

Nijmegen | Januari 2021 | UKON

Werkwijze specialist ouderengeneeskunde

Analyse cognitieve stoornissen

UKON | P/A RABDOUDUMC, AFD. ELG-149 | POSTBUS 9101, 6500 HB NIJMEGEN
BEZOEKERSADRES: GEERT GROOTEPLEIN 21 (ROUTE 149) | 6525 EZ NIJMEGEN
TELEFOON: 024-3618181 | E-MAIL: UKON.ELG@RABDOUDUMC.NL
WWW.UKONNETWERK.NL

Vooraf

Hieronder wordt een handreiking gedaan voor de werkwijze van de specialist ouderengeneeskunde (SO) voor de situatie waarin een patiënt wordt verwezen door de huisarts met de vraagstelling: analyse cognitieve stoornissen. Deze werkwijze kan als leidraad worden genomen en volgens lokale/regionale afspraken worden ingevuld en aangepast. De huisarts kan ervoor kiezen zelf diagnostiek naar cognitieve stoornissen te verrichten, bijvoorbeeld in samenwerking met POH-Ouderenzorg volgens de NHG-standaard dementie (1), of hiervoor te verwijzen (zie stroomdiagram Bijlage 1).

1. Verwijzing analyse van cognitieve stoornissen

Als de huisarts ervoor kiest om voor analyse van de cognitieve stoornissen te verwijzen, gebeurt dat vooral bij de onderstaande indicaties. Naast verwijzing naar de SO, kan ook verwijzing naar andere specialismen als geriater of neuroloog plaatsvinden, al dan niet werkzaam op een geheugenpolikliniek. Bij verdenking van intracraniële processen of weinig voorkomende vormen van dementie ligt verwijzing naar een ziekenhuisspecialist meer voor de hand.

- Onzekerheid omtrent het bestaan van dementie, bijvoorbeeld bij hoogopgeleiden, laaggeletterden.
- Diagnostiek bij mensen die geen Nederlands spreken.
- Behoeft aan een nosologische diagnose.
- Dementie op jonge leeftijd (≤ 65 jaar).
- Bijkomende ernstige psychiatrische ziekte of verstandelijke beperking.
- Forse toename van de cognitieve stoornissen binnen twee maanden.
- Recent hoofdletsel, met name in geval van een stollingsstoornis of gebruik van anticoagulantia.
- Recente voorgeschiedenis van maligniteit.
- Nieuwe onverklaarde mictiedrang of urine-incontinentie in combinatie met een loopstoornis (verdenking normal pressure hydrocephalus).
- Nieuwe focale neurologische uitval.
- Vermoeden van frontotemporale dementie, Lewy-Body-dementie of Parkinsondementie.

Gegevens die nodig zijn bij verwijzing worden genoemd in de publicatie 'Uitwisselen informatie huisarts-specialist ouderengeneeskunde' (2).

2. Analyse cognitieve stoornissen door SO na verwijzing

2.1. Ziektediagnostiek

Het advies is om de diagnostische fase over minimaal 2 patiëntencontacten te verdelen waarvan minimaal eenmaal in eigen woonomgeving. Dit om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de problematiek en zorgbehoefte. De reden voor minimaal 2 patiëntencontacten is dat cognitie kan wisselen over de tijd en dit beloop informatie geeft over de mogelijke oorzaak. Een deel van het onderzoek zou over kunnen worden genomen door bijvoorbeeld een psycholoog, ergotherapeut, geriatrisch verpleegkundige, verpleegkundig specialist, nurse practitioner, physician assistant, SPV-er. Ook kan een deel van de diagnostiek al verricht zijn in de huisartspraktijk.

- Anamnese (liefst in eigen woonomgeving):
 - o Zie voor adviezen wat uit te vragen NHG-standaard, NVA en multidisciplinaire richtlijn Dementie (1,3,4, Bijlage 2).
- Heteroanamnese: mantelzorgers en/of verzorgers en/of andere hulpverleners (30 min) (1,3,4).
- Lichamelijk onderzoek:
 - o Algemeen: bloeddruk (evt ook orthostase), pols, temperatuur (bij verdenking delier), gewicht, lengte, onderzoek hart, longen en abdomen.
 - o Mond
 - o Visus, gehoor
 - o Oriënterend neurologisch onderzoek
 - o Bewegingsapparaat
- Laboratoriumonderzoek: Hb, BSE, kreat, TSH, glucose. Op indicatie: Na, K (bij diuretica, braken, diarree), vitamine B1, B6 (bij verdenking alcoholabusus of onvolwaardige voeding), B12, foliumzuur (bij anemie, paresthesie of ataxie), en urineonderzoek (bij verdenking delier door UWI). Overweeg Ca, fosfaat en albumine bij verdenking maligniteit of gestoorde nierfunctie (GFR <30) (1,3). Eventueel via huisarts laten doen.

