

### Begrippen

- *Dementie* wordt gekenmerkt door geheugenstoornissen en een of meer andere cognitieve stoornissen, zoals afasie, apraxie, agnosie of een stoornis in de uitvoerende functies, met als gevolg een duidelijk negatieve invloed op het dagelijks functioneren, werk, sociale activiteiten en relaties.
- *Afasie*: verminderd taalbegrip en problemen met taalexpressie (bijvoorbeeld niet op woorden kunnen komen).
- *Apraxie*: verminderd vermogen om handelingen uit te voeren ondanks intacte motorische functies (bijvoorbeeld aankleden).
- *Agnosie*: verminderd vermogen objecten te herkennen ondanks intacte sensorische functies (ook desoriëntatie).
- *Stoornis in de uitvoerende functies*: verminderd vermogen plannen te maken, te organiseren, logische conclusies te trekken en te abstraheren (langzamer van begrip, huishouden niet overzien).

### Signaleren

Denk aan dementie bij geheugenklachten, apathie, gewichtsverlies, loopstoornissen en frequente consulten met onverklaarde klachten. Bij patiënten < 65 jaar staan veranderingen in gedrag, persoonlijkheid en functioneren meestal meer op de voorgrond.

Maak hierbij gebruik van signalen die door partners en kinderen, andere hulpverleners, familie, burens etc. gegeven worden. Thuiszorgmedewerkers zijn getraind in het herkennen van signalen van dementie. Huisarts wordt hiervan op de hoogte gesteld door leidinggevende en wordt gevraagd om terugkoppeling.

### Diagnostiek

#### Richtlijnen

De diagnostiek van dementie is opgebouwd rond twee onderdelen: een ziektegericht deel en een zorggericht deel. In de praktijk zijn deze onlosmakelijk met elkaar verbonden. De huisarts doet van beide de basisdiagnostiek (zie hieronder), eventueel met hulp van praktijkondersteuner, ouderenzorg of GGZ. Indien de huisarts die niet heeft, kan voor de zorgdiagnostiek ook een casemanager van het netwerk dementie Oost-Veluwe gevraagd worden. De huisarts verwijst voor aanvullende diagnostiek indien geïndiceerd.

**Voor de ziektegerichte diagnostiek** zijn al standaarden ontwikkeld. Zie NHG standaard Dementie. (<https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/dementie>)  
Gebruik hierbij de MMSE en kloktekentest.

**Voor de zorggerichte diagnostiek** kan behalve van de NHG standaard Dementie gebruik gemaakt worden van verschillende vragenlijsten die gebruikt worden voor het signaleren en in kaart brengen van kwetsbare ouderen.

Zie de website:

[http://www.eerstelijnszorg gelderland.nl/nieuws\\_agenda/nieuws/meest-gebruikte+screeningsinstrumenten+op+kwetsbaarheid?newsid=44](http://www.eerstelijnszorg gelderland.nl/nieuws_agenda/nieuws/meest-gebruikte+screeningsinstrumenten+op+kwetsbaarheid?newsid=44)

en zie de ouderenzorgmodule van Caresharing waarin veel bovengenoemde lijsten zijn opgenomen

### Richtlijnen Beleid

- Bespreek de diagnose met de patiënt en zijn naasten, doe dit zo nodig stapsgewijs.
- Adviseer patiënt en mantelzorgers de ziekte niet voor de omgeving verborgen te houden.
- Bespreek de zorg en ondersteuningsbehoefte.
- Wijs op gespreksgroepen voor patiënten en mantelzorgers en op de mogelijkheden van thuiszorg en dagbesteding. Zie [www.wegwijzerdementieoostveluwe.nl](http://www.wegwijzerdementieoostveluwe.nl) Maak afspraken over zorgcoördinatie/casemanagement (praktijkondersteuner, casemanager dementie, gespecialiseerd verpleegkundige thuiszorg, GGNet, verpleeg- en verzorgingshuis instelling). Er wordt onderscheid gemaakt tussen complexe en niet complexe problematiek. Zie verder onder verwijzing
- Plan tijdig een gesprek in rond advance care planning (afspraken over behandelbeperkingen)
- Vertel dat patiënt (als deze een rijbewijs bezit en wil autorijden) de diagnose bij het CBR moet melden door het insturen van een Eigen Verklaring (met door onafhankelijk arts ingevuld geneeskundig verslag). Alleen bij lichte vormen van dementie (CDR score 0,5-1) is het mogelijk na een succesvolle rijtest voor 1 of max. 3 jaar het rijbewijs verlengd te krijgen (zie ook website Alzheimer Nederland).

