

Zakkaartje Dementie

Conform NHG-Standaard Dementie

Signalen herkennen Let op deze signalen: - Geheugenklachten, vreemd sociaal gedrag, moeite met plannen/organiseren - Vallen, blauwe plekken, somberheid, angst, verwardheid, gewichtsverlies - Vaak gemeld dóór apotheek, burens of familie, niet door patiënt zelf Bij < 65 jaar: - Vaker gedrags-/persoonlijkheidsverandering dan geheugenklachten	Diagnostisch proces 3 stappen: 1. Signaleren: let op signalen, ook niet-specifieke 2. Diagnostiek: bespreek éérs voor- en nadelen mét patiënt en naasten (autonomie!) 3. Inventariseer zorgbehoefte van patiënt én mantelzorger Praktisch: - Kan in de huisartsenpraktijk (event. POH) - Hetero-anamnese altijd apart van de patiënt afnemen	Rode vlaggen Denk aan een andere oorzaak bij: - Snel ontstaan + wisselend bewustzijn → delier - Hoofdtrauma + bloedverdunner → subduraal hematoom - Snelle achteruitgang in < 2 maanden - Hoofdpijn, epilepsie, uitval, kanker in VG → hersentumor - Loopstoornis + incontinentie → normal pressure hydrocephalus - Pas gestarte medicatie (anticholinergica, benzo's)								
Anamnese & onderzoek Anamnese: - ADL/iADL, geheugen, taal, gedrag, beloop van de klachten Hetero-anamnese: - Apart van patiënt afnemen; vraag ook naar gedragsproblemen Onderzoek: - Uiterlijke verzorging, visus/gehoor, hart en longen - Neuro-onderzoek bij vermoeden CVA, parkinsonisme of NPH Lab/scan: - Niet standaard nodig: kans missen behandelbare oorzaak is klein	Testen & afkapwaarden Altijd combineren: - MMSE + Kloktekentest; bij laaggeletterden/anderstaligen: RUDAS i.p.v. MMSE <table><tr><th>Test</th><th>Afkapwaarde</th></tr><tr><td>MMSE (max. 30)</td><td>score < 24 past bij dementie</td></tr><tr><td>Kloktekentest</td><td>Eelke afwijking van perfecte klok telt</td></tr><tr><td>RUDAS (max. 30)</td><td>score < 22 past bij dementie</td></tr></table> MoCA: - Niet aanbevolen in de huisartsenpraktijk	Test	Afkapwaarde	MMSE (max. 30)	score < 24 past bij dementie	Kloktekentest	Eelke afwijking van perfecte klok telt	RUDAS (max. 30)	score < 22 past bij dementie	Beleid & behandeling Voorlichting: - Patiënt + mantelzorger samen: bespreek rijgeschiktheid en wensen vastleggen (ACP) Niet-medicamenteus: - Dagstructuur, dagbesteding, ergotherapie, respijtzorg voor mantelzorger Medicatie: - Cholinesteraseremmers/memantine NIET geadviseerd: weinig effect + bijwerkingen - Voedingssupplementen (ginkgo, omega-3, vit. E): niet effectief Casemanager: - Bied vanaf diagnose een casemanager dementie aan
Test	Afkapwaarde									
MMSE (max. 30)	score < 24 past bij dementie									
Kloktekentest	Eelke afwijking van perfecte klok telt									
RUDAS (max. 30)	score < 22 past bij dementie									
Probleemgedrag bij dementie: aanpak in 6 fasen Vormen van probleemgedrag: Psychotisch, depressief, angstig, geagiteerd (incl. agressie/nachtelijke onrust), apathisch gedrag. Aanpak in 6 fasen: 1. Beschrijving en verheldering van het gedrag 2. Onderzoek (hetero-anamnese, lichamelijk, evt. NPI-Q vragenlijst) 3. Probleemdefinitie: gezamenlijk beeld met mantelzorger/team 4. Behandeldoel vaststellen 5. Behandelplan: start altijd niet-medicamenteus 6. Evaluatie: terug naar eerdere fase bij onvoldoende effect Crisis (acute agitatie/agressie): De-escaleren; zo nodig lorazepam 1–2,5 mg oraal, of bij psychotisch beeld haloperidol 0,5–1,5 mg 2dd (NIET bij Lewy body-dementie/Parkinson). Overleg specialist ouderengeneeskunde of ouderenpsychiater.		Wanneer verwijzen? Verwijs bij: - Jonge leeftijd (< 65–70 jaar) - Vermoeden bijzondere vorm (FTD, Lewy body, vasculair) - Vermoeden behandelbare oorzaak - Diagnostische twijfel of behoefte aan zekerheid - RUDAS niet mogelijk of onvoldoende - Complexe comorbiditeit, verslaving, ernstig probleemgedrag - Crisis, gevaar of (vermoeden van) wilsonbekwaamheid								