



Vereniging
Transmurale
Zorg sterk in
verbinden

Diagnostiek bij dementie

Regionale
scholingsbijeenkomst voor
huisartsen, 11 september 2023

RTA Diagnostiek van dementie: Disclosure

Geldt voor alle sprekers: Potentiële belangenverstrengeling

Voor bijeenkomsten mogelijke relevante relaties met bedrijven	GEEN
Sponsoring of onderzoeksgeld	
Honorarium of andere (financiële vergoedingen)	GEEN
Aandeelhouder	GEEN
Andere relatie, namelijk	GEEN
	GEEN

RTA Diagnostiek van dementie: leerdoelen

De huisarts in regio Haaglanden:

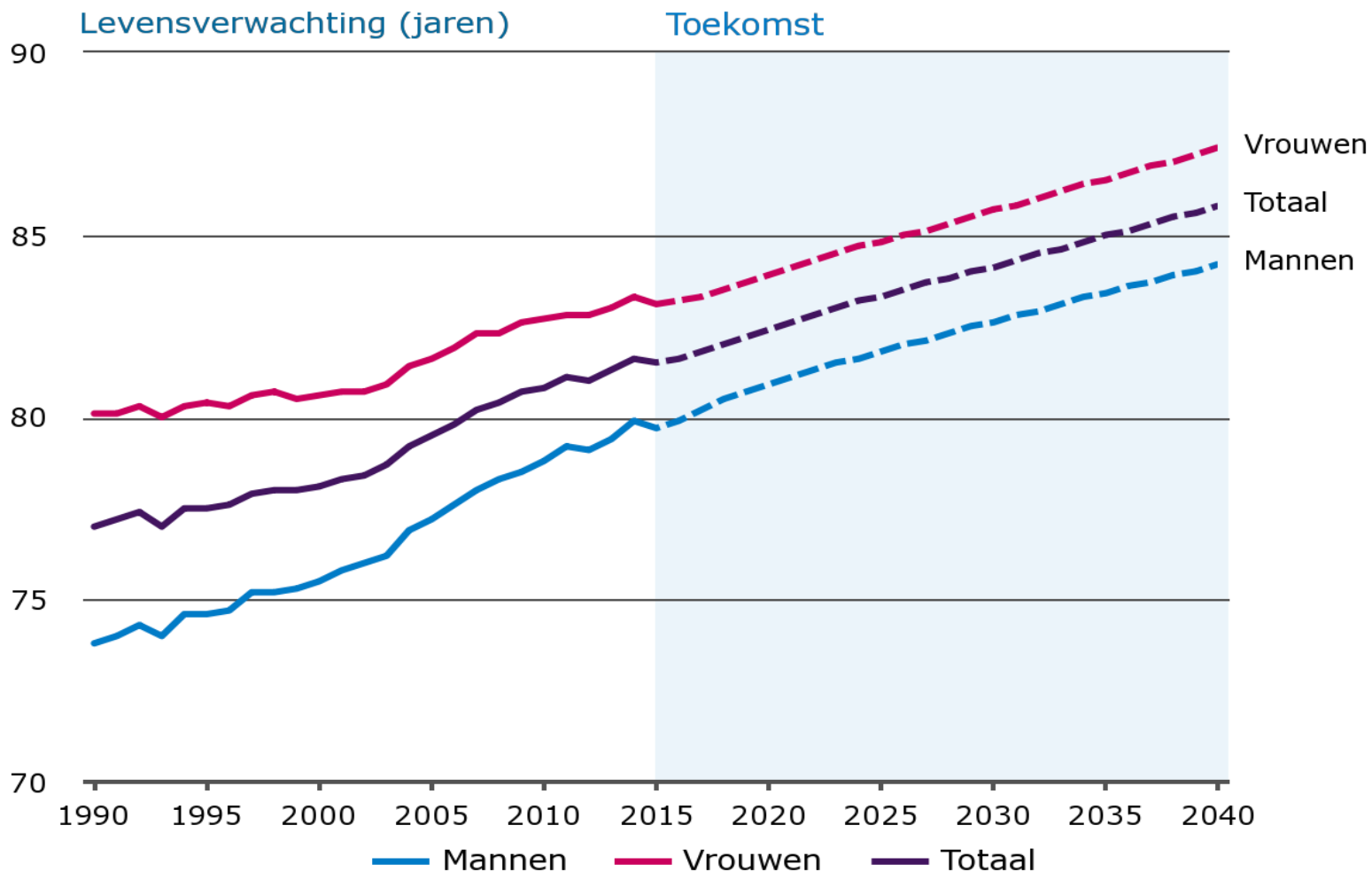
- is op de hoogte van essentie NHG richtlijn Dementie
- heeft compacte set aan werkbare diagnostische strategieën
- weet dat diagnostiek en behandeling/begeleiding multidisciplinaire samenwerking behoeft
- kent de spelers van de sociale kaart op dit onderwerp (SO 1e lijn, SO GGZ/ouderenpsychiater, internist-ouderengeneeskunde etc)
- kent de expertise, mogelijkheden en verantwoordelijkheden van de samenwerkingspartners (SO's 1e lijn, SO GGZ/ouderenpsychiater, internist-ouderengeneeskunde etc)
- weet dat diagnostiek van dementie in principe door de HA zelf kan worden verricht, HA
- kent criteria voor verwijzing naar SO 1e lijn, SO GGZ/Ouderenpsychiater, internist-ouderengeneeskunde etc.)

