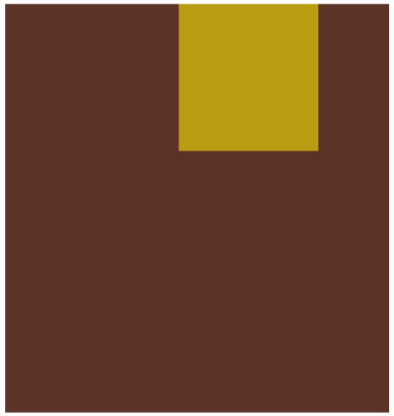


expertisecentrum
dementie
Vlaanderen

1

expertisecentrum dementie Vlaanderen

Richtlijn ‘Diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk’

: Jurn Verschraegen, RN / Marlies De Brandt, MD

domus medica

KU LEUVEN

EBM PracticeNet
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

2

Inhoud

- Inleiding
- Ontwikkelingsproces
- Klinische vragen
- Aanbevelingen
- Randvoorwaarden
- Toetselementen/kwaliteitsindicatoren

expertisecentrum dementie Vlaanderen

domus medica

KU LEUVEN

EBMPracticeNet
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

3

Inleiding

Dementieplan Vlaanderen (2010 en update 2016) benadrukt de rol van de huisarts wat betreft:

- Vroegtijdige herkenning van signalen
- Diagnose en zorgdiagnose
- Behandeling
- Opvolging
- In de toekomst: referentiearts?

