



Zorgpad Dementie

*Het Zorgpad Dementie is geïnitieerd vanuit
Ketenzorg Dementie Voorne-Putten Rozenburg
en Cohesie (eigenaar)*

7 november 2022

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. Voorwaarden voor zorg	5
2.1 Ambitie	5
2.2 Kwaliteitsborging	5
2.3 Automatisering	5
2.4 Competenties	5
3. Ziekte-identificatie	6
3.1 Signalen geheugenproblematiek	6
3.2 Risicogroepen	6
3.3 Cognitieve stoornissen en niet-pluis gevoel	6
3.4 Registratie	8
3.5 Meetinstrumenten	8
3.5.1 Kloktekentest	8
3.5.2 MMSE (Mini Mental State Examination)	8
3.5.3 RUDAS (Rowland Universal Dementia Assessment)	9
3.5.4 OLD score lijst (Observatielijst voor vroege symptomen van Dementie)	9
3.5.5 IQCODE-N lijst (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly – Nederlands)	9
4. Zorgdoelen en patiënten route	10
4.1 Doelen	10
4.2 Patiënten route	11
4.3 Zorgpaden definitie	11
4.4 Zorgpad 1	12
4.5 Zorgpad 2	12
5. Huisarts	13
5.1 Kerntaken	13
5.2 Stappen diagnostisch proces	13
5.3 Interventies en vervolgbehandeling	14
5.4 Medicamenteuze behandeling	15
5.5 Consultatie en verwijscriteria	16
6. Praktijkondersteuner/ praktijkverpleegkundige	17
6.1 Kerntaken	17
7. Wijkverpleegkundige	18
7.1 Kerntaken	18
7.2 Toolbox	18
8. Casemanager Dementie	19
8.1 Kerntaken	19
9. Specialist ouderengeneeskunde	20
9.1 Kerntaken	20
10. Gemeente	21
10.1 Ouderenadviseur	21
10.2 WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning)	21
10.3 Maatschappelijk werker	21
11. Diagnostiek Geriatrie en neurologie	22
11.1 Zorgroute Geriater	22
11.2 Kerntaken Geriater	23
11.3 Kerntaken Geriatrieverpleegkundige	24
11.4 Zorgroute Neuroloog	24
11.5 Kerntaken Neuroloog	25
11.6 Kerntaken Neurologieverpleegkundige	25
11.7 Consultatie en verwijscriteria	25
12. Psychiater	26
12.1 Verwijzing	26
12.2 MDO	26

13. VIP Samenwerken	27
13.1 Starten met VIP Samenwerken	27
13.2 Instructie VIP Samenwerken	27
13.3 Spreekuur.nl	27
13.4 Gesprek.....	27
13.5 Consultatie	27
13.6 Verwijzing naar ketenpartners	27
14. Samenwerking	28
Bijlage 1 Mogelijke signalen cognitieve stoornissen	30
Bijlage 2 Flyer niet pluis gevoel bij dementie.....	31
Bijlage 3 MMSE Instructie (Mini-Mental State Examination)	33
Bijlage 4 MMSE (Mini-Mental State Examination)	35
Bijlage 5 RUDAS (Rowland Universal Dementia Assessment) Instructie	37
Bijlage 6 RUDAS (Rowland Universal Dementia Assessment)	41
Bijlage 7 OLD score lijst (Observatielijst voor vroege symptomen van Dementie)	44
Bijlage 8 (IQCODE-N) lijst.....	45
Bijlage 9 Karakterisering Zorgpad 1 en Zorgpad 2.....	47
Bijlage 10 Stroomschema Ziekte identificatie en indeling.....	48
Bijlage 11 Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatoren en beleid	51
Bijlage 12 Instructiekaart consultatie Casemanager Dementie (CD)	52
Bijlage 13 Instructiekaart consultatie Specialist Ouderengeneeskunde (SO)	53
Bijlage 14 Verklaring afkortingen	55
Bijlage 15 Cohaesie documenten en geraadpleegde literatuur.....	56

1. Inleiding

Dit Zorgpad Dementie is geschreven om de kwaliteit van zorg voor patiënten met een sterk vermoeden van dementie of reeds gestelde diagnose dementie te optimaliseren. Het zorgpad is tot stand gekomen met behulp van de documenten 'Ketenzorg Dementie Midden-Brabant Zorgpad 1 en 2 dementie' (Lam, 2016) en 'Werken met zorgpaden in de eerstelijnsgezondheidszorg' (Schaap-Visser et al., 2012). Het zorgpad is gestart als Zorgpad Dementie, maar deze benaming bleek al niet meer passend. Mensen met bijvoorbeeld MCI of Korsakov hebben ook een zeer complexe en omvangrijke zorgbehoefte die vraagt om intensieve zorgverlening en behandeling. De zorg lijkt in veel opzichten gelijk aan de zorg voor mensen met dementie. Mensen met neurocognitieve stoornissen kunnen ook met dit zorgpad als leidraad behandeld worden.

