

Doelstellingen

Afstemming beleid rond diagnostiek, behandeling en begeleiding van dementie in 1^e, 2^e en 3^e lijn.

Beleid in de 1^e lijn

Diagnostiek

De huisarts kan de diagnose dementie zelf stellen of daarvoor gericht verwijzen.

Wat is het belang van vroegdiagnostiek?

- (kleine) Kans op reversibele cognitieve stoornissen;
- Toenemende mogelijkheden tot medicamenteuze interventies;
- Crisis voorkomen; anticiperen op de ziekte en tijdig maatregelen nemen door patiënt en omgeving;
- Ondersteuning aan mantelzorger(s) eerder realiseren.

a. Voorgeschiedenis en (hetero)anamnese

De 4 diagnostische criteria worden uitgevraagd:

1. *Geheugenstoornissen;*
2. *Cognitieve stoornissen op andere domeinen (bv taal, praxis, oriëntatie);*
3. *Belemmering van de dagelijkse bezigheden;*
4. *Geen onderliggend somatisch of psychiatrisch lijden die van invloed is op de cognitie:*
 - Begin en beloop;
 - Bijkomende comorbiditeit;
 - Intoxicaties, medicatie, familie anamnese, opleidingsniveau.

Dementie hoeft zich niet primair te uiten met geheugenstoornissen. Vroege symptomen kunnen specifiek zijn zoals bv traagheid, overzichtsverlies of veranderingen in gedrag, initiatief en/of stemming.

b. Lichamelijk onderzoek

- Basispsychiatrisch onderzoek (o.a. geheugen, taal, oriëntatie, stemming, aandacht, gedrag);
- Algemeen lichamelijk onderzoek naar oorzaken van cognitieve stoornissen en complicerende actuele somatiek (o.a. pols, bloeddruk, auscultatie hart/longen, inspectie huid en slijmvliezen);
- Neurologisch onderzoek.

c. Aanvullend onderzoek

Korte cognitieve testen: MMSE, OLD.

Laboratoriumonderzoek: hemoglobine, hematocriet, MCV, glucose, serumkreatinine, BSE en TSH.

Op indicatie: natrium, kalium, vitamine B1, B6, B12, foliumzuur en de leverenzymen.

De MMSE kan lange tijd hoog blijven bij hoogopgeleiden en subcorticale beelden (o.a. parkinson dementie, vasculaire dementie). Bij 'niet-pluis' gevoel wordt nadere diagnostiek geadviseerd.

d. Zorgdiagnostiek en zorgcoördinatie

- Zorgbehoefte patiënt;
- Huidige zorgaanbod;
- Zorgbelasting en draagkracht mantelzorgsysteem.

Zorgcoördinatie ligt primair bij de huisarts. De huisarts kan in zorgdiagnostiek bijgestaan worden door diverse zorgondersteuners, zoals zorgtrajectbegeleiders, casemanagers dementie of een praktijkondersteuner ouderenzorg en (praktijkondersteuner) GGZ. De zorgondersteuner dient de huisarts frequent op de hoogte te brengen van de bevindingen en het zorgbehandelplan. Soms zullen eventuele interventies of voorzieningen al moeten worden gerealiseerd voordat het overige onderzoek is afgerond.

Behandeling

a. Voorlichting en niet- medicamenteuze behandeling

- Informatie over het ziektebeeld, het beloop en de behandeling;
- Verwijzing naar lokale zorg aanbod;
- Op indicatie: bespreken verkeersdeelname, regel- en wetgeving (o.a. wilsverklaring);
- LET OP: v.a. 1 jan. 2010 zijn de regels omtrent autorijden veranderd: een patiënt met een lichte dementie mag nog autorijden. Voor meer informatie zie website Alzheimer Nederland.

Gezien het ingewikkelde netwerk met talloze hulpverleningsmogelijkheden adviseert de werkgroep dat een deskundig iemand als één aanspreekpunt fungeert die de patiënt met dementie en diens mantelzorg begeleidt (bij voorkeur een zorgondersteuner).