- Cognitieve testen: MMSE + kloktekentest (kan door huisarts of POH worden verricht), RUDAS (voor laaggeletterden en niet-Nederlandstaligen), MOCA, 7MS, FAB, CST. Keuze voor test is afhankelijk van ervaring en patiënt.
- Psychiatrisch onderzoek (4):
 - o O.a. aandacht, bewustzijn, contact en contactgroei, stemming, waarnemingsstoornissen, coping stijl.
 - o Eventueel aanvullend stemmingsonderzoek (GDS).
- Dossieronderzoek.
- Bijstellen/review medicatie volgens STOPP- en START-criteria (5).
- Overweeg (als deze nog niet eerder betrokken zijn) bij onduidelijkheid over de diagnose/verdenking zeldzamere vorm van dementie (bijvoorbeeld frontotemporale dementie) verwijzing naar ergotherapeut en/of psycholoog voor neuropsychologisch onderzoek (NPO) en functionele testen.
- Bij bijkomende vragen vanwege multidomeinproblematiek kan overwogen worden om een volledig geriatrisch assessment te doen volgens richtlijn Verenso (6).

De diagnose dementie kan worden gesteld als er wordt voldaan aan de volgende diagnostische criteria (7):

Cognitieve of gedragsmatige (neuropsychiatrische) symptomen die:

1. Interfereren met dagelijks functioneren.
2. Duidelijk toegenomen zijn ten opzichte van eerder niveau van functioneren.
3. Niet verklaard worden door een delier of depressie.
4. Gediagnosticeerd zijn op basis van anamnese en hetero-anamnese en een objectieve cognitieve beoordeling (MMSE en kloktekentest, of RUDAS).
5. Cognitieve beperking laten zien in ten minste twee van de volgende domeinen:
 - Vermogen om nieuwe informatie op te slaan en te onthouden;
 - Redeneren en uitvoeren complexe taken, inschattingsvermogen;
 - Visuospatiële functies (het zien en verwerken van ruimtelijke informatie);
 - Taalfuncties;
 - Gedrag en persoonlijkheid.

Differentiaal diagnostisch moet in elk geval gedacht worden aan (1):

- Dementie;
- Depressie;
- Delier;
- Andere psychiatrische aandoening;
- Intracranieel ruimte innemend proces zoals subduraal hematoom (bij recent hoofdtrauma en/of anticoagulantia), hersentumor, metastasen;
- Bijwerking medicatie.

2.2. Zorgdiagnostiek

Ziektediagnostiek kan niet zonder zorgdiagnostiek. Bij zorgdiagnostiek worden de zorgbehoeften van de patiënt en mantelzorger/naasten in kaart gebracht. Hierop kunnen eventuele interventies of voorzieningen worden ingezet. Dat kan al nodig zijn tijdens de diagnostische fase om een eventuele crisissituatie af te wenden.

Zorgdiagnostiek kan verricht worden door de SO, maar afhankelijk van lokale/regionale afspraken ook door een (geriatisch) verpleegkundige, verpleegkundig specialist, nurse practitioner, physician assistent, casemanager (4,8).

2.3. Behandelplan opstellen

Aan de hand van de bevindingen bij diagnostiek zal een behandelplan op maat worden opgesteld. De inhoud van het behandelplan is niet alleen afhankelijk van de gestelde diagnose, maar vooral van de wensen en behoeften van de individuele patiënt om een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven te behalen. Dit wordt onder andere bepaald door persoonlijkheid, levensloop, cultuur, mantelzorgsysteem, voorkeuren en behoeftes van de patiënt en mantelzorg. Afhankelijk hiervan kan besloten worden hoe snel bepaalde hulp ingezet wordt. Of dit gelijktijdig wordt gedaan of in opeenvolgende stappen. Het is daarom raadzaam om het zorg- en behandelplan gezamenlijk op te stellen met betrokken hulpverleners, zoals de huisarts, POH-Ouderenzorg, wijkverpleegkundige, casemanager in een multidisciplinair overleg (zie 2.4).