RTA Diagnostiek van dementie: programma

- **Inleiding en aanleiding** door Ingrid Kroon, specialist ouderengeneeskunde (Hadoks)
- **NHG Standaard Diagnostiek van dementie** door Astrid Bijlard, huisarts en kaderarts Coaching en Supervisie (Hadoks)
- **Rol Specialist ouderengeneeskunde VVT** door Gerrit-Dirk de Loor, specialist ouderengeneeskunde en kaderarts 1^e lijn (Florence)
- **Rol Specialist ouderengeneeskunde GGZ-ouderen** door Marc Ficken, specialist ouderengeneeskunde GGZ-ouderen en kaderarts psychogeriatric (Parnassia)
- **Rol ziekenhuis/ 2^e lijn** door Geert Labots, internist-ouderengeneeskunde (Haga)
- **Samenvatting en afronding** door Ingrid Kroon, specialist ouderengeneeskunde (Hadoks)

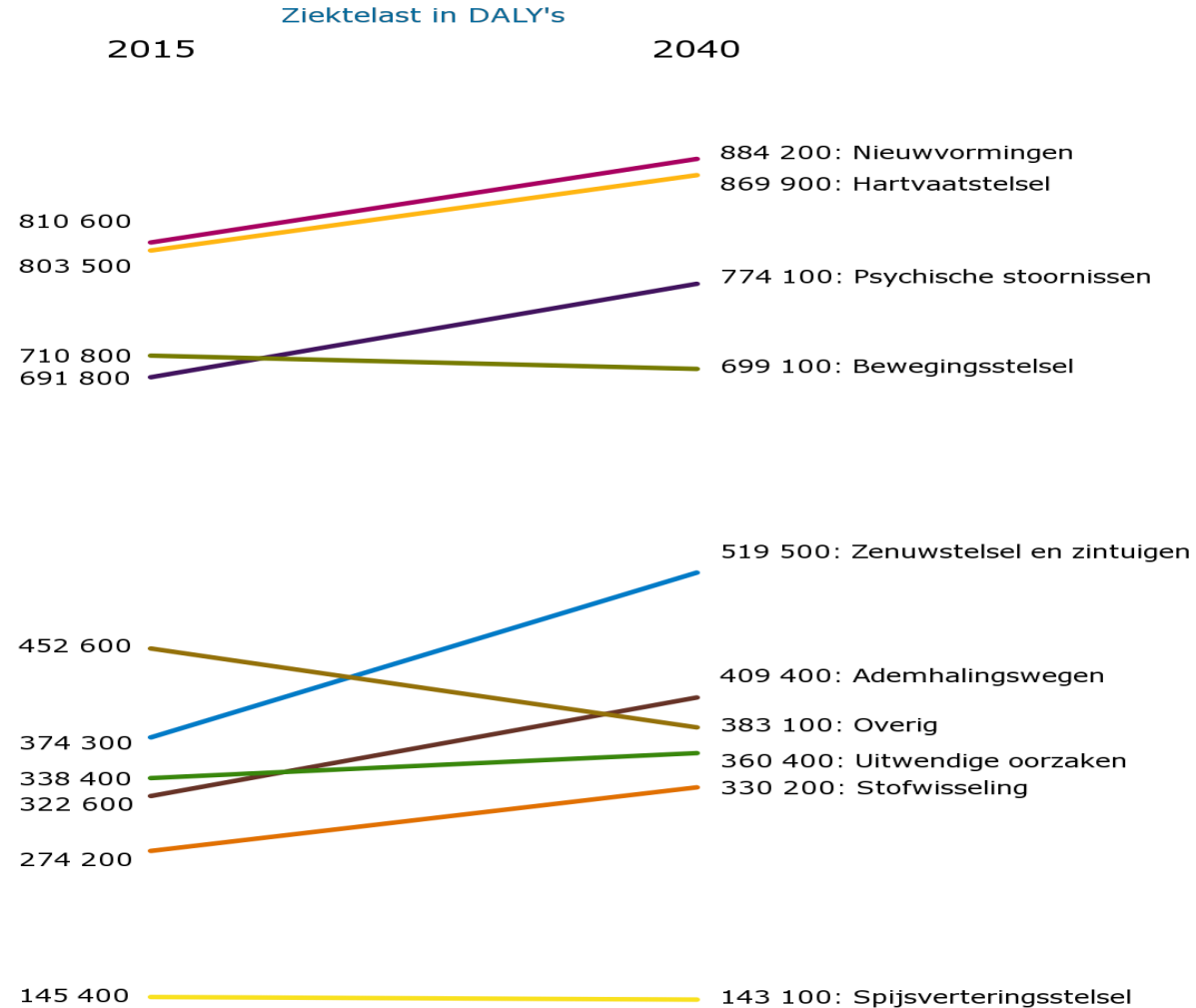
Aanleiding: Grote uitdagingen

De levensverwachting stijgt van 81,5 jaar in 2015 naar bijna 86 jaar in 2040



Aanleiding: Grote uitdagingen

In 2040 zijn kanker, hart- en vaatziekten en psychische stoornissen de diagnosegroepen die de meeste ziektelast veroorzaken.



Aanleiding: Grote uitdagingen

Dementie is de snelst groeiende doodsoorzaak in Nederland (bron: CBS)

Aantal mensen met dementie (bron: CBS en Alzheimer Nederland):

1950: 50.000 (10 mln inwoners)

2020: 280.000 (17,4 mln inwoners)