Definitie

In Nederland lijden op dit moment naar schatting 290.000 mensen aan dementie. Dit aantal zal ten gevolge van de vergrijzing naar verwachting explosief stijgen tot ruim 400.000 in 2030¹. Dementie is een breed maatschappelijk probleem met verschillende oorzaken. Onder de bevolking heerst een groot taboe op dementie². Er is soms sprake van late diagnostiek door verschillende oorzaken. De patiënten gaan niet altijd met klachten naar de huisarts, omdat zij deze als normaal beschouwen bij hun leeftijd of ontkennen de symptomen. Daarnaast missen huisartsen eerder de diagnose bij alleenwonende patiënten. Hier spelen onder andere een gebrek aan kennis en tijd voor het signaleren van cognitieve problemen en het opstarten van een diagnostisch traject mee³.

Kernboodschappen

- Binnen het Zorgpad Dementie vindt nauwe samenwerking plaats waarbij de disciplines zorg en welzijn op elkaar zijn afgestemd. Afhankelijk van de complexiteit van de aandoening dementie is samenwerking met verschillende zorgverleners uit het netwerk nodig.
- Patiënten met dementie en neurocognitieve stoornissen staan in dit zorgpad centraal. Het doel is om deze patiëntgerichte zorg te bieden, tijdig de juiste ondersteuning van de juiste disciplines in te zetten en vroegtijdige geheugenproblematiek te signaleren.
- Het zorgpad zal moeten zorgen dat er vloeiende lijnen zijn tussen:
 - de verschillende disciplines binnen de 1^e lijn: huisartsen, praktijkondersteuners/praktijkverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen, casemanagers dementie, specialist ouderengeneeskunde (SO) en ouderenadviseurs.
 - de verschillende disciplines binnen de 2^e lijn: geriater, neuroloog, psychiater, geriatrieverpleegkundige, neurologie verpleegkundige en maatschappelijk werk.
 - de verschillende disciplines binnen de 1^e lijn en 2^e lijn.
- In het zorgpad staat op een overzichtelijke manier beschreven welke weg verschillende zorgverleners kunnen volgen om een patiënt op de juiste wijze te diagnosticeren en op de juiste manier te verwijzen.

¹ Alzheimer Nederland (2021)

² NHG-Standaard Dementie (2012)

³ NHG-Standaard Dementie (2020)

2. Voorwaarden voor zorg

2.1 Ambitie

Vroegtijdige signalering van symptomen en kenmerken van geheugenproblematiek (neurocognitieve stoornissen en/of dementie) om passende diagnostiek toe te kunnen passen in de praktijk.

2.2 Kwaliteitsborging

- Het Zorgpad Dementie moet de kwaliteit van zorg waarborgen voor de cliënt en diens omgeving.
- Casemanagers dementie voeren de regie betreffende het Zorgpad Dementie. Zij maken aanpassingen in het zorgpad waarbij dit nodig is.
- Documenten worden jaarlijks gecontroleerd op actualiteit door de werkgroep Zorgpad Dementie.
- Jaarlijks organiseren van scholing Zorgpad Dementie.
- Nieuwe medewerkers (verplicht): scholing Zorgpad Dementie en VIP live.

2.3 Automatisering

Samenwerking middels 'VIP samenwerken' tussen huisartsen, POH/PVK, wijkverpleging en casemanagers evt. aangevuld met de ouderenadviseur en WMO. Huisarts en POH/PVK en wijkverpleging werken aanvullend met hun eigen systeem en zorgplan.

2.4 Competenties

- Wijkverpleegkundige (HBO-V)
- Casemanager Dementie (HBO-vervolgopleiding: Opleiding casemanagement bij dementie)
- Verpleegkundige in de wijk met coördinerende taken (MBO-V)
- Praktijkondersteuner Huisarts: Ouderen, Somatiek, GGZ (Post HBO)
- Praktijkverpleegkundige (HBO)
- Ouderenadviseur SWO (HBO)

3. Ziekte-identificatie

3.1 Signalen geheugenproblematiek

In de eerste maanden tot jaren voorafgaande aan een diagnose dementie kunnen de onderstaande signalen indicatoren zijn voor geheugenproblematiek:

- schaafwonden, schrammen of blaren
- valneiging en/of loopstoornissen
- affectieve klachten zoals: depressie, angst en apathie
- cognitieve klachten zoals: verwardheid, verminderd geheugen, concentratie- en oriëntatiestoornissen

Een uitgebreide lijst van mogelijke cognitieve stoornissen is terug te vinden op [pagina 7](#) en toegevoegd als [Bijlage 1](#).

- gedragsproblemen zoals: rusteloosheid, agressie en hallucinaties
- gewichtsverandering of veranderde eetlust.