expertisecentrum dementie Vlaanderen

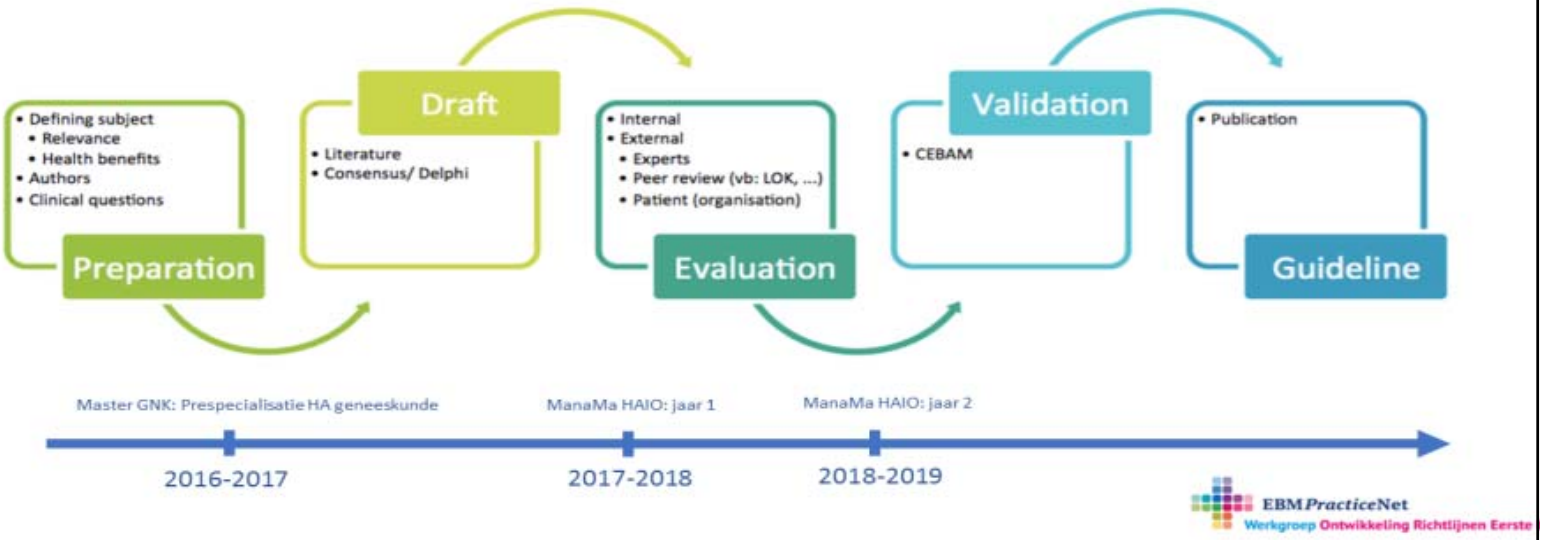
domus medica

KU LEUVEN

EBM PracticeNet
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

4

Ontwikkelingsproces



expertisecentrum dementie Vlaanderen

domus medica

KU LEUVEN

EBM PracticeNet
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

5

Klinische vragen

- **Detectie van een geheugenprobleem**
  - Wat zijn voor de huisarts signalen, rode vlaggen en symptomen die doen denken aan een cognitieve stoornis?
- **Differentieel diagnose van dementie**
  - Hoe maakt de huisarts het onderscheid met andere oorzaken van cognitieve achteruitgang en welke ziektebeelden moeten in de differentiaal diagnostiek van dementie worden opgenomen?
- **Anamnese: anamnestische diagnostische tests**
  - Waaruit bestaat de anamnese door de huisarts bij het vermoeden van dementie?
- **Heteroanamnese: heteroanamnestische tests**
  - Wat is de bijdrage van de heteroanamnese door de huisarts bij het vermoeden van dementie?
- **Technische onderzoeken**
  - Welke technische onderzoeken hebben een plaats in de diagnostische evaluatie door de huisarts van een patiënt met het vermoeden van dementie?
- **Verwijzing naar de tweede lijn**
  - Wanneer en met welk doel verwijst de huisarts door naar de tweede lijn?

expertisecentrum dementie Vlaanderen | domus medica | KU LEUVEN | EBM PracticeNet Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

6

Aanbevelingen

Detectie van een geheugenprobleem

Klinische vraag: wat zijn voor de huisarts signalen, rode vlaggen en symptomen die doen denken aan een cognitieve stoornis?

Aanbeveling

Er wordt gesuggereerd te letten op nieuw ontstane cognitieve problemen, psychologische/psychiatrische problemen, stoornissen in de motoriek en ontmaskerende gebeurtenissen met respect voor de draagkracht van de patiënt en zijn omgeving op ieder moment (Good Point of Practice)

expertisecentrum dementie Vlaanderen

domus medica

KU LEUVEN

EBM PracticeNet
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

7

Aanbevelingen

Vroege symptomen en signalen van dementie: rode vlaggen vermeld in bestaande richtlijnen:

Cognitief	BPSD	Motorisch	Demaskerende gebeurtenis	Andere
Geheugen-klachten	Apathie	Loop- en evenwichts-stoornissen	Delier	Frailty
↓ Oriëntatie	Δ Persoonlijk-heid		Medicatie opstarten	Onverklaard gewichtsverlies
Executieve disfunctie	Depressie		↓ Zelf-redzaamheid	Frequente visites
↓ Taal	Angst			
↓ Visuospatieel inzicht				

expertisecentrum dementie Vlaanderen

domus medica

KU LEUVEN

EBM PracticeNet
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

8

Aanbevelingen

Differentieel diagnose van dementie

Klinische vraag: hoe maakt de huisarts het onderscheid met andere oorzaken van cognitieve achteruitgang en welke ziektebeelden moeten in de differentiaal diagnostiek van dementie worden opgenomen?

Aanbeveling

Er wordt aanbevolen de differentiaal diagnose van dementie in de eerste plaats te maken op basis van een goede anamnese en klinisch onderzoek (Sterke aanbeveling, matig niveau van bewijskracht).