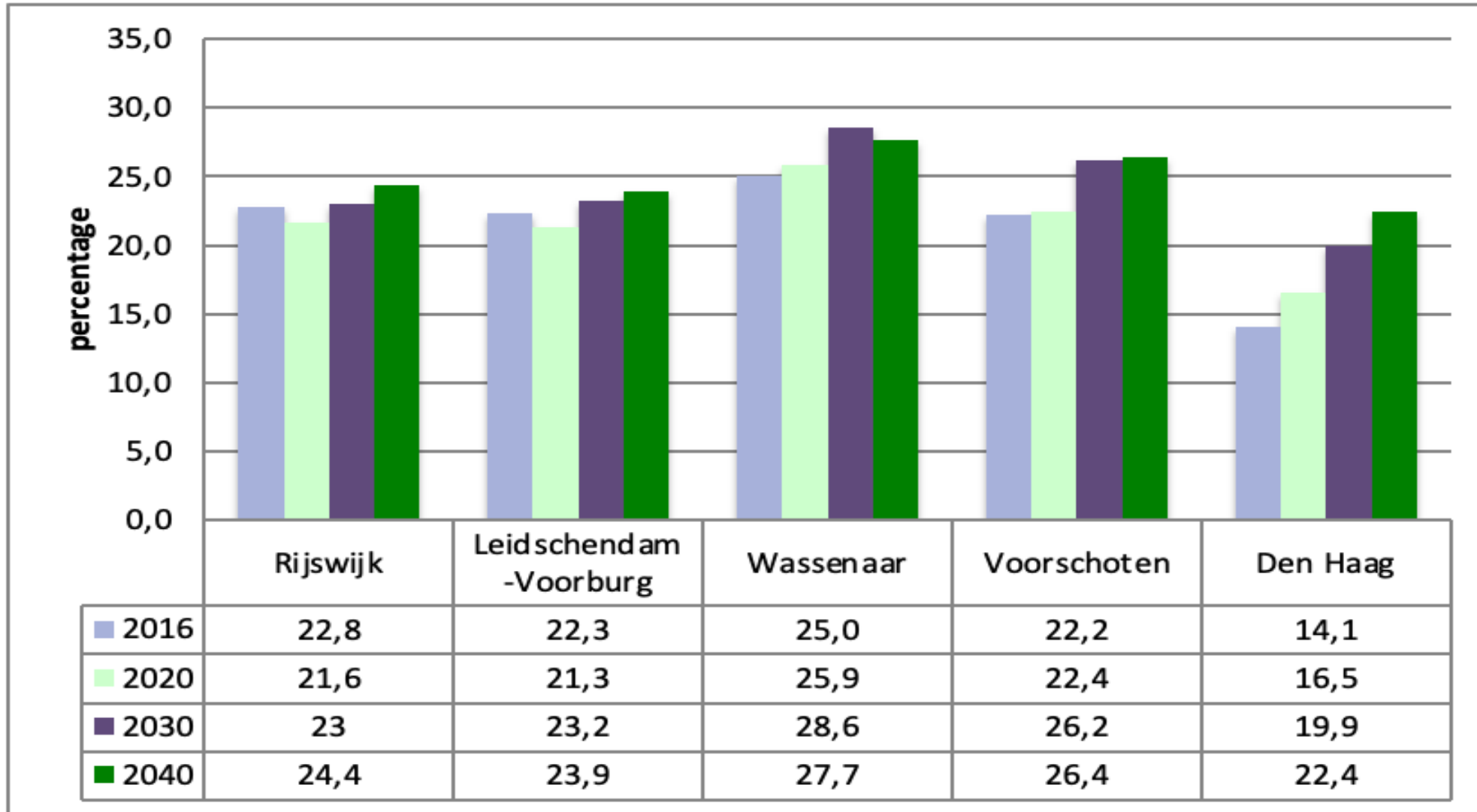
2050: > 500.000 (19,6 mln inwoners)

Aandoening die de meeste sterfte en de hoogste ziektelast veroorzaakt

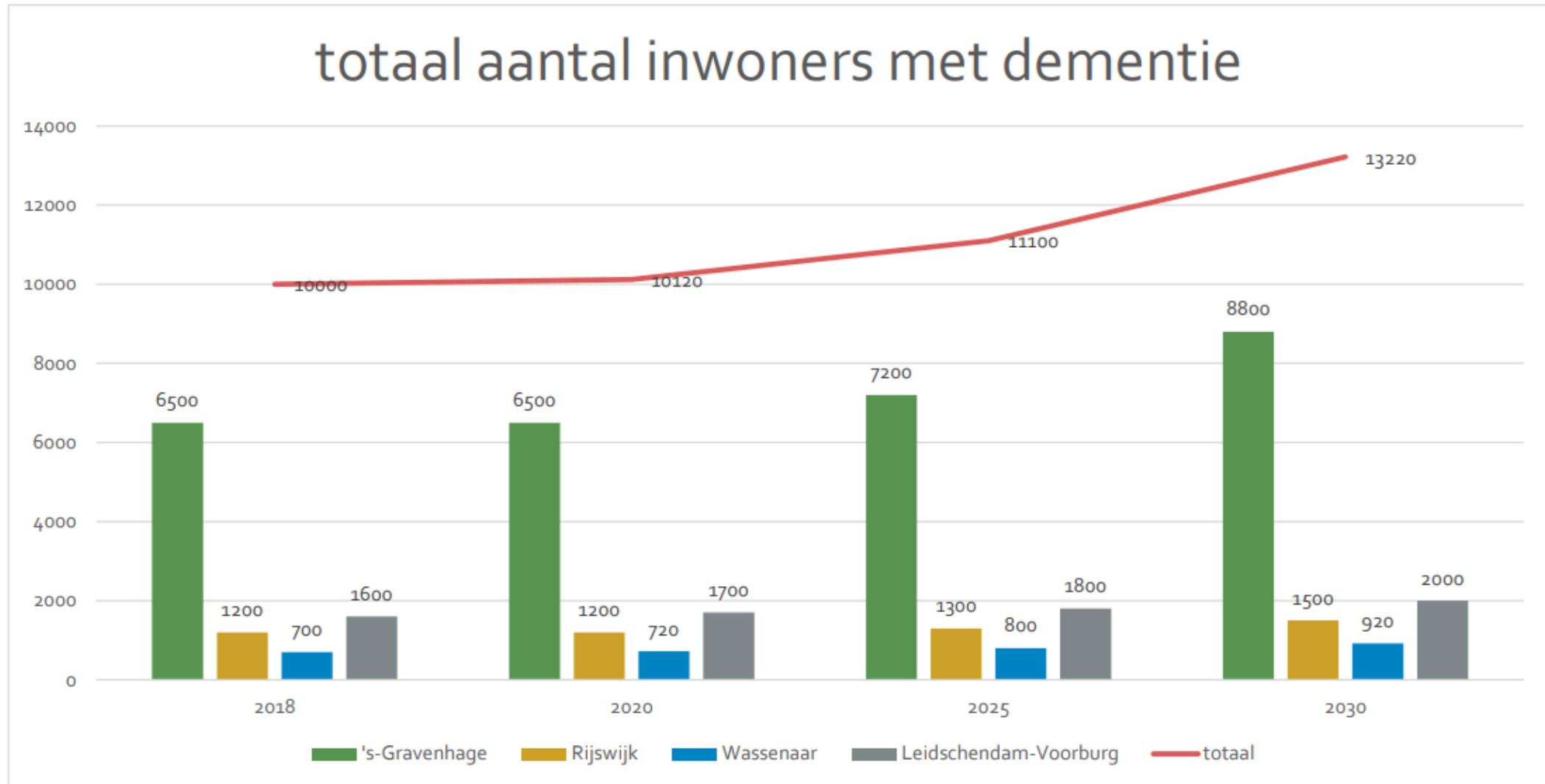
Meer thuiswonende en meer alleenstaande mensen met dementie: 68 procent van de mensen met dementie woont thuis (bron: Vektis).