3.2 Risicogroepen

Patiënten met de volgende bekende aandoeningen/problemen kunnen behoren tot de groep risicopatiënten:

Aandoening/probleem	ICPC code
Geheugenstoornis	P20
Cognitieve stoornissen	N19
Vermagering	T08
Algehele achteruitgang bij de patiënt	A05

3.3 Cognitieve stoornissen en niet-pluis gevoel

Het is van belang dat alle zorg- en hulpverleners alert zijn op cognitieve stoornissen of het niet-pluis gevoel.

- Als de patiënt of zijn omgeving inzicht heeft in het niet-pluis-gevoel:
 - Verstrek de flyer 'niet-pluis gevoel bij dementie', zie [Bijlage 2](#).
 - Stimuleer de patiënt of zijn omgeving om naar de huisarts te gaan als twee of meerdere items positief scoren van aandachtspunten niet-pluis gevoel.
- Als de patiënt of zijn omgeving geen inzicht heeft in het niet-pluis-gevoel of men staat niet open voor het probleem:
 - Kijk zelf naar de aandachtspunten van niet-pluis gevoel en benoem het aan de huisarts met medeweten van de patiënt.

Mogelijke signalen cognitieve stoornissen (zie ook [Bijlage I](#))

Geheugen	Handelingen
Steeds vergeten welke dag het is.	Moeite hebben om een maaltijd klaar te maken.
Vaak in herhaling vallen zonder het zelf te beseffen.	Moeite hebben om op de juiste manier zijn/haar maaltijd te gebruiken.
Regelmatig hetzelfde verhaal vertellen tijdens een gesprek.	Moeite hebben om zich te verzorgen zoals vroeger.
Regelmatig niet op bepaalde woorden kunnen komen.	Moeite hebben met het aanvaarden van hulp bij het wassen.
Aan het antwoord is te merken dat de vraag niet begrepen is.	Moeite hebben om de kleding in de juiste volgorde aan te doen.
De waarde van geld niet meer kennen en niet meer zelfstandig kunnen betalen.	Moeite hebben om de medicatie zelf klaar te zetten.
Regelmatig de weg kwijt zijn.	Moeite hebben om de medicatie correct in te nemen.
Vergeten afspraken na te komen.	Moeite hebben met het in orde houden van de kasten.
Regelmatig kwijtraken van portemonnee, handtas of andere dingen.	Moeite hebben met het gebruik van elektrische apparaten.
Moeite hebben om nieuwe dingen te leren.	
Karakterveranderingen	Sociaal
Meer in zichzelf gekeerd zijn dan vroeger.	Zich alleen voelen.
Minder belangstelling tonen voor vroegere hobby's. (bv. wekelijkse kaartmiddag/krant lezen)	Minder zin hebben in sociale contacten met familie, burens en/of vrienden.
Meer in bed liggen dan vroeger.	Minder contact zoeken met anderen.
Overmatig verdrietig zijn door een persoonlijke verlieservaring. (bv. Overlijden/verhuizen)	Hulp nodig hebben om in contact te komen met familie, burens en/of vrienden.
Er triestig bijzitten.	Zich liever afzonderen van de buitenwereld.
Bang dat er iets 'ergs' met hem/haar gaat gebeuren.	
Zich slecht kunnen concentreren/ niet lang met iets bezig kunnen zijn.	
Vaak moe en/of lusteloos zijn.	
Nergens zin in hebben.	
Geen plannen maken of doelen meer stellen.	
Meer klagen dan anders.	
Klachten hebben over zijn/haar geheugenstoornissen.	
Meer geïrriteerd zijn.	
Sneller kwaad zijn op mensen in zijn/haar directe omgeving.	
Sneller wantrouwig zijn (bv. beschuldigingen uiten)	
Dingen horen of zien die er niet zijn.	

3.4 Registratie

- Huisarts en POH/PVK maken gebruik van hun eigen systeem (HIS systeem).
- Samenwerking middels VIP samenwerken tussen huisartsen, POH/PVK, wijkverpleging, specialist ouderengemeenkunde en casemanagers. evt. aangevuld met de ouderenadviseur en WMO. Huisartsen moeten hiervoor toestemming geven binnen de regio.
- Wijkverpleging werkt met hun eigen zorgplan (ONS Nedap, Caress etc.).

3.5 Meetinstrumenten

De volgende meetinstrumenten kunnen worden gebruikt voor signalering en diagnostiek van geheugenproblemen. Ieder meetinstrument wordt in de onderstaande subhoofdstukken nader toegelicht.