De belangrijkste diagnoses waartussen men dient te differentiëren zijn een delirium, een depressie, milde cognitieve stoornissen, neveneffecten van toxische stoffen of geneesmiddelen, sensorische beperkingen en andere psychiatrische en neurologische aandoeningen. Voorbeelden daarvan zijn psychotische aandoeningen, de ziekte van Parkinson, een subduraal hematoom, een CVA, normale druk hydrocefalie, een metabole stoornis en een infectie. (Good Point of Practice).

expertisecentrum dementie Vlaanderen

domus medica

KU LEUVEN

EBM PracticeNet
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

9

Tabel: vergelijking tussen de verschillende klinische kenmerken

Klinisch kenmerk	Delirium	Dementie	Depressie
Begin	Abrupt, acuut (in uren tot dagen)	Traag, sluipend, vaak laat herkend (in maanden tot jaren)	Variabel, meestal geleidelijk in enkele weken
Beloop	Diurne fluctuaties van de symptomen, meestal erger 's avonds of 's nachts	Chronisch progressief, geen diurn patroon	Variabel, meestal erger 's ochtends
Bewustzijn	Gedaald of hyperalert	Helder bewustzijn in het beginstadium	Ongestoord, helder
Aandacht	Aangetast, fluctuerend	Ongestoorde aandacht in het beginstadium	Kan gedaald zijn door interesseverlies
Oriëntatie	Meestal aangetast, fluctuerend	Kan gestoord zijn afhankelijk van subtype en ernst	Ongestoord, helder
Geheugen	Kortetermijngeheugen aangetast	Korte- en langetermijngeheugen aangetast	Selectief gestoord (door tekort aan aandacht, interesse of concentratie)
Denkproces	Incoherent, gedesorganiseerd	Verarmd, moeite met abstract begrip	Intact doch met een ondertoon van hopeloosheid en hulpeloosheid
Perceptie	Frequent vluchtige wanen of hallucinaties	Normale perceptie in het beginstadium	Normale perceptie (tenzij psychotische depressie)
Spraak	Incoherent	Afasie, afhankelijk van ernst en subtype	Normale spraak doch kan vertraagd zijn
Psychomotoor gedrag	Variabel: hypokinesie, hyperkinesie, kan afwisselen	Meestal normaal	Variabel
Beoordeling van cognitie	Snel afgeleid, maakt daardoor veel fouten	Heeft moeite om op een correct antwoord te komen	Fouten eerder door tekort aan motivatie, antwoordt vaak met 'ik weet het niet'

expertisecentrum dementie Vlaanderen

domus medica

KU LEUVEN

EBM PracticeNet
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

10

Aanbevelingen

Anamnese

Klinische vraag: Waaruit bestaat de anamnese door de huisarts bij het vermoeden van dementie?

Aanbeveling

- De klachten van de patiënt worden duidelijk in kaart gebracht en de zelfredzaamheid van de patiënt kan getoetst worden door de ADL en I-ADL na te gaan. Daarnaast bevraagt men relevante comorbiditeiten, de eigen en de familiale voorgeschiedenis, de leefstijl en het medicatiegebruik. (Good Point of Practice)
- Overweeg een cognitieve test te gebruiken ter objectivering van de mogelijke cognitieve stoornis. De MMSE is hiervoor in Vlaanderen de meest gebruikte cognitieve test, maar andere testen zoals de GPCOG, MiniCog en de MIS hebben op het vlak van bewijskracht en toepasbaarheid een beter profiel. (Zwakke aanbeveling, matig niveau van bewijskracht).

expertisecentrum dementie Vlaanderen | domus medica | KU LEUVEN | EBM PracticeNet Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

11

Aanbevelingen

	VAAK tot ALTIJD	SOMS	ZELDEN tot NOOIT
Vragenlijsten / hulpmiddelen (N=331)			
MiniCog	5,14% (17)	11,48% (38)	83,38% (276)
MMSE	82,78% (274)	13,6% (45)	3,63% (12)
DSM IV / V	5,44% (18)	7,85% (26)	86,71% (287)
NPI-Q	0,30% (1)	3,63% (12)	96,07% (318)
Global deterioration scale	1,51% (5)	3,93% (13)	94,56% (313)
Lawton (iADL)	4,23% (14)	4,23% (14)	91,54% (303)
Katzschaal (ADL)	45,02% (149)	29,61% (98)	25,38% (84)
MOCA	0,30% (1)	2,11% (7)	97,58% (323)
MDS/RAI schaal	0,60% (2)	0,91% (3)	98,49% (326)
Meedelen diagnose dementie (N=331)	72,81% (241)	20,54% (68)	6,65% (22)
Multidisciplinair overleg bijwonen (N = 315)	66,98% (211)	29,52% (93)	3,49% (11)