Meer mensen met een migratieachtergrond met dementie: verhoudingsgewijs drie tot vier keer vaker

Aanleiding: Haaglanden



Aanleiding: Haaglanden



Figuur 1: totaal aantal inwoners met dementie in regio Haaglanden. Bron: Alzheimer Nederland

RTA Diagnostiek van dementie

NHG Standaard Dementie herzien 2020: Huisarts kan veelal zelf diagnostiek verrichten

Eventueel in samenwerking met SO/ GZ-psycholoog VVT

RTA Haaglanden geven houvast in wie wat wanneer doet en is patiëntgericht

In 2020 vastgesteld door ZHS-en (HMC en Haga), GGZ (Parnassia en Rivierduinen), VVT (vanuit Zorgscala) en Huisartsen (SHG en Hadoks)



Niet plus fase



Diagnose fase



Thuis met dementie fase

Signaleren

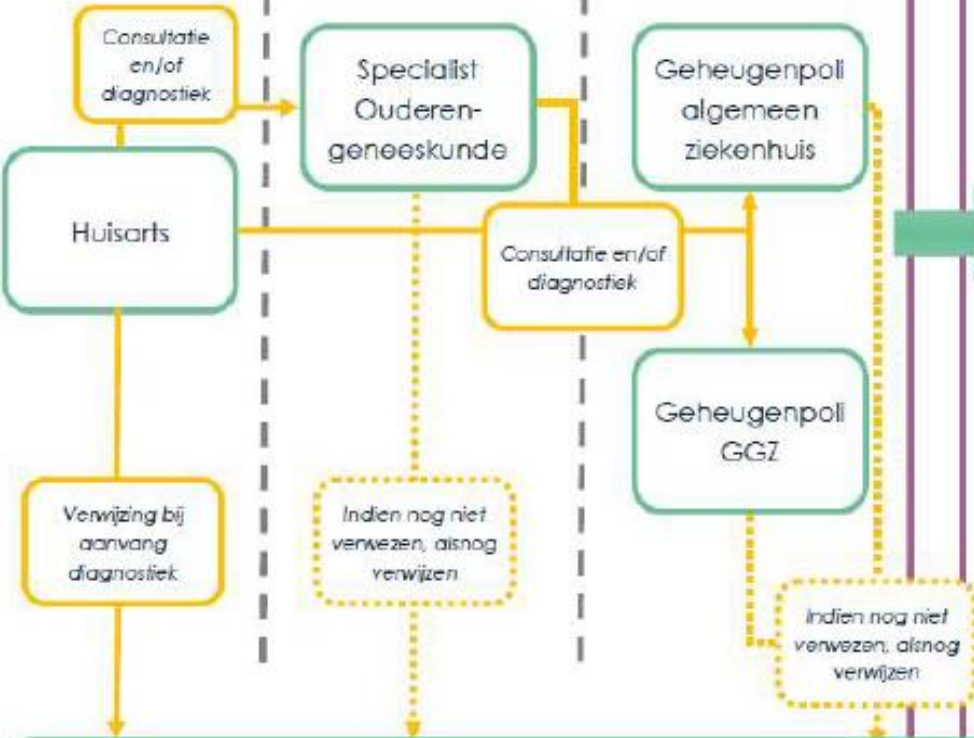
- Signaleren door doktersassistent bij de huisarts
- Signaleren door POH bij de huisarts
- Signaleren door sociaal domein en/of voorliggende voorzieningen
- Signaleren door omgeving van mensen met (vermoeden van) dementie

Diagnosticeren

Laag complexe diagnostiek

Complexe diagnostiek

Specifieke complexe diagnostiek



Passende zorg en ondersteuning

- ⇒ Proactieve Zorgplanning
- ⇒ Behandeling (symptomen en/of psychiatrie)
- ⇒ Mantelzorg ondersteuning
- ⇒ Informatie en rouwverwerking
- ⇒ Monitoring
- ⇒ Ondersteunen
- ⇒ Overdracht aan huisarts/POH ouderen en casemanager

Casemanager Dementie



Vereniging
Transmurale
Zorg sterk in
verbinden

NHG standaard dementie

Astrid Bijlard, huisarts

Kaderarts Supervisie en Coaching

NHG standaard Dementie

- NHG Standaard Dementie herzien 2020
- Huisarts kan veelal zelf diagnostiek verrichten
- Eventueel in samenwerking met SO/ GZ-psycholoog VVT
- RTA Haaglanden geven houvast in wie wat wanneer doet en is patiëntgericht



NHG standaard Dementie

- De huisarts *kan en mag* de diagnose dementie stellen
- Interferentie met dagelijks leven verschil MCI/dementie
- Wel of geen diagnostiek naar de diagnose?
(Keuzehulp op [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl))
- Betrek de mantelzorgger actief

NHG standaard Dementie, Diagnostiek

- Meerdere consulten nodig voor diagnostiek
- Meetinstrumenten in de huisartspraktijk: MMSE, klokteken test, RUDAS
- Lab onderzoek en beeldvormend onderzoek alleen op indicatie
- Verwijs bij andere vormen van dementie dan Alzheimer/vasculaire dementie