De huisarts begeleidt patiënt met hulp van POH ouderenzorg of POH GGZ, mits deze voldoende ervaring hiermee heeft en goed zicht heeft op alle voorzieningen rond dementie in de regio.  
Wanneer dit niet het geval is, verwijst de huisarts voor begeleiding bij niet complexe dementie naar casemanagement van het Netwerk Dementie.

Casemanagers dementie bieden thuiswonende ouderen met dementie en hun naaste omgeving ondersteuning en begeleiding, zodat mensen met dementie en hun mantelzorgers langer met behoud van kwaliteit van leven thuis kunnen blijven wonen. Het casemanagement biedt ondersteuning en begeleiding door een vaste contactpersoon die in zo'n vroeg mogelijk stadium onafhankelijk adviseert en informeert, de weg wijst, de zorg in kaart brengt, coördineert en er is als vraagbaak voor cliënt en mantelzorgers. (<http://www.netwerkdementie.nl/casemanagement> )

Aanmelding via de website of telefonisch: 06 38949738

Indien er sprake is van complexe dementie wordt verwezen naar GGNet ouderen.  
Onderscheid complex/niet complex zoals gehanteerd door de casemanagers en afgestemd met GGNet:

### **Inzet casemanagement / GGZ**

#### Niet complex (Casemanagement)

- cognitieve stoornissen / traject diagnostiek
- stabiel ongecompliceerd ziekteverloop dementie
- situatie biedt mogelijkheid om zorg en begeleiding in te zetten
- mantelzorg met potentie voldoende draagkracht
- geen ernstige gedragsproblemen
- dreigende sociale crisis/ontwrichting thuissituatie agv overbelasting

#### Complex met psychiatrische gedrags/systeem problematiek (GGZ)

- ernstige problematische vorm van dementie met gedragsproblemen
- Slecht toegankelijk voor begeleiding/zorgweigerig
- persoonlijkheids- / gedragsproblemen
- gevaarlijke situaties voor cliënt en omgeving
- veel bijkomende complexe ziektes
- conflicten rond dementerende cliënt
- dementie en psychiatrische problematiek
- er is een meerwaarde door inzet SPV
- dwangopname RM/ IBS
- dreigende sociale crisis/ontwrichting thuissituatie agv een van bovenstaande criteria

## **Medicamenteuze Therapie**

### Cholinesteraseremmers:

- Het voorschrijven van cholinesteraseremmers gebeurt bij voorkeur door een specialist op het gebied van dementie.
- Bespreek en overweeg het starten van cholinesteraseremmers voor de symptomatische behandeling van lichte tot matige dementie op basis van de ziekte van Alzheimer, dementie bij Parkinson (PDD) en Dementie met Lewy Bodies (DLB).
- Gebruik geen cholinesteraseremmers voor de behandeling van vasculaire dementie, FTD of ernstige vormen van de ziekte van Alzheimer.
- Cholinesteraseremmers zijn gecontraïndiceerd bij ernstig hartfalen, sick-sinus syndroom, SA of AV block i.v.m. risico op syncope en ritme of geleidingsstoornissen. Er moet therapietrouw zijn en voldoende toezicht op evt. bijwerkingen. Start alleen een medicamenteuze behandeling tegen ernstige neuropsychiatrische symptomen na diagnostiek en behandeling van een (bijkomende) lichamelijke of medicamenteuze oorzaak en toepassing van psychosociale interventies en/of interventies in de omgeving.
- Mits de medicatie goed wordt verdragen volgt ongeveer 6 maanden na start het besluit tot al/of niet continueren