Bron: Despriet D, Van de Putte E, Van Eecke H. Hoe handelt de Vlaamse huisarts bij dementie? : KULeuven ; 2016.

expertisecentrum dementie Vlaanderen

domus medica

KU LEUVEN

EBM PracticeNet
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

12

Aanbevelingen

GPCOG

Patient name:_____ Date: _____

GPCOG Screening Test

Step 1: Patient Examination

Unless specified, each question should only be asked once

Name and Address for subsequent recall test

1. *"I am going to give you a name and address. After I have said it, I want you to repeat it. Remember this name and address because I am going to ask you to tell it to me again in a few minutes: John Brown, 42 West Street, Kensington."* (Allow a maximum of 4 attempts).

Time Orientation	Correct	Incorrect
2. *What is the date?* (exact only)	☐	☐
Clock Drawing – use blank page		
3. *Please mark in all the numbers to indicate the hours of a clock* (correct spacing required)	☐	☐
4. *Please mark in hands to show 10 minutes past eleven o'clock* (11.10)	☐	☐
Information		
5. *Can you tell me something that happened in the news recently?* (Recently = in the last week. If a general answer is given, eg "war", "lot of rain", ask for details. Only specific answer scores).	☐	☐
Recall		
6. *What was the name and address I asked you to remember*		
John	☐	☐
Brown	☐	☐
42	☐	☐
West (St)	☐	☐
Kensington	☐	☐

(*To get a total score, add the number of items answered correctly*
Total correct (score out of 9) /9

If patient scores 9, no significant cognitive impairment and further testing not necessary.
If patient scores 5-8, more information required. Proceed with Step 2, informant section.
If patient scores 0-4, cognitive impairment is indicated. Conduct standard investigations.

© University of New South Wales as represented by the Dementia Collaborative Research Centre – Assessment and Better Care; Brodaty et al, JAGS 2002; 50:530-534

MIS

The Memory Impairment Screen

Memory Impairment Screen (MIS) evaluates episodic memory of an elderly person. This instrument is similar to the five-word test.

What does the test consist of?

The examiner shows a sheet on which is written a series of 4 words that do not belong to the same category cues (we say that these words belong to different semantic categories). For example:

1. Tomato
2. Hammer
3. Cod
4. Tulip

The subject is asked to read aloud these four words from a **printed** page. Then he is asked to identify each word that matches the category cue - e.g. *'what is the vegetable ?, 'what is the tool ?'* etc.

The examinee then performs an interference task that lasts 2 to 3 minutes in order to distract the patient's attention. e.g. *ask the patient to count backwards from 20 to zero.*

Then the examiner asks the patient to identify the four words that were previously shown (this is called 'the free recall').

The examiner presents category cues for *only* those words not recalled freely (this is called 'the cued recall').

The MIS Score

2 points are attributed for each remembered word without the assistance of the examiner. This is the free-recall scoring.

1 point is attributed for each remembered word with the assistance of the examiner. This is the cued recall scoring.

Total score = [(2 x free) + cued] remembered words. It ranges from 0 to 8.

A score below or equal to 4 indicates a high probability (above 60%) that the individual suffers from Alzheimer's disease.

MINI-COG

Mini-Cog™ Instructions for Administration & Scoring

ID: _____ Date: _____

Step 1: Three Word Registration

Look directly at person and say, "Please listen carefully. I am going to say three words that I want you to repeat back to me now and try to remember. The words are [select a list of words from the versions below]. Please say them for me now." If the person is unable to repeat the words after three attempts, move on to Step 2 (clock drawing).

The following and other word lists have been used in one or more clinical studies.[1-5] For repeated administrations, use of an alternative word list is recommended.

Version 1	Version 2	Version 3	Version 4	Version 5	Version 6
Banana	Leader	Village	River	Captain	Daughter
Sunrise	Season	Kitchen	Nation	Garden	Heaven
Chair	Table	Baby	Finger	Picture	Mountain

Step 2: Clock Drawing

Say: "Next, I want you to draw a clock for me. First, put in all of the numbers where they go." When that is completed, say: "Now, set the hands to 10 past 11."