DEMENTIE	%	Oorzaak	Beloop	Kenmerken
Alzheimer	65%	- beta-amyloid stapeling; kluwens van tau-eiwitten. Verstoring communicatie hersencellen - erfelijke component (bij <65jr)	Traag progressief in maanden/jaren	MRI: atrofie hippocampus later hele cortex - geheugenstoornissen op de voorgrond - stoornis taalfunctie /uitvoerende functie /orientatiestoornissen
Vasculaire dementie	7%	Cerebrovasculaire schade; ischemie mogelijk door gehele breid	- schoksgewijze verslechtering - geleidelijk progressieve achteruitgang waarbij het geheugen lang gespaard blijft	Zeer heterogeen
Mengvormen; Dementie met vasculaire component	22% (14% meng Alzheimer, 1% meng overig, 7% vasculaire dementie)			Vaak een mengvorm met Alzheimer, onderscheid moeilijk. Steeds meer aanwijzingen dat zuivere vormen van Alzheimer/vasculaire dementie ws uiteinden van het spectrum zijn. Toename leeftijd= waarschijnlijker een mengvorm
Parkinson dementie		Lewy lichaampjes	75% van de patiënten met Parkinson ontwikkeld na 10 jaar dementie.	Parkinsondementie wordt gebruikt wanneer dementie ontstaat ihkv eerdere diagnose Parkinson
Lewy Body dementie	3%	Lewy lichaampjes	Dementie ontstaat ten tijde van of voorafgaand aan parkinsonisme	- fluctuaties in cognitie aandacht en alertheid - visuele hallucinaties - parkinsonisme
Fronto temporaal dementie	4%	- atrofie frontaal-temporaal kwab - erfelijke component		- meest voorkomende vorm van dementie <65 jr (na Alzheimer) - gedragsproblemen - relatief weinig geheugenproblemen

cognitieve domeinen	uitleg
Oriëntatie	vergissen in de datum, moeite met de weg vinden in een bekende of onbekende omgeving
Geheugen	vergeten van gesprekken, wat net gelezen is, namen of afspraken, spullen kwijtraken, vaak lijstjes maken, vaak dezelfde vragen stellen, zichzelf herhalen
Aandacht en snelheid van informatieverwerking	tv-programma niet goed kunnen volgen, ondertiteling die te snel lijkt te gaan, moeite met twee dingen tegelijk doen of de aandacht vast te houden, minder goed tegen drukte kunnen
Executieve functies	moeite met plannen, geen oplossingen meer kunnen bedenken voor alledaagse problemen, moeite met complexe taken (koken, autorijden) of organiseren van activiteiten, moeite met afwijken van de normale structuur
Taal	problemen met begrijpen van woorden of zinnen, woordvindproblemen, formuleren van zinnen, lezen en schrijven
Visuoperceptie en -constructie	voorwerpen over het hoofd zien, problemen met tekenen, of met doe-het-zelfklussen
Praxis en motoriek	apparaten bedienen, gebruik van gereedschap
Redeneervermogen	moeite met logisch denken, benoemen van overeenkomsten/ verschillen
Sociale cognitie	verminderd inlevingsvermogen, verminderde emotie-herkenning, sociaal inadequaat gedrag

Illustratie

https://www.youtube.com/watch?v=ZcekW_p6WtM&t=72s

Meet instrumenten in de huisartsen praktijk

- De **MMSE** :oriëntatie, inprenting, kortetermijngeheugen, taal, herkenning en visuoconstructie; uitvoerende functies worden met dit instrument het minst belicht daarom combineren met de **klokteken test**
- De MMSE-score kan worden beïnvloed door opleidingsniveau
- Bij niet-Nederlands sprekenden en laaggeletterden is de MMSE minder betrouwbaar; overweeg dan als alternatief de Rowland Universal Dementia Assessment Scale (**RUDAS**).

Tabel 3 Interpretatie van scores op MMSE, Kloktekentest en RUDAS in het kader van dementiediagnostiek

Instrument	Score en interpretatie
MMSE	<ul style="list-style-type: none">• De maximale score is 30• Een score < 24 is indicatief voor dementie• Hoe lager de score, hoe zekerder de cognitieve stoornis
Kloktekentest	<p>Score 0: geen cirkel én cijfers niet goed én tijd fout</p> <p>Score 1: 1 van de 3 items juist</p> <p>Score 2: 2 van de 3 items juist</p> <p>Score 3: perfecte klok</p> <p>Elke score die afwijkt van een perfecte klok is indicatief voor dementie</p>
RUDAS	<ul style="list-style-type: none">• De maximale score is 30• Een score < 22 is indicatief voor dementie• Hoe lager de score, hoe zekerder de cognitieve stoornis

NHG standaard Dementie, Vervolg

- Dementie vraagt een multidisciplinaire aanpak
- HA kent de spelers van de sociale kaart op dit onderwerp
- HA kent de expertise, mogelijkheden en verantwoordelijkheden van de samenwerkingspartners
- HA heeft aandacht voor de mantelzorg: blijf deze betrekken en vraag naar de **'volhoudtijd'**



Casus

- 78 jarige Indische dame woont al jaren zelfstandig in eigen huis
- Actief bij de Indische club
- COPD GOLD 3 matige conditie wv thuiszorg / fysiotherapie / Longverpleegkundige HWW
- Huishoudelijke hulp WMO
- 2 jaar weduwe, veel spanning en stress gehad met zorg voor dementerende echtgenoot.
- Betrokken familie en buren die helpen met boodschappen en maaltijden brengen.
- 2 jaar geleden MMSE met een score van 26/30



Vragen voor overleg:

Hoe nu verder?

Wat kun je als huisarts zelf?

Waar kun je ondersteuning bij gebruiken?

Door wie?



Wanneer verwijzen? - NHG

Verwijsindicaties voor aanvullende diagnostiek en/of behandeling

[NAAR VOLLEDIGE TEKST ›](#)

- Behoeft aan zekerheid over de diagnose dementie
- Diagnostiek bij mensen die geen Nederlands spreken, bij wie het niet mogelijk is om de RUDAS af te nemen of bij wie de RUDAS onvoldoende informatie biedt
- Dementie op jonge leeftijd (arbitrair < 65-70 jaar)
- Aanwijzingen voor dementie anders dan ziekte van Alzheimer of vasculaire dementie
- Vermoeden van een behandelbare oorzaak voor de cognitieve achteruitgang, zoals bij:
 - forse toename stoornissen of achteruitgang in het functioneren binnen 2 maanden
 - recent hoofdletsel, met name bij een stollingsstoornis of gebruik van anticoagulantia
 - voorgeschiedenis van maligniteit
 - onverklaarde mictiedrang of urine-incontinentie in combinatie met een loopstoornis
 - nieuwe focale neurologische uitval
- Bijkomende somatische of psychische factoren
- Crisisinterventie (al dan niet met noodzaak voor RM of IBS)

Vragen?