- Kloktekentest
- MMSE (Mini Mental State Examination)
- RUDAS (Rowland Universal Dementia Assessment)
- OLD score lijst (Observatielijst voor vroege symptomen van Dementie)
- IQCODE-N lijst (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly – Nederlands)

3.5.1 Kloktekentest

- Indicatie:
Bij patiënten met geheugenklachten test afnemen naast de MMSE. De kloktekentest is minder afhankelijk van de taalvaardigheden en meet verschillende cognitieve vaardigheden.
- Instructie:
Vraag de patiënt een cirkel te tekenen, vervolgens de cijfers van een klok erin te tekenen en de wijzers van de klok op 10 over 11 te zetten.
- Interpretatie:
 - Score 0: geen cirkel én cijfers niet goed én tijd fout
 - Score 1: 1 van de 3 items juist
 - Score 2: 2 van de 3 items juist
 - Score 3: perfecte klok
 - Elke score die afwijkt van een perfecte klok is indicatief voor dementie

3.5.2 MMSE (Mini Mental State Examination)

- Indicatie:
Bij patiënten met geheugenklachten. De test meet oriëntatie, inprenting, kortetermijngeheugen, taal, herkenning en visuoconstructie.
- Instructie afname:
Uitgebreide puntsgewijze instructie voor de afname en de MMSE test zelf zijn terug te vinden in [Bijlage 3](#). De MMSE test is toegevoegd als [Bijlage 4](#).
- Interpretatie:
 - Let op! De MMSE kan lange tijd hoog blijven bij hoogopgeleiden en subcorticale beelden zoals Parkinson dementie en vasculaire dementie.
 - De maximale score is 30. Een score < 24 is indicatief voor dementie.
 - Hoe lager de score, hoe zekerder de cognitieve stoornis

3.5.3 RUDAS (Rowland Universal Dementia Assessment)

- **Indicatie:**
Bij laaggeletterde patiënten als het niet mogelijk is om de MMSE en kloktekentest af te nemen.
- **Instructie:**
Het afnemen van de test duurt ongeveer 25 minuten. De instructie is te vinden in [Bijlage 5](#).
De test zelf is terug te vinden in [Bijlage 6](#).
- **Interpretatie:**
 - De maximale score is 30
 - Een score < 22 is indicatief voor dementie
 - Hoe lager de score, hoe zekerder de cognitieve stoornis

3.5.4 OLD score lijst (Observatielijst voor vroege symptomen van Dementie)

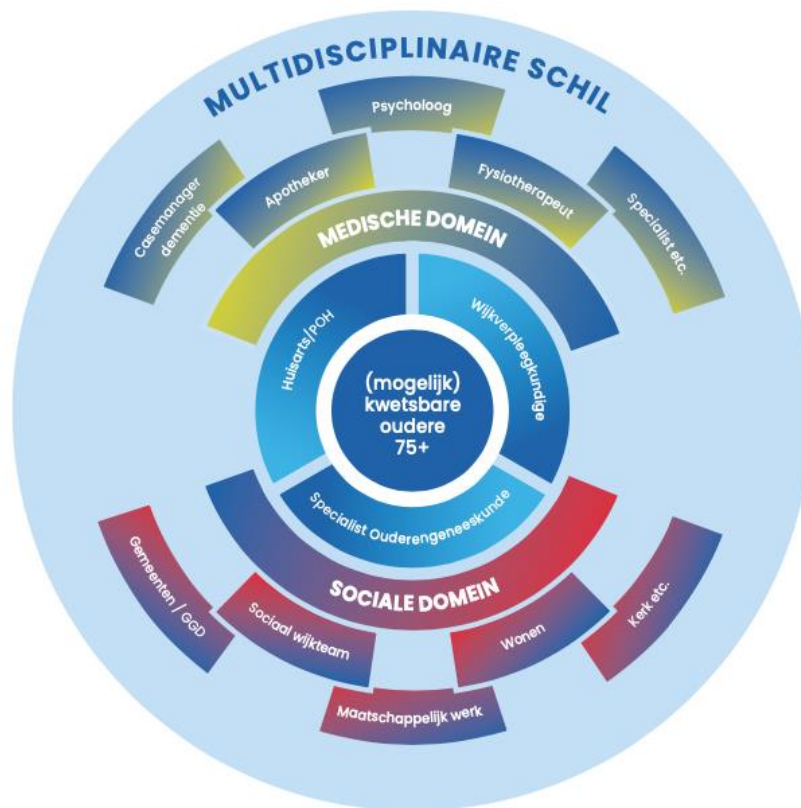
- **Indicatie:**
Signaleren van vroege signalen van dementie. Gevalideerd bij ouderen ouder dan 75 jaar.
- **Instructie:**
Het instrument kan ingezet worden tijdens een regulier consult. Patiënten bij wie de huisarts een vermoeden van cognitieve problematiek heeft, en dit 'niet-pluis' gevoel wil toetsen, zonder de patiënt met zelfinvul instrumenten of cognitieve testen lastig te vallen of ongerust te maken. Met een kort gesprek kunnen de indicatoren zichtbaar gemaakt worden. De test is te vinden in [Bijlage 7](#).
- **Interpretatie:**
Een verhoogde uitkomst moet ten allen tijden gevolgd worden door verdere diagnostiek voordat een uitspraak gedaan kan worden over de aanwezigheid van dementie.