Use preprinted circle (see next page) for this exercise. Repeat instructions as needed as this is not a memory test. Move to Step 3 if the clock is not complete within three minutes.

Step 3: Three Word Recall

Ask the person to recall the three words you stated in Step 1. Say: "What were the three words I asked you to remember?" Record the word list version number and the person's answers below.

Word List Version: ____ Person's Answers: _____ _____ _____

Scoring

Word Recall: ____ (0-3 points)	1 point for each word spontaneously recalled without cueing.
Clock Draw: ____ (0 or 2 points)	Normal clock = 2 points. A normal clock has all numbers placed in the correct sequence and approximately correct position (e.g., 12, 3, 6 and 9 are in anchor positions) with no missing or duplicate numbers. Hands are pointing to the 11 and 2 (10:10). Hand length is not scored. Inability or refusal to draw a clock (abnormal) = 0 points.
Total Score: ____ (0-5 points)	Total score = Word Recall score + Clock Draw score. A cut point of <3 on the Mini-Cog™ has been validated for dementia screening, but many individuals with clinically meaningful cognitive impairment will score higher. When greater sensitivity is desired, a cut point of <4 is recommended as it may indicate a need for further evaluation of cognitive status.

expertisecentrum dementie Vlaanderen

domus medica

KU LEUVEN

EBM PracticeNet
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

13

Aanbevelingen

Heteroanamnese

Klinische vraag: Wat is de bijdrage van de heteroanamnese door de huisarts bij het vermoeden van dementie?

Aanbeveling

Door een heteroanamnese af te nemen bij mantelzorgers, vertrouwenspersoon of familieleden van de patiënt dient de huisarts informatie te bekomen rond (gedrags)symptomen en zelfredzaamheid, hetgeen door de patiënt zelf niet altijd makkelijk in te schatten is (Good Point of Practice).

Overweeg het gebruik van een objectiverende vragenlijst zoals de AD8 of IQCODE (Zwakke aanbeveling, matig niveau van bewijskracht).

expertisecentrum dementie Vlaanderen

domus medica

KU LEUVEN

EBM PracticeNet
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

14

Aanbevelingen

AD8 Dementia Screening Interview

Patient ID#:_____
CS ID#:_____
Date:_____

Remember, "Yes, a change" indicates that there has been a change in the last several years caused by cognitive (thinking and memory) problems.	YES, A change	NO, No change	N/A, Don't know
1. Problems with judgment (e.g., problems making decisions, bad financial decisions, problems with thinking)			
2. Less interest in hobbies/activities			
3. Repeats the same things over and over (questions, stories, or statements)			
4. Trouble learning how to use a tool, appliance, or gadget (e.g., VCR, computer, microwave, remote control)			
5. Forgets correct month or year			
6. Trouble handling complicated financial affairs (e.g., balancing checkbook, income taxes, paying bills)			
7. Trouble remembering appointments			
8. **Daily** problems with thinking and/or memory			
TOTAL AD8 SCORE			

expertisecentrum dementie Vlaanderen

domus medica

KU LEUVEN

EBMPracticeNet
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

15

Aanbevelingen

Technische onderzoeken

Klinische vraag: welke technische onderzoeken hebben een plaats in de diagnostische evaluatie door de huisarts van een patiënt met het vermoeden van dementie?

Aanbeveling

Overweeg om de volgende laboratoriumonderzoeken aan te vragen binnen de diagnostiek van dementie in de eerste lijn: WBC, RBC, Hb, Htc, thrombocyten, glucosegehalte, lever- en nierfunctie, TSH. De volgende laboratoriumonderzoeken zijn enkel aangewezen op basis van het klinisch beeld: de elektrolyten, foliumzuur, vitamine B6 en B12, HIV-antistoffen, syfilis-bloedtesten en een urineonderzoek (Zwakke aanbeveling, laag niveau van bewijskracht).