Vereniging
Transmurale
Zorg sterk in
verbinden

Rol SO VVT bij ouderen met cognitieve stoornissen

GD de Loor, Specialist ouderengeneeskunde
Kaderarts Eerstelijns Florence

Verwijzen naar SO VVT

- Complexe(re) problematiek;
- Vanaf 70 jaar
- Na laagdrempelig overleg (Telefonisch of GPO)
- Duidelijke vraagstelling
- Thuis bezoeken

Diagnostiek door SO VVT

- Functioneel: Passende zorg op passende plek
dmv Geriatrisch Assessment



- Nosologisch: Geeft toegang tot zorg

Integrale beoordeling = Geriatrisch assessment

- Somatisch
- Functioneel
- Maatschappelijk
- Psychisch
- Communicatie

Diagnostiek Dementie door SO VVT

- Medische Voorgeschiedenis
- Medicatie/ polyfarmacie
- Anamnese
- Heteroanamnese
- Lichamelijk onderzoek
- Psychiatrisch onderzoek
- Aanvullend onderzoek

Aanvullend onderzoek

- Door SO tijdens huisbezoek
 - MMSE
 - MoCA
 - RUDAS
 - FAB
 - GDS-15
 - i-ADL
 - Etc.....
- Door psycholoog (aan huis!)
 - NPO

Behandelplan en Advies

Conclusie:

SFMPC	Probleem	Doel	Actie/verantwoordelijke	Evaluatie
Somatisch				
Functioneel				
Maatschappelijk				
Psychisch				
Communicatie				

Bronnen

- Handreiking 'Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde' LHV en Verenso 2014
- Handreiking 'Geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde' Verenso 2014
- Handreiking ' Kwetsbare Ouderen thuis' ActiZ, InEen, KNGF, KNMP, Laego, LHV, NHG, Patiëntenfederatie Nederland, Sociaal Werk Nederland, V&VN, VNG, VWS en ZN 2021



Vereniging
Transmurale
Zorg sterk in
verbinden

Rol SO GGZ bij ouderen met cognitieve stoornissen

Marc Ficken, Specialist ouderengeneeskunde
Kaderarts Psychogeriatric
Geriatric Team Parnassia

Ouderen met cognitieve stoornissen

Welke problematiek voor GGZ

Geheugenklachten

In combinatie met

- Probleemgedrag
- Angstklachten
- Depressieve klachten
- Psychotische klachten
- Verslavingsproblematiek
- Persoonlijkheids-problematiek

Klachtenpresentatie bij ouderen anders

Welke problematiek voor GGZ

- *Wees bedacht op cognitieve stoornissen (coping problemen)*
- *Ook belangrijke rol van somatische co-morbiditeit*
- *Systeempromblematiek*
- *Sociaal maatschappelijke problematiek*

Denk aan somatische co-morbiditeit

- *Ziekten (Vasculair/Neurologisch)*

Pt. H. (1951) Post CVA en behandeld voor depressie na onderzoek NAH waarbij structuur van vitaal belang is

- *Polyfarmacie*

Pt. D. (1955) Vermoeden depressie/slaapstoornis/post CVA ingesteld op 73 mg diazepam equivalenten en diverse AD, niet beoordeelbaar

- *Afwijkend bloedbeeld*

Pt. K. (1954) Anaemie, gestoorde LF en NF, subklinische hypothyreoïdie, nu optimaal behandeld en verbetering cognitie

NB. Denk ook aan **delier**

NB. Ook belangrijk bij andere psychiatrische ziekten

Belangrijk bij verwijzing naar GGZ wel een somatische screening (inclusief bloedbeeld) te doen

Angst(stoornis)

- GAS
- Valangst
- Chronische angst/dwangmatigheid

Pt. L. onder behandeling voor angst/paniek/depressie en behandeling stagneert. Vermoeden van cognitieve stoornissen. Bij nader onderzoek blijkt bij beeldvorming doorgemaakt CVA en bij onderzoek duidelijk problemen in geheugen en executieve functies waarbij coping mechanisme zijn aangedaan, daarnaast apathie en stoornissen hou zaken opgepakt moeten worden.

Depressie

NB. Kan zich uiten als geheugenklachten

- *GDS-15 of GDS-30*
- *Cornell screening bij lage MMSE*

Bij ouderen misschien wel complexer maar even goed te behandelbaar

Pt. B. (1932) Altijd sombere stemming, in verleden behandeling depressie met psychotherapie. Beginnende cognitieve stoornissen. Na 2 x COVID-infectie somberder en inactief met doodswens/euthanasie. Na start mirtazapine zowel stemming als cognitie verbeterd, daarnaast ook activering.

Psychotische/Bipolaire Stoornissen

NB. Vaak al eerder in beeld (geweest) bij GGZ. Soms hiaten in behandelhistorie

NB. Mogelijk sprake van decompensatie

NB. Incidenteel late onset

NB. On(der)behandeld

Pt. S. (1936) Bekend met achterdocht en verdenking dat er aardstralen zijn, vloer voelt eng aan. Eerder in beeld geweest maar beeld was licht verbeterd, opnieuw in beeld met cognitieve achteruitgang. Weigert echter ook psychofarmaca. Geen probleemgedrag voor omgeving. Nu wel sprake van UNCS, welk coping mechanisme verminderd.

Persoonlijkheidsstoornissen

NB. Vaak sprake van decompensatie (met name ook bij beginnende cognitieve stoornissen)

NB. Vaak ook onder behandeld in verleden

Pt. J. altijd OCD trekken en kon daar goed mee omgaan, tijdens ontwikkelende cognitieve stoornissen steeds depressiever geworden, met beperkt succes met citalopram behandeld. Met progressie UNCS stemming meer op achtergrond. Wel meer onrust. Structuur en regelmaat belangrijk.

