerdere van deze signalen?

Besprek deze problemen met de cliënt en geef het advies om de problemen te bespreken met de huisarts.

Bron: Signaalkaart uit Zorg voor veilig module Vroegsignalering van dementie 2011

### Omgaan met 'niet pluis' gevoelens

Het kan voorkomen dat een consult of ander contact met een patiënt leidt tot twijfels over het cognitief functioneren van die persoon. Een hulpmiddel om die 'niet-pluis' gevoelens te concretiseren is de Observatielijst voor vroege symptomen van Dementie (OLD). Deze observatielijst helpt om de signalen te ordenen en te scoren. <https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Dementie/OLD.pdf>

Wanneer naasten op het spreekuur komen met vragen over een patiënt waarbij een vermoeden van dementie ontstaat, dan kan de Verkorte Informant Vragenlijst over Cognitieve Achteruitgang bij Ouderen (IQCODE-N) meegenomen of afgenomen worden. Ook hieruit volgt een score die gebruikt kan worden om te bepalen om wel of niet een diagnostisch traject te starten. [http://www.psychiatrienet.nl/system/subcategories/pdf1s/000/053/211/original/IQCODE-N\\_vragenlijst.doc.pdf?1396886000](http://www.psychiatrienet.nl/system/subcategories/pdf1s/000/053/211/original/IQCODE-N_vragenlijst.doc.pdf?1396886000)

### NHG standaard M21 Dementie (2020)

Veelvoorkomende signalen van dementie zijn geheugenklachten, sociaal onaangepast gedrag en stoornissen in de uitvoerende functies.

Wees alert op minder specifieke signalen, zoals:

- schaafwonden, schrammen, blaren
- valneiging en/of loopstoornissen
- affectieve klachten, zoals apathie, depressie en angst
- verwardheid, concentratie- en oriëntatiestoornissen
- gedragsproblemen (rusteloosheid, agressie, hallucinaties)
- gewichtsverandering of veranderde eetlust

Wees ook alert op signalen uit de omgeving van de patiënt of van andere hulpverleners, bijvoorbeeld als de apotheker meldt dat een patiënt zijn medicatie niet meer komt ophalen.

### **Signaleren van dementie bij mensen met een verstandelijke beperking**

Gedragsveranderingen die kunnen wijzen op dementie zijn lastiger te signaleren bij mensen die door bijvoorbeeld verstandelijke beperking al opvallend gedrag laten zien. Daarbij is het zo dat bepaalde oorzaken van de verstandelijke beperking, bijvoorbeeld downsyndroom, een verhoogd risico op dementie geeft. Vandaar dat ook deze doelgroep extra aandacht behoeft als het gaat om signaleren en begeleiden bij dementie. Signaleren van dementie bij mensen met een verstandelijke beperking richt zich vooral op functieverlies. Wanneer mensen met een verstandelijke beperking vaardigheden verliezen of moeilijker kunnen uitvoeren, moet er gedacht worden op mogelijk cognitieve achteruitgang als gevolg van dementie. Hierbij is het van belang om de persoon goed te kennen, zodat bekend is welke vaardigheden al wel had en verloren heeft, en welke vaardigheden hij/zij nooit ontwikkeld heeft.

*Bron: Zorgstandaard Dementie 2020*

### **Signaleren van dementie bij mensen met een migratieachtergrond**

Het signaleren van dementie bij mensen met een migratieachtergrond heeft een aantal complicerende factoren. Zo kan een taalbarrière veroorzaken dat signalen niet goed opgevangen worden. Ook is er in sommige culturen een andere zienswijze op dementie, het kan voorkomen dat mensen dementie een als een onderdeel zien van het ouder worden. Daarbij speelt er vaak schaamte binnen families en wordt veel in het informele netwerk opgevangen waardoor zij niet naar de huisarts komen voor onderzoek of ondersteuning. Mensen met een bepaalde afkomst (Marokkaanse, Turkse, Surinaams-Hindoestaanse achtergrond) hebben een hoger risico (3 tot 4 keer zo hoog) op het ontwikkelen van dementie dan mensen met een (meerdere generaties) Nederlandse achtergrond.