Structurele beeldvorming in de vorm van een CT of een MRI wordt minstens eenmaal aanbevolen bij de diagnostische evaluatie van dementie (Sterke aanbeveling, matig niveau van bewijskracht).

expertisecentrum dementie Vlaanderen | domus medica | KU LEUVEN | EBM PracticeNet Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

16

Aanbevelingen

Verwijzing naar de tweede lijn

Klinische vraag: wanneer en met welk doel verwijst de huisarts door naar de tweede lijn?

Aanbeveling

De huisarts is in staat de syndroomdiagnose van dementie te stellen, maar er wordt aanbevolen door te verwijzen naar de tweede lijn voor een subtypering binnen het dementieel syndroom of met een andere specifieke vraag zoals controle van de rijgeschiktheid, nazicht van een atypische presentatie, twijfel rond de syndroomdiagnose,....(Sterke aanbeveling, laag niveau van bewijskracht).

expertisecentrum dementie Vlaanderen

domus medica

KU LEUVEN

EBM PracticeNet
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

17

Aanbevelingen

Van Hout et al, 2000: cross-sectionele studie diagnostiek HA vs geheugenkliniek

- 76% van de diagnoses van dementie kwamen overeen
- wanneer er een onderscheid gemaakt moest worden in subtype kwamen slechts 53% van de diagnoses overeen

Are general practitioners able to accurately diagnose dementia and identify Alzheimer's disease? A comparison with an outpatient memory clinic.
H van Hout, M Vernooij-Dassen, P Poels, W Hoefnagels, R Grol
British Journal of General Practice 2000; 50 (453): 311-312.

expertisecentrum dementie Vlaanderen

domus medica

KU LEUVEN

EBM PracticeNet
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

18

Randvoorwaarden

- Terugbetalingsvoorwaarden medicatie RIZIV
- Voorwaarden D-forfait
- Arbeidsintensiteit van het diagnostisch proces

Tabel 9: voorbeeld van opsplitsing in verschillende contactmomenten, NHG 2016

	Actie
1e consult	Anamnese. Formulier voor bloedonderzoek meegeven.
2e of meerdere consult(en)	Lichamelijk onderzoek Heteroanamnese MMSE en kloktekentest. Op indicatie: NPI- (probleemgedrag), GDS- (depressie) of (I)ADL-vragenlijst
Evaluatie	Indien van toepassing: overleg HA, wijkverpleegkundige, of andere betrokken hulpverleners (bv. thuiszorg, maatschappelijk werk, psycholoog, specialist)