Verślavingsproblematiek

NB. Steeds vaker een probleem, met name alcoholafhankelijkheid (op voorgrond denk dan aan verwijzing Brijder, ook outreachend team)

NB. Vaak ook in combinatie met cognitieve/depressieve symptomen of andere psychiatrie

Pt. B. (1959) langdurig alcoholgebruik. Aangemeld met verwaarlozing, eenzaamheid en ernstige cognitieve stoornissen. Acute opname op Geriatrie, na detox nog maar beperkte cognitieve stoornissen. Toch blijvend probleem met alleen wonen, recidiverend.

(On)verklaarde lichamelijke klachten

- *Samenhang psychische/sociale klachten en de (on)verklaarbare klachten*

NB. Is er voldoende onderzoek geweest ?

Pt. H. last van onwilligkeurige (Choreatische) bewegingen, geen neurologisch oorzaak voor te vinden. Toch Frontale/FTD vastgesteld en behandeld met trazodon en deels met CGT behandeld en veel psycho-educatie.

Nu stabiel beeld.

Suïcidaliteit

NB. Wees bedacht op:

- *Voltooid leven*
- *Zingeving/geen perspectief*
- *Isolement/Eenzaamheid*
- *Verlies aan functies/zelfstandigheid*
- *Klem in systeem en/of maatschappelijke problematiek*

Parnassia Geriatrie Team of ander GGZ-team

- *Binnen Parnassia zorgt het GTP team voor ouderen met (ernstige) cognitieve aandoeningen met name met psychiatrische co-morbiditeit of probleemgedrag*
- *Het gaat daarbij om complexe problematiek waarbij ambulante diagnostiek en behandeling noodzakelijk is, waarbij ook tijdelijke opname Geriatrie mogelijk is*



Vereniging
Transmurale
Zorg sterk in
verbinden

Verwijzing naar tweede lijn/ziekenhuis

Geert Labots, Internist-ouderengeneeskunde
HagaZiekenhuis

Wanneer verwijzen naar de geheugenpoli?

Na eerste work-up door huisarts incl. oriënterend lab en MMSE

- Vermoeden dementie op jonge leeftijd (<70 jaar)
- Ingewikkelde/interacterende co-morbiditeit, polyfarmacie
- Bijkomende loopstoornissen, vermoeden op parkinsonisme
- Indicatie voor aanvullende diagnostiek

Wanneer verwijzen naar de geheugenpoli?

Bij acute cognitieve stoornissen niet primair naar geheugenpoli.

Delier bij somatische problematiek?
Neurologisch event?

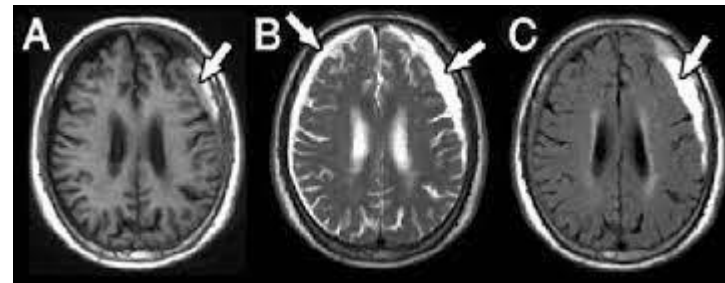
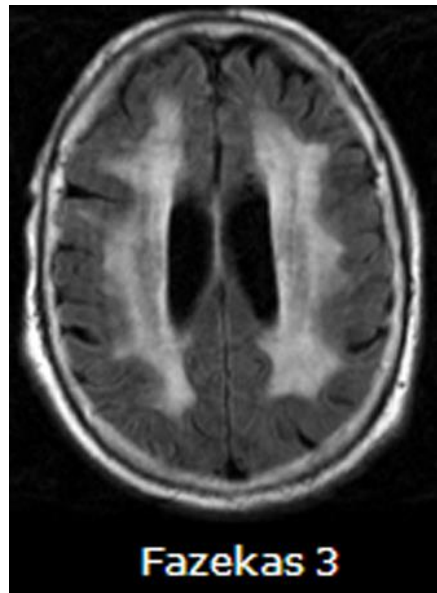
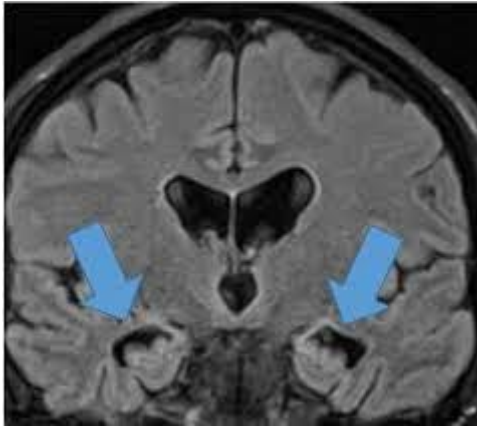
Overweeg SEH voor internist of neuroloog!

Mogelijkheden in tweede lijn

- Uitgebreid neuropsychologisch onderzoek
- Aanvullende expertise bij uitgebreide comorbiditeit/polyfarmacie
- Beeldvorming
 - MRI, DAT-scan, amyloïd-scan
- EMG, EEG, liquorpunctie