### Antipsychotica:

- Geef antipsychotica in een lage dosering. Overweeg de toegenomen kans op cerebrovasculaire aandoeningen en verhoogde sterftkans.
- Geef bij psychose of agressie bij dementie als middel van eerste keus haloperidol 0,5 -3,0 mg/dag of risperidon 0,5-2 mg/dag.
- Behandel neuropsychiatrische symptomen bij dementie met Lewybodyes of dementie bij de ziekte van Parkinson bij voorkeur met een cholinesteraseremmer als rivastigmine. Overweeg bij onvoldoende effect clozapine in een startdosis van 6,25 mg. Daarbij de eerste 18 weken wekelijks controles nodig ivm risico op agranulocytose. (zie ook het farmocotherapeutisch compas)
- Psychotische verschijnselen in het kader van een delier worden, indien niet anderszins corrigeerbaar behandeld met een lage dosis haloperidol. De primaire behandeling van een delier <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/delir> is gericht op de oorzakelijke /luxerende factor. Als er sprake is van een delier bij dementie met Lewybodyes of dementie bij de ziekte van Parkinson, geef dan clozapine 6,25 mg

### Controles

Stem de controlefrequentie af op de behoefte van de patiënt en zijn naasten. Zorg voor periodieke medicatiebeoordeling, bij voorkeur in overleg met de apotheker. Bied ook de mantelzorg zorg aan, zo nodig in een apart consult. Wanneer meerdere zorgverleners zijn betrokken: streef naar een gezamenlijke evaluatie. Maak hier afspraken over met de zorgcoördinator/casemanager

### Verwijzing

#### Criteria voor verwijzing

<b>Jonger dan 70jaar</b>	Geheugencentrum * of neuroloog
<b>Ouder dan 70 jaar vitaal/mobiel</b>	
vermoeden neurologische aandoening	neuroloog
geen comorbiditeit	geheugencentrum
somatische comorbiditeit	geheugencentrum of geriater
psychiatrische comorbiditeit	GGNet ouderen
<b>Ouder dan 70 jaar niet-vitaal en/of mobiel</b>	
vermoeden neurologische aandoening	neuroloog
grote zorgcomplexiteit	specialist ouderengeneeskunde**
somatische comorbiditeit	geriater
psychiatrische comorbiditeit	GGNet ouderen

\* Verwijzing naar Geheugencentrum kan plaats vinden via polikliniek neurologie of polikliniek geriatrie via Zorgdomein

\*\* Consult specialist ouderengeneeskunde kunnen worden aangevraagd bij de SO's werkzaam in de verzorgingshuizen. Zie op HAweb -> groep HRA documenten -> map ouderenzorg.

#### AMBU afdeling Casa Bonita

In geval van crisissituaties bestaat de mogelijkheid voor de huisarts een crisisopname aan te vragen. De huisarts neemt dan contact op met het Zorgservicebureau van Zorggroep Apeldoorn (buiten kantooruren direct overleg met dienstdoende Specialist Ouderengeneeskunde). In overleg wordt dan gekeken wat mogelijk is.

Onder een crisissituatie wordt een persoonsgebonden-crisis verstaan, bijvoorbeeld door een intercurrente infectie met delier of na een val, danwel een omgevingsgebonden-crisis door het plots wegvallen van de mantelzorg.

Bij twijfel over de ernst van de somatische problematiek en de haalbaarheid van opname in een verpleeghuis en dus bij een mogelijke indicatie voor ziekenhuisopname dient een beoordeling op de SEH plaats vinden door geriater of andere medisch specialist

## Terugverwijzing

De specialist verwijst terug naar de huisarts tenzij er vervolgbehandeling, begeleiding noodzakelijk is die niet in de 1e lijn mogelijk is.

## Verantwoording en achtergrond

NHG standaard SamenvattingskaartM21 2012, TWA 2004 en 2009, Zorgstandaard dementie 2012 (Alzheimer Nederland, Vilans)  
Richtlijn diagnostiek en behandeling van dementie 2014  
Werkgroep TWA Dementie, W.te Water (Geriatr), S.A.Faber (kaderarts ouderen geneeskunde, huisarts), C.B.Hallebeek (huisarts), H.Snoeij (psychiater) R.van Leeuwen (neuroloog) R.Hillerström (specialist oudergeneeskunde M.van de Pavert, (Coördinator Commissie Transmurale Werkspraken Gelre ziekenhuis)