expertisecentrum dementie Vlaanderen

domus medica

KU LEUVEN

EBMPracticeNet Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

19

Terugbetalingsvoorwaarde (RIZIV) voor memantine en cholinesterase-inhibitoren	Richtlijn diagnostiek van dementie
Voorwaarden betreffende de diagnose bevestigd door een psychiater, een neuropsychiater, een internist-geriater , een geriater of een neuroloog, op basis van de DSM-IV criteria (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4de uitgave)	De huisarts is in staat is de syndroomdiagnose van dementie te stellen maar er wordt aanbevolen door te verwijzen naar de tweede lijn voor een subtypering binnen het dementieel syndroom of met een andere specifieke vraag zoals controle van de rijgeschiktheid, nazicht van een atypische presentatie,... (Sterke aanbeveling, laag niveau van bewijskracht)
Cholinesterase-inhibitoren: Voorwaarden betreffende het behalen van een MMSE-score hoger of gelijk aan 10 (Mini Mental State Examination), met, wanneer de	De MMSE is in Vlaanderen de meest gebruikte cognitieve test maar andere testen zoals de GPCOG, MiniCog en de MIS hebben op het vlak van bewijskracht en toepasbaarheid een beter profiel. Er wordt gesuggereerd deze testen te
MMSE-score hoger is dan 24, bevestiging van de diagnose door het toepassen van aangepaste, gevalideerde en gestandardiseerde neuropsychologische evaluaties, uitgevoerd door professionelen deskundig in het domein van de neuropsychologie; Memantine: voorwaarden betreffende het behalen van een MMSE-score lager dan 15 en hoger of gelijk aan 10	gebruiken als ondersteuning in de anamnese bij een vermoeden van een dementieel syndroom. (Zwakke aanbeveling, matig niveau van bewijskracht)
Voorwaarden betreffende de afwezigheid van andere pathologieën als oorzaak van dementie, bevestigd door beeldvormingstechnieken van de hersenen, aangetoond door computergestuurde tomografie, of door magnetische resonantie;	Structurele beeldvorming in de vorm van een CT of een MRI wordt minstens eenmaal aanbevolen bij de diagnostische evaluatie van dementie. Er bestaat momenteel nog discussie of dit binnen de eerste- of tweedelijnszorg kadert. (GRADE 2B)
Voorwaarden betreffende de voorafgaande uitvoering van een functionele evaluatie van de betrokken patiënt, waaronder minstens een basale ADL (Activities of Daily Living) door gebruik te maken van de 6 items van de Katz-schaal, een instrumentele ADL door gebruik te maken van de 9 punten van de Lawton-schaal, evenals een gedragsobservatie met een Global Deterioration Scale en een schaal van gedragsstoornis (NPI-Q of NeuroPsychiatric Inventory Questionaire);	Er bestaat een belangrijke plaats voor de heteroanamnese in het diagnostisch proces van dementie. Zo kan de heteroanamnese belangrijke informatie opleveren op het vlak van gedragssymptomen en zelfredzaamheid. Er ontbreekt echter voldoende evidentie voor het gebruik van een specifieke heteroanamnestische vragenlijst om het dementieel syndroom zelf vast te stellen. Er wordt dus gesuggereerd een grondige heteroanamnese uit te voeren, al dan niet ondersteund door een vragenlijst. (GRADE 2B)
Voorwaarden betreffende de voorafgaande uitvoering van een voorstel van een multidisciplinaire structuur van zorgen en van ondersteuning van de omgeving van de betrokken patiënt, met name volgens de behoeften die zijn vastgesteld bij de functionele evaluatie waarvan in vorige alinea sprake is, volgens de specifieke behoeften wanneer de patiënt thuis wordt verzorgd en wanneer hij wordt opgenomen in een verzorgingsinstelling, met betrokkenheid van de behandelende huisarts en de specialist zoals vermeld in het eerste punt hierboven.	/

expertisecentrum dementie Vlaanderen

EBMPracticeNet
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

20

Toetselementen - kwaliteitsindicatoren

Doel: herevaluatie van deze richtlijn, vijf jaar na publicatie

Hoe?

- kleinschalig onderzoek uit 2011 aan de KULeuven onderzocht de toepasbaarheid van de Nederlandse kwaliteitsindicatoren
- aangevuld met enkele kwaliteitsindicatoren uit internationale literatuur, in de Vlaamse context
- bevraging van 17 huisartsen en 20 CRA's hoe de implementatie van deze indicatoren zouden kunnen nagegaan worden

Conclusie van dit onderzoek: weinig toepasbaar vanwege

1) het ontbreken van een richtlijn
2) het gebrek aan implementatie in het EMD

expertisecentrum dementie Vlaanderen

domus medica

KU LEUVEN

EBM PracticeNet
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

21

www.huisartsendementie.be

Algemene informatie
Hier vind je de definitie, algemene informatie over de incidentie en de verschillende vormen van dementie.

Voorbeeldcasussen
De verschillende stappen in het diagnostisch proces worden hier toegelicht aan de hand van enkele casussen.

Nuttige documenten
Heel wat nuttige documenten/aanvraagformulieren op een rijtje..

Interessante websites

Doel van de website
Waarop is deze site gebaseerd? Wie proberen we te bereiken?

Over ons
Hoe is deze website tot stand gekomen?

Referenties
Op welke informatie is deze website gebaseerd?