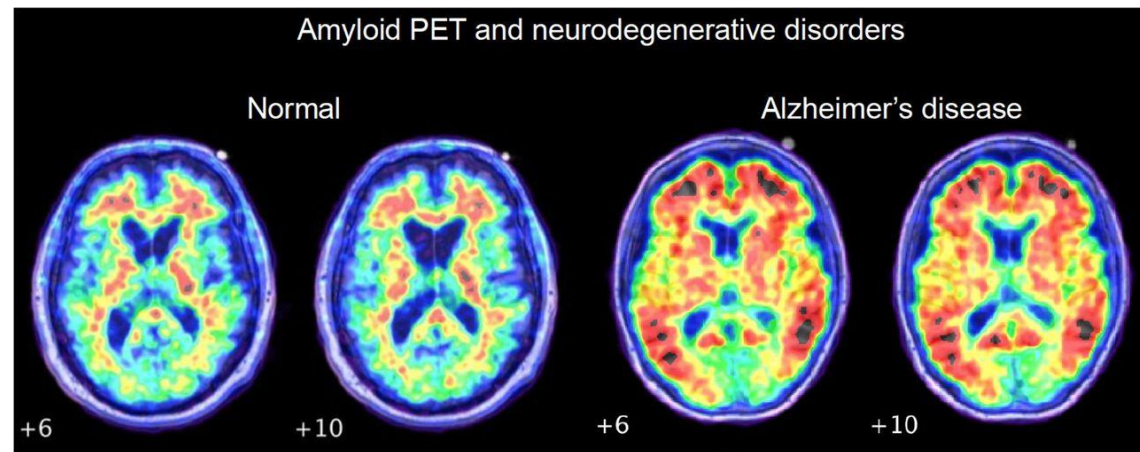
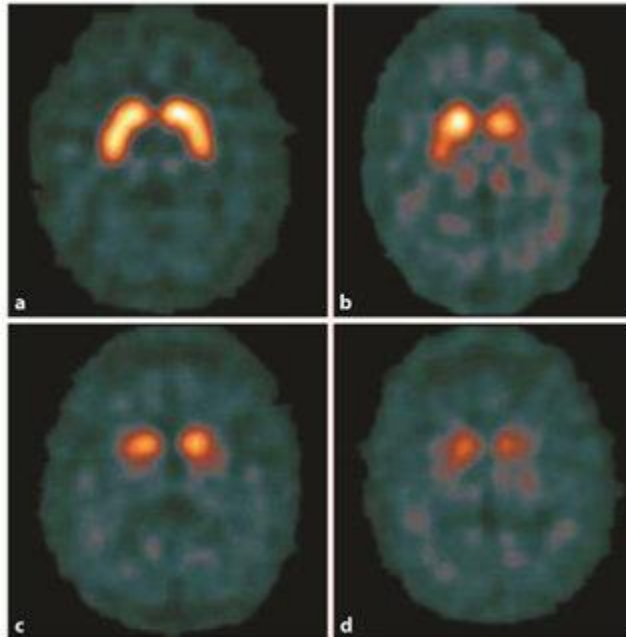
Beeldvorming

- Diagnose dementie niet op basis van scan te stellen!
 - Wel ondersteunende argumenten en uitsluiten van (RIP, bloeding, infarct, SDH, NPH...)



Beeldvorming

- DAT-scan
- Amyloïd-PET scan



Conclusie

- Overweeg verwijzing naar tweede lijn bij:
 - Jonge leeftijd, loopstoornissen, parkinsonisme
 - Ingewikkelde/interacterende comorbiditeit/polyfarmacie
 - Indicatie voor aanvullende diagnostiek
- Laagdrempelig eerst teleconsult/overleg over nut/noodzaak verwijzing

Samenvatting en afronding

Diagnose dementie is diagnose in de tijd

Diagnostiek in eerstelijns tenzij.....

Indien ouderenmodule: POH-Ouderen inzetten en GPO organiseren

Ken de mogelijkheden van je regio: RTA Haaglanden

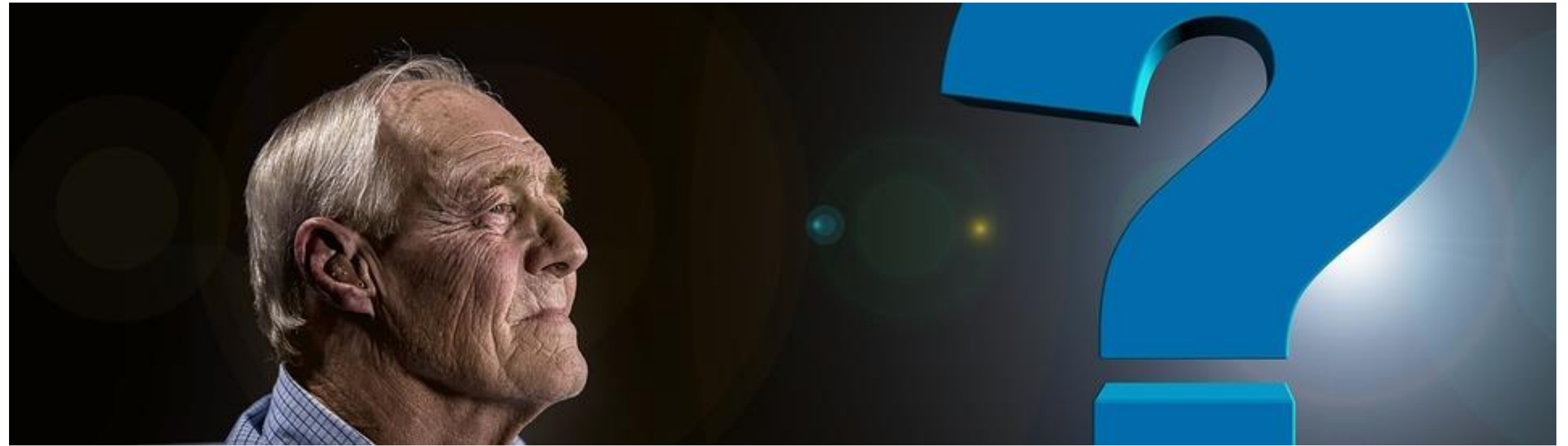
Gebruik telefonische consultatiemogelijkheid eigen SO of regionale SO
(088-0025080)

Gebruik consultatiemogelijkheden GGZ en 2^e lijn (teleconsultatie)

Bij diagnose: Advance Care Planning!

Samenvatting en afronding

Vragen???



Samenvatting en afronding

<https://transmuralezorg.nl/kennisbank/regionale-werkafspraken-diagnostiek-bij-dementie/>

<https://www.hadoks.nl/zorgprofessional/ouderenzorg/>

VTZ programmaleider Marleen Quakkelaar
VTZ projectleider Jessica Suijker

marleen.quakkelaar@transmuralezorg.nl
jessica.suijker@transmuralezorg.nl

Astrid Bijlard abijlard@hadoks.nl
Marc Ficken m.ficken@parnassia.nl
Ingrid Kroon ikroon@hadoks.nl
Geert Labots g.labots@hagaziekenhuis.nl
GD de Loor GerritDirk.de.Loor@florence.nl