Bij het signaleren en vooral het bespreekbaar maken van een vermoeden van dementie kan het helpen om bij mensen met een migratieachtergrond gebruik te maken van de SignaLeren films van Alzheimer Nederland.). Deze films zijn beschikbaar in Nederlands, Turks, Berbers en Arabisch (<http://signaleren.alzheimer-nederland.nl/>).

*Bron: Zorgstandaard Dementie 2020*

### **Signaleren van dementie bij jonge mensen (<65 jaar)**

Dementie komt ook voor bij jonge mensen. De signalen van dementie zijn anders dan bij de oudere groep mensen met dementie. Jonge mensen met dementie ervaren veel vaker veranderingen in gedrag, persoonlijkheid en functioneren terwijl het geheugen nog goed functioneert. Vaak hebben deze mensen moeite met overzicht behouden in hun activiteiten, veelal werken jonge mensen met dementie nog en wordt al snel gedacht aan een burn-out. Het niet aanslaan van de behandeling voor een depressie of burn-out kan een aanwijzing zijn (NHG 2010). De weg van eerste signalen naar diagnostiek duurt bij jonge mensen met dementie gemiddeld 4,4 jaar.

*Bron: Zorgstandaard Dementie 2020*

## Signaleren van probleemgedrag bij dementie en bij een combinatie van Dementie en psychiatrie

Mensen met dementie doen soms dingen die anderen niet begrijpen, of vertonen gedrag dat door deze persoon zelf en/of zijn omgeving als moeilijk hanteerbaar en problematisch worden ervaren. Dit komt heel vaak voor. Zo'n 80 tot 90 procent van de mensen met dementie vertoont vroeg of laat ander (problematisch) gedrag. Het probleemgedrag kan voortkomen uit een psychiatrisch beeld, en/of een symptoom zijn van een (zich ontwikkelende) dementie. Vooral als er sprake is van een premorbide psychiatrisch beeld, of ernstige comorbide psychiatrische symptomen, is soms moeilijk het gedrag te duiden.

Een niet-uitputtende en deels overlappende lijst van veel voorkomende gedragscategorieën zoals deze door Verenso worden onderscheiden:

- Psychotisch gedrag.
- Depressief gedrag.
- Angstig gedrag.
- Geagiteerd gedrag, waaronder verschillende vormen van rusteloos, prikkelbaar of agressief gedrag. Ook gedragingen als roepen, nachtelijke onrust, seksueel ontremd/ongewenst gedrag, veelvuldig aandacht vragend gedrag en niet-coöperatief gedrag.
- Apathisch gedrag.

Menselijk gedrag ontstaat vanuit een complexe interactie van biologische, psychologische en sociale en fysieke omgevingsfactoren (bio-psycho-sociaal model). Dit multifactorieel verklarende model is ook van toepassing op gedrag van mensen met dementie. Om goed met het gedrag om te gaan, is het van belang het gedrag te begrijpen. Pas als je de oorzaak van het gedrag achterhaalt, kun je de juiste aanpak of behandeling kiezen. Analyse van probleemgedrag bij mensen met dementie gebeurt dan ook best methodisch en multidisciplinair. Voor het observeren dan wel uitvragen van de frequentie en mate van probleemgedrag wordt aanbevolen gebruik te maken van gevalideerde, Nederlandstalige observatie-instrumenten zoals de CMAI, Cornell-schaal en NPI. Voor analyse van specifiek gedrag wordt aanbevolen gerichte gedragsobservaties in te zetten.

*Bronnen: Zorgvoorbeter.nl en Richtlijn probleemgedrag bij dementie (Verenso, 2018).*

### Aanvullende informatie

Met het uitkomen van de herziene Zorgstandaard Dementie (april 2020) zijn er ook kennisdossiers ontwikkeld op verschillende thema's. Zo ook over de Niet-pluis fase en vroeg signalering: <https://www.dementiezorgvoorelkaar.nl/wp-content/uploads/2019/06/handout-niet-pluis-fase-dve.pdf>

Wilt u in de praktijk een stap verder gaan in het signaleren van dementie? Dan is de zorg voor veilig module Vroegsignalering van dementie interessant:

<https://docplayer.nl/17696975-Zorg-voor-veilig-module-vroegsignalering-van-dementie-werkmateriaal-voor-patientveiligheid-in-de-eerste-lijn.html>