3.5.5 IQCODE-N lijst (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly – Nederlands)

- **Indicatie:**
Screeningstest voor het detecteren van dementie. De test heeft een rol in het structureren en objectiveren en opvolgen van cognitieve klachten.
- **Instructie:**
De IQCODE be vraagt via een informant naar veranderingen in het dagelijks cognitief functioneren van de dementerende persoon in de afgelopen 10 jaar. Via een 5-puntenschaal wordt aangegeven of er een verbetering, stabilisatie of verslechtering is opgetreden voor elk afzonderlijk item. De test is te vinden in [Bijlage 8](#).
- **Interpretatie:**
Alle punten worden opgeteld en door 16 gedeeld. De totaalscore ligt op een schaal tussen 1 en 5; meetniveau ordinaal. Hogere scores geven een hogere achteruitgang aan.
- **Score:**
 - < 3.00 = indicatie tot vooruitgang
 - 3.00 = indicatie tot geen verandering
 - 3.01- 3.50 = indicatie tot lichte achteruitgang
 - 3.51- 4.00 = indicatie tot matige achteruitgang
 - 4.01- 5.00 = indicatie tot ernstige achteruitgang

4. Zorgdoelen en patiënten route

In dit Zorgpad komt de zorg voor de patiënt samen door samenwerking tussen het medische domein en het sociale domein.



4.1 Doelen

- Binnen het Zorgpad Dementie vindt nauwe samenwerking plaats waarbij de disciplines zorg en welzijn op elkaar zijn afgestemd. Afhankelijk van de complexiteit van de aandoening dementie is samenwerking met verschillende zorgverleners uit het netwerk nodig.
- Patiënten met dementie en neurocognitieve stoornissen staan in dit zorgpad centraal. Het doel is om deze patiëntgerichte zorg te bieden, tijdig de juiste ondersteuning van de juiste disciplines in te zetten en vroegtijdige geheugenproblematiek te signaleren.
- Het zorgpad zal moeten zorgen dat er vloeiende lijnen zijn tussen:
 - de verschillende disciplines binnen de 1^e lijn: huisartsen, praktijkondersteuners/ praktijkverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen, casemanagers dementie, specialist ouderengeneeskunde (SO), gemeenten en ouderenadviseurs.
 - de verschillende disciplines binnen de 2^e lijn: geriater, neuroloog, psychiater, geriatrieverpleegkundige, neurologie verpleegkundige en maatschappelijk werk.
 - de verschillende disciplines binnen de 1^e lijn en 2^e lijn.
- In het zorgpad staat op een overzichtelijke manier beschreven welke weg verschillende zorgverleners kunnen volgen om een patiënt op de juiste wijze te diagnosticeren en op de juiste manier te verwijzen.

4.2 Patiënten route

De patiënten route van signaal dementie tot indeling van de patiënt in een zorgpad is schematisch weergegeven in een stroomschema, deze is terug te vinden in [Bijlage 10](#).

- Actieve signalering vanuit professionele zorgverlening en/of signaal dementie vanuit de patiënt en/of omgeving.
- Afspraak huisarts.
- Ziektediagnostiek (Huisarts, SO, Geriater, Neuroloog, Psychiater).
- Geen diagnose dementie: evt. aanmelding reguliere zorg.
- Onderverdeling maken niet-pluis fase- diagnose-leven met dementie- stervensfase en nazorg.
- Diagnose dementie: start zorgpad 1 of zorgpad 2 afhankelijk van de inclusie- en exclusiecriteria.
- Zorgdiagnostiek door wijkverpleging en/of casemanager.
- Opstellen zorgplan in samenspraak met de patiënt, uitvoeren van afspraken, monitoren dagelijkse activiteiten door middel van rapportage/huisbezoeken, bijstellen van het zorgplan (Plan, Do, Check, Act.).
- Start MDO.
- Eventuele opname en nazorg.

4.3 Zorgpaden definitie

Als na het doorlopen van de stappen 1 tot en met 4 van het diagnostisch proces van de huisarts (zie hoofdstuk 5.2) de diagnose dementie is gesteld wordt de zorg ingezet. Op basis van de ernst van de dementie doorloopt de patiënt de route van zorgpad 1 of zorgpad 2. De kenmerken van patiënten die thuishoren in zorgpad 1 of zorgpad 2 zijn in onderstaande tabel terug te vinden. Een overzichtstabel is terug te vinden in [Bijlage 9](#).