Privacybeleid en Disclaimer

expertisecentrum dementie Vlaanderen

domus medica

KU LEUVEN

EBM PracticeNet
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

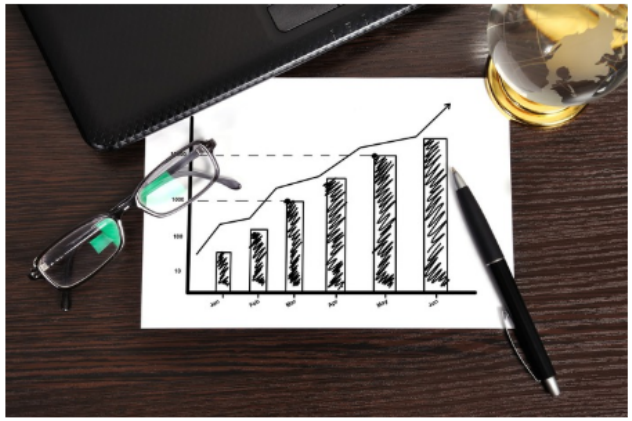
22

Dementiezorg in de eerste lijn

PREVENTIE DETECTIE ZIEKTEDIAGNOSE ZORGDIAGNOSE BEHANDELING

Ziektediagnostiek ➤ Vragenlijsten

Vragenlijsten



MMSE	Meer informatie
MoCA	Meer informatie
NPI	Meer informatie
Kloktekentest	Meer informatie
KATZ	Meer informatie
OLD	Meer informatie
Geriatrische depressieschaal (GDS)	Meer informatie
IQCODE-N	Meer informatie
AD8	Meer informatie

expertisecentrum dementie Vlaanderen

domus medica

KU LEUVEN

EBM PracticeNet Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

23

Differentiaaldiagnose

De differentiaaldiagnose van dementie wordt in de eerste plaats gebaseerd op een goede anamnese en klinisch onderzoek
(Sterke aanbeveling, matig niveau van bewijskracht).

De belangrijkste diagnoses waartussen men dient te differentiëren zijn een delirium, een depressie, milde cognitieve stoornissen, neveneffecten van toxische stoffen of geneesmiddelen, sensorische beperkingen en andere psychiatrische en neurologische aandoeningen
(Good Point of Practice).

Klik op onderstaande knoppen om meer te lezen

- Delier
- Normale vergeetachtigheid
- Mild cognitive impairment (MCI)
- Sensorische beperkingen
- Depressie
- Andere psychiatrische of neurologische aandoeningen
- Toxische stoffen (alcohol, drugs, omgeving) of

expertisecentrum dementie Vlaanderen

domus medica

KU LEUVEN

EBM PracticeNet
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

24

Professionele zorgmogelijkheden:

- Dagopvang, gedurende één of meerdere hele of halve dagen
- Kortverblijven
- Woonzorgcentra

Wil je weten welke hulpverleners in jouw buurt je kunnen ondersteunen? Klik dan hier voor de sociale kaart van jouw regio.

Interessante links naar professionele zorgverlening

Interprovinciale Sociale kaart: https://www.desocialekaart.be/

Rechtenverkenner: https://www.rechtenverkenner.be/

Zorgaanbod Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid: https://www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/

Kenniscentrum Mantelzorg: https://www.kenniscentrumwwz.be/mantelzorg

Thuiszorgzakboekje West-Vlaanderen: https://www.thuiszorgzakboekje.be/site/default.asp

Digitaal netwerk Kortverblijven: https://www.kortverblijven.be

Draaiboek voor het organiseren van een MDO: klik hier

← Mantelzorg

Hulpmiddelen →

expertisecentrum dementie Vlaanderen

domus medica

KU LEUVEN

EBM PracticeNet Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

25

Credits

Dr. Frie Allemeersch
Dr. Sicco Bakker
Dr. Michael Barelli
Dr. Klaartje Brepoels
Dr. Marlies De Brandt
Dr. Steven Flerackers
Dr. Saadat Khan Bhatti
Dr. Thomas Stulens
Dr. Goedele Mertens
Prof. Dr. Jan De Lepeleire
Prof. dr. Jan Steyaert
Domus Medica
KU Leuven
EBM PracticeNet

expertisecentrum dementie Vlaanderen
domus medica
KU LEUVEN
EBM PracticeNet Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

26