b. Medicamenteuze behandeling

- Het voorschrijven van acetylcholinesteraseremmers en memantine door huisartsen wordt niet aangeraden tenzij in samenspraak met de ketenpartner bij voldoende expertise;
 - Bij gedragsproblemen zijn non-medicamenteuze omgevingsinterventies het belangrijkste. Medicatie kan ondersteunend zijn. Gezien het verhoogde mortaliteitsrisico bij chronisch gebruik van antipsychotica dienen deze middelen 3 maandelijks geëvalueerd te worden en bij verbetering van gedrag gestaakt te worden;
 - Een aantal neuropsychiatrische symptomen zijn toegankelijk voor medicatie (o.a. angst, somberheid, depressie, agitatie, slaapstoornis, hallucinaties, achterdocht). Het doelsymptoom dient benoemd te worden en afhankelijk hiervan wordt medicatie gestart. In verband met verhoogd risico op bijwerkingen is terughoudendheid bij voorschrijven van antipsychotica geïndiceerd;
 - Bij vermoeden van vasculaire dementie dient cardiovasculair risicomanagement te worden overwogen.
- Hallucinaties, wanen: Haldol 1-2dd 0.5-1mg, te verhogen zn naar max 2dd1.5mg (bij bestaand parkinsonisme geen Haldol; Risperdal 1-2dd0.5mg zn max 2dd1.5mg);
- Agitatie/agressie: Haldol 1-2dd0.5-1mg, Risperdal 1-2dd0.5mg, eventueel benzo-diazepine met korte halfwaardetijd toevoegen, bijv Oxazepam 1-3dd5-10mg, of Lorazepam 1-2dd0.5-1mg (bij geen resultaat op Haldol, dan eventueel switchen naar Risperdal).

- Somberheid/depressie: antidepressivum, citalopram 1dd10mg na 7 dagen 1dd20mg, tricyclische antidepressiva dienen vermeden te worden gezien hun anticholinerge bijwerkingen;
- Angst: benzodiazepine met korte halfwaardetijd, bijv. Oxazepam 1-3dd5-10mg.

Bij plotseling ontstane heftige neuropsychiatrische symptomen dient een delier te worden uitgesloten.

Controle/vervolg

Beginnende dementie: controle frequentie afstemmen op de behoefte van de patiënt en naasten. Gevorderd stadium: regelmatige controles, bijvoorbeeld 1x per 3 maanden.

Bij de cyclische beoordeling van de zorgbehoefte en de verzorgingssituatie wordt gebruik gemaakt van een zorgondersteuner.

Verwijzen

- Als de huisarts ervoor kiest de diagnostiek van dementie uit te besteden;
- Bij 'niet pluis' gevoel of twijfel over de diagnose;
- Lage leeftijd (<65 jaar);
- Complexe problematiek;
- Onverwacht beloop;
- Beoordeling/advies t.a.v. medicatie of neuropsychiatrische verschijnselen;
- Problemen bij de verzorging.

- Jonger dan <65 jaar: **neuroloog**;
- Multimorbiditeit: **klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde**;
- Bijkomende gedragsproblematiek, zorgmijders, crisissituaties: **GGZ**;
- Specifieke zorgvragen naast basisdiagnostiek: **specialist ouderengeneeskunde**.

Beleid in de 2^e lijn

- Nosologische diagnose in multidisciplinaire setting;
- Aanvullend onderzoek op indicatie;
- Adviezen tav medicatie en vervolgbeleid;
- Behandeling acetylcholinesteraseremmers en effectevaluatie.

Terugverwijzen

Na diagnostiek wordt de patiënt weer terugverwezen naar de huisarts. Bij gebruik van acetylcholinesteraseremmers kan een patiënt in de 2^e lijn worden vervolgd (i.v.m. de specifieke monitoring).

Namens huisartsen:

Anke Pril
Susan Pruijsen

Namens regionale gerieters:

Katie Dermout, GGZ Oost Brabant
Loes van Nuland-van Wolferen, Elkerliek ziekenhuis

Verder namens:

Els Lambooi, internist Ouderengeneeskunde, Máxima Medisch Centrum
Herman Maassen, directeur Ananz en specialist Ouderengeneeskunde, St. Anna
Zorggroep
Merel Pappers, GZ psycholoog, GGZ Oost Brabant
Theo van den Steenhoven, neuroloog, Máxima Medisch Centrum

Namens transmurale stichtingen:

Ans Hendrikx, coördinator Quartz
Mariëtte Oostindiër, coördinator TransMáx

Referenten:

Anneke Dalinghaus, huisarts en kaderarts ouderenzorg
Rian van Lier, verpleegkundig expert, de Zorgboog
Serge Roufs, sociaal geriater GGzE
Sonja Verstraeten, GZ psycholoog, Máxima Medisch Centrum

Tevens zijn betrokken geweest bij het tot stand komen van de RTA:

Ketenzorg dementie regio Helmond
Zorgketen dementie regio Eindhoven en omgeving

Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld in samenwerking met de transmurale organisaties HaCa, Quartz, THEMA, TransMáx. Voor deze samenwerkingsafpraak is uitgegaan van de landelijke richtlijnen (CBO, NHG-standaard). Deze samenwerkingsafpraak is goedgekeurd door de Kwaliteitsraad van de Huisartsenkring Zuidoost Brabant.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze RTA mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Quartz

© 2013 Quartz