Zorgpad 1	Zorgpad 2
Mild Cognitive Impairment (MCI) en/of niet pluis fase	Diagnose dementie
Beginnende of matige dementie	Beginnende, matige of gevorderde dementie
Stabiele situatie: <ul style="list-style-type: none">• Patiëntstelsel heeft <i>voldoende</i> draagkracht;• Sociaal netwerk voldoende aanwezig, geen overbelaste mantelzorger(s), familie communiceert onderling en stemt met zorgverlener(s) de inzet adequaat af;• Betrokkenen weten op een natuurlijke manier met de dementie om te gaan;• Er is bereidheid zorg te accepteren;• Er is een beperkt aantal zorgverleners nodig.	Kwetsbaar evenwicht: <ul style="list-style-type: none">• Patiënt met persoonlijkheidsproblematiek, vertoont gedragsproblemen;• Mijden van zorg, afwerpen van hulp• Co morbiditeit;• Stelselproblematiek. Kwaliteit sociaal netwerk: weinig tot geen contacten, of contacten ver weg, geringe draaglast mantelzorger/ patiëntstelsel/ sociaal netwerk; moeizame samenwerking binnen sociaal netwerk en tussen familie en zorgverleners;• Veel betrokken zorgverleners/ instanties, evt. moeizame samenwerking.

4.4 Zorgpad 1

Stappenplan

- Spreek af wie verantwoordelijk is
- Coördinatie van zorg kan liggen bij huisarts of praktijkondersteuner (POH) of wijkverpleegkundige of Stichting Welzijn Ouderen (SWO)
- Coördinator neemt contact op met de patiënt en/of diens mantelzorgers om uitleg te geven over het ziektebeeld en zowel patiënt als de mantelzorgers op weg te helpen.
- Inventarisatie van de behoeften en wensen van de patiënt en/of diens mantelzorgers
- Stel een individueel zorgplan (IZP) vast in samenwerking met patiënt en/of diens mantelzorgers
- Uitvoeren van de interventies door diverse zorgverleners en/of inschakelen lokale welzijnsvoorzieningen.
- Monitoren interventies door coördinator onder andere in het MDO
- Bijstellen individueel zorgbehandelplan door coördinator in samenwerking met de patiënt en/of diens mantelzorgers
- Indien nodig consultatie casemanager dementie.
- Als de situatie van de patiënt wijzigt moet de situatie van de patiënt opnieuw beoordeeld worden.

4.5 Zorgpad 2

Stappenplan

- Coördinatie van zorg ligt bij de casemanager dementie
- Coördinator heeft een actieve rol naar alle betrokkenen:
 - Intensieve begeleiding van de patiënt en/of diens mantelzorgers
 - Coördineren en inschakelen van verschillende vormen van zorg en begeleiding
 - Intensief contact met huisarts, praktijkondersteuner (POH) en wijkverpleging
- Stel een individueel zorgplan (IZP) vast in samenwerking met patiënt en/of diens mantelzorgers
- Uitvoeren van de interventies door diverse hulpverleners
- Monitoren interventies door coördinator onder andere in het MDO
- Bijstellen individueel zorgbehandelplan door coördinator in samenwerking met de patiënt en/of diens mantelzorgers
- Als de situatie van de patiënt wijzigt moet de situatie van de patiënt opnieuw beoordeeld worden.

5. Huisarts

5.1 Kerntaken

- Signaal geheugenproblematiek vanuit de patiënt en/of omgeving.
- Bespreken mogelijkheden van diagnostiek m.b.t. de ondervonden geheugenproblemen bij de patiënt.
- Anamnese en lichamelijk onderzoek.
- Aanvullend onderzoek.
- Ziektediagnostiek.
- Indien diagnose dementie start zorgpad 1 of zorgpad 2.
- Indien geen diagnose eventueel aanmelding reguliere zorg.

5.2 Stappen diagnostisch proces

Stap 1: Signaleren

- Signaal geheugenproblematiek vanuit de patiënt en/of omgeving.

Stap 2: Diagnostiek

- Huisarts bespreekt de mogelijkheden van diagnostiek m.b.t. de ondervonden geheugenproblemen bij de patiënt.
- Besluit samen met patiënt en naasten over opstarten diagnostiek.
- Advance Care Planning.
- Heteroanamnese, zie kader.
- Lichamelijk onderzoek, zie kader.
- Aanvullend onderzoek, zie kader.
- Aanvullend onderzoek en/of consultatie SO bij specifieke zorgvragen
- Aanvullend onderzoek door Geriater of Neuroloog, zie ook schema [Bijlage 11](#).
 - Geriater: 70+ patiënt, polyfarmacie, verstandelijke beperking
 - Neuroloog: 70- patiënt, neurologische co-morbiditeit (bijv. M. Parkinson, MS, Epilepsie)

Diagnostiek

- Heteroanamnese:
 - Beperkingen in het dagelijks, beroepsmatig of sociaal functioneren.
 - Geheugenproblemen.
 - Uitvoering van complexe taken, zoals bedienen huishoudelijke apparaten of organiseren.
 - Visuospatiële functies, zoals herkennen van gezichten of omgeving.
 - Taalfuncties, zoals op woorden komen.
 - Gedrag en persoonlijkheid.
 - Medicatiegebruik.
 - Recente levensgebeurtenissen.
 - Familiair voorkomen van dementie.
 - Opleidingsniveau en/of (uitgeoefend) beroep.
 - Factoren suggestief voor andere oorzaak: depressieve klachten, hallucinaties/wanen, alcoholgebruik, uitvalsverschijnselen, recent hoofdtrauma, problemen met horen of zien.