2.4. MDO

Vanwege vaak voorkomen van multi-domein problematiek waarbij meerdere disciplines betrokken zijn, is het advies op meerdere momenten een multidisciplinair overleg (MDO) te houden, onder andere:

- Diagnostische fase: multidisciplinair de bevindingen van ziekte- en zorgdiagnostiek bespreken om tot behandelplan te komen;
- Behandelfase: om ingezette behandeling en zorg te evalueren en bij te stellen. Eventueel nog te herhalen later in behandelfase;
- Ter voorbereiding van uitslaggesprek met huisarts afstemmen hoe de taakverdeling en regievoering tijdens de behandelfase zal zijn. SO kan bv consulterende functie, maar ook de rol van medebehandelaar hebben.

In onderling overleg kan afgesproken worden wie de regiefunctie heeft tijdens het MDO, bv SO of huisarts. Ook kan overwogen worden om patiënt en/of familie deel te laten nemen aan het MDO.

2.5. Gesprek met patiënt/familie/mantelzorg/naasten over behandelplan (shared decision making)

- Wel diagnose dementie:
 - o Bespreken als slecht-nieuws-gesprek (9, Bijlage 3);
 - o Behandelplan bespreken;
 - o Indien autorijden: voorlichting geven over invullen Eigen Verklaring CBR (30 min extra tijd).
- Onduidelijkheid over diagnose dementie:
 - o Overweeg herbeoordeling na bv 6 tot 12 maanden bij milde cognitieve stoornissen (MCI) dan wel aanhoudende verdenking dementie;
 - o Overweeg NPO en/of MRI-cerebrum bij andere onzekerheid over diagnose of verdenking zeldzamere vormen van dementie (FTD, LBD, NPH);
 - o Overweeg verwijzing naar klinisch geriater/neuroloog/psychiater/AVG bij:
 - Ernstige multidomeinproblematiek waarbij aanvullend onderzoek in ziekenhuis, bv middels opname, gewenst is: klinisch geriater;

- Bijkomende ernstige psychiatrische ziekte of verstandelijke beperking.
- Plan na 1-2 weken een vervolcontact in door een van de betrokken hulpverleners.

3. Lokale afstemming

Maak algemene afspraken met de huisarts over:

- Taakverdeling in de diagnostische fase, o.a.
 - Afname cognitieve test(en);
 - Aanvragen van aanvullend onderzoek zoals laboratoriumonderzoek en radiologisch onderzoek;
 - Communiceren van uitslag naar patiënt.
- Regievoering in behandelfase, o.a.
 - Verwijzen naar paramedici.
- Dossiervoering en communicatie: bijvoorbeeld gebruik van huisartseninformatiesysteem, keteninformatiesysteem, zorgdomein;
- Berichtgeving naar huisarts, bv d.m.v. brief, in HIS, mondeling (2);
- Werkruimte.

4. Referenties

1. NHG-standaard Dementie (vierde herziening),
<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-dementie>.
2. Uitwisselen van informatie tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde, Verenso 2014
(<http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Richtlijnen/Huisarts-en-specialist-v4.pdf>).
3. Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Dementie. 2014, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dementie/diagnostiek_dementie.html

4. Handreiking Diagnostiek van Dementie. NVVA 2008.
5. https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/2015-07-07_start-en_stopp-criteria_zakboekje_2015.pdf
6. Handreiking Geriatrisch Assessment door de Specialist Ouderengeneeskunde, Verenso 2014.
7. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR, Jr., Kawas CH, et al. The diagnosis of dementia due to alzheimer's disease: Recommendations from the national institute on aging- alzheimer's association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers.Dement.* 2011;7:263-9
8. Zorgstandaard dementie. Vilans 2020.
<https://www.dementiezorgvoorelkaar.nl/zorgstandaard-dementie-2020/>
9. Janson J, Derksen E, Vernooij-Dassen M, Lucassen P, Olde Rikkert M. Dementie: een moeilijk te vertellen diagnose. Een systematisch literatuuronderzoek. *Huisarts Wet* 2006;49(11):538-43

5. Bijlagen:

1. Stroomdiagram.
2. Voorbeeldvragen (hetero)anamnese.
3. Stappen diagnosegesprek.