- Lichamelijk onderzoek:
 - Beoordeel uiterlijke verzorging, handelingen bij uit- en aankleden, herkenning van voorwerpen.
 - Wees alert op het head turning sign.
 - Meet temperatuur, bloeddruk en pols.
 - Onderzoek visus, gehoor, hart en longen.
 - Verricht neurologisch onderzoek bij vermoeden van herseninfarct of -bloeding, parkinsonisme of normal-pressure hydrocephalus.
- Aanvullend onderzoek:
 - PG Lab (Hb, BSE of CRP, glucose, TSH, eGFR, vitamines B1, B6, B12, foliumzuur, Na, K en Ca).
 - MMSE en Kloktekentest (indien dit niet mogelijk is door laaggeletterdheid kan de RUDAS gebruikt worden)

Stap 3: Inventarisatie van de zorgbehoefte

- Inventarisatie zelfredzaamheid, risicogedrag en belastbaarheid mantelzorger, zie kader.

Inventarisatie van de zorgbehoefte

- (Behoefte aan meer) dag-structuur, bezigheden en/of sociale contacten
- Verantwoordelijkheid voor financiën, medicatie en vervoer
- Voeding en gewichtsverandering
- Overig (I)ADL-functioneren, zoals huishouden, persoonlijke verzorging, woonsituatie
- Informeer naar risicogedrag: brandgevaar (gasfornuis), autorijden en verdwalen
- Vraag de mantelzorger ook naar:
 - volhoudtijd: 'Als de mantelzorg blijft zoals die nu is, hoelang kunt u de zorg dan nog aan?'
 - behoefte aan ondersteuning
- Wees bij overbelasting van de mantelzorger alert op verwaarlozing en/of mishandeling

Stap 4: Beleid

- Indien geen diagnose evt. aanmelding reguliere zorg.
- Diagnose dementie start zorgpad 1 en/of zorgpad 2.

5.3 Interventies en vervolgbehandeling

- Start IZP
- Evalueer wilsbekwaamheid
- Registreer proces m.b.t. waarden, wensen, zorgdoelen en aanwezigheid van wilsverklaring en wettelijk vertegenwoordiger in VIPlive onder IZP, ACP en zorgnetwerk

Stap 5

- Begin met niet-medicamenteuze interventies.
- Overweeg medicatie als lijdensdruk of gevaar onvoldoende verminderen
- Medicatie in overleg met een specialist ouderengeneeskunde of ouderenpsychiater.
- Spreek af wanneer en hoe wordt geëvalueerd.

Stap 6

- Doel behaald?
- Zo ja, moet de behandeling worden gecontinueerd?
- Wat is nodig om terugval te voorkomen?
- Keer terug naar een eerdere fase als de behandeling onvoldoende effect heeft.

Bij gesprekken met patiënten met dementie:

- Stem de communicatiestijl en de inhoud af op het niveau en ritme van de patiënt met dementie.
- Noteer belangrijke naasten en wie de rol van wettelijk vertegenwoordiger heeft.
- Betrek de naasten zo vroeg mogelijk in het proces rondom de wensen en behoeften
- Peil het ziekte-inzicht van de patiënt en diens naasten en bespreek verwachtingen over toekomstig ziekte verloop
- Voer meerdere gesprekken
- Bespreek wat de beleving is op kwaliteit van leven en welke angsten en/of bezorgdheden er spelen.
- Wat zijn de wensen m.b.t. het levenseinde
- Heeft de patiënt een schriftelijke wilsverklaring?

5.4 Medicamenteuze behandeling

Het voorschrijven van acetylcholinesteraseremmers en memantine door de huisarts wordt niet aangeraden.

Bij gedragsproblemen zijn niet-medicamenteuze omgevingsinterventies het belangrijkste. Bij onvoldoende resultaat kan medicatie ondersteunend zijn. Gezien het hoge 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).

Bij een vermoeden van vasculaire dementie dient cardiovasculair risicomanagement te worden overwogen.

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

- *Hallucinaties, wanen:*
 - Haldol 1-2 dd 0,5-1 mg, te verhogen zn. naar max. 2dd 1,5 mg (Bij bestaand parkinsonisme geen Haldol)
 - Risperdal 1-2 dd 0,5mg zn. 2 dd 1,5mg
- *Agitatie/agressie:*
 - Haldol 1-2 dd 0,5-1 mg, te verhogen zn. naar max. 2dd 1,5 mg
 - Risperdal 1-2 dd 0,5mg zn. 2 dd 1,5mg
 - Evt. benzodiazepine met korte halfwaardetijd toevoegen: Oxazepam 1-3 dd 5-10mg of Lorazepam 1-2 dd 0,5-1mg

- *Somberheid/depressie:*
 - Antidepressivum Citalopram 1 dd 10mg na 7 dagen 1dd 20mg
- *Angst:*
 - Benzodiazepine met korte halfwaardetijd zoals Oxazepam 1-3 dd 5-10mg

5.5 Consultatie en verwijscriteria

Met behulp van VIP Samenwerken (zie Hoofdstuk 12) wordt verwezen naar de 2^e lijn.

Verwijs- en consultatie doelgroepen

- Jonger dan 65 jaar: neuroloog
- Neurologische co-morbiditeit (bijv. M. Parkinson, MS, Epilepsie) : neuroloog
- Multimorbiditeit: geriater
- Ouder dan 70 jaar en polyfarmacie, verstandelijke beperking; geriater
- Multimorbiditeit waarbij patiënt niet in staat is tot fysiek bezoek: Specialist ouderengeneeskunde (SO)
- Bijkomende gedragsproblematiek, zorgmijders, crisissituatie: GGZ
- Bijkomende gedragsproblematiek, zorgmijders, crisissituatie waarbij patiënt niet in staat is tot fysiek bezoek: Specialist ouderengeneeskunde (SO)
- Specifieke zorgvragen naast diagnostiek: Specialist Ouderenzorg (SO)
Zie instructiekaart consultatie Specialist Ouderengeneeskunde (SO) in [Bijlage 13](#)
- Bij diagnose dementie: Casemanager dementie (CD):
Zie instructiekaart consultatie Casemanager Dementie (CD) in [Bijlage 12](#)

Verwijscriteria

- 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 verloop
- Beoordeling/advies t.a.v. medicatie of neuro psychiatrische verschijnselen
- Problemen bij de verzorging

6. Praktijkondersteuner/ praktijkverpleegkundige

6.1 Kerntaken

- Samenwerking met huisarts bij stap 2 en 3 in het diagnostisch proces, zie Hoofdstuk 5.2.
- Signaal geheugenproblematiek vanuit de patiënt en/of omgeving.
- Heteroanamnese.
- Aanvullend onderzoek: PG Lab (Hb, BSE of CRP, glucose, TSH, eGFR, vitamine B1, B6, B12, foliumzuur, Na, K en Ca).
- In kaart brengen geheugenproblemen evt. met behulp van de meetinstrumenten (MMSE, RUDAS en kloktekentest).
- Inventarisering hulp.
- Belangrijke gegevens opnemen.
- Bespreking observaties met de huisarts.
- Doorverwijzen voor afspraak naar de huisarts.
- Directe samenwerkingsverbanden met betrokken disciplines en/of organisaties.
- Aanmelding zorgpad 1 of 2; hierbij de nodige informatie doorspelen aan wijkverpleegkundige, casemanager en/of SWO. Dit bespreekt de huisarts met de cliënt. Maar ook met de wijkverpleging/casemanager dementie bij MDO.
- [Advance Care Planning](#).
- Advies en voorlichting.

7. Wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige heeft een coördinerende rol in de zorg thuis voor mensen met dementie en zijn/haar netwerk.

7.1 Kerntaken

- Wijkanalyse, wijkgericht werken met organisaties uit de sociale kaart, preventie in de wijk toepassen.
- Ontvangen signalen inventariseren met huisarts/ POH /PVK voor bepaling inzet wijkverpleging.
- Vroeg signalering en zorginventarisatie tijdens advies, instructie en voorlichtingsgesprek(ken) met patiënt en diens omgeving.
- Overleg met huisarts m.b.t. de coördinatie van zorg.
- (Hetero)Amnese, m.b.v. shared decision making de gewenste zorgvraag inzetten.
- Opstellen zorgplan met zorgdoelen en interventies.
- Inzetten zorgverlening door wijkverpleging, uitvoering aan de hand van zorgplan.
- Monitoren zorgverlening en signalen d.m.v. rapportage op gestelde doelen en interventies.
- Organiseren van benodigde ondersteuning, indien gewenst (thuisbegeleiding, dagbesteding).
- Ondersteuning mantelzorg.
- Inzet E-Health en/of hulpmiddelen.
- Inschakelen benodigde disciplines/organisaties (SWO, MEE).
- Directe samenwerkingsverbanden met betrokken disciplines en/of organisaties.
- Directe samenwerkingsverbanden met casemanager en huisarts bij toename van signalen.
- Afweging criteria juiste financieringsstroom (ZvW, WLZ, PGB).
- Coördineren van de WLZ aanvraag.

7.2 Toolbox

De toolbox bestaat uit beslissingsondersteunende hulpmiddelen voor het in kaart brengen en evalueren van de zorgvraag - en behoefte van de cliënt(systeem) als onderdeel van het verpleegkundig proces. De toolbox is ondersteunend, niet verplichtend. De toolbox is opgebouwd aan de hand van de 6 dimensies van Positieve Gezondheid (Machteld Huber).

De toolbox is online in te vullen op de site van [V&VN](#).

8. Casemanager Dementie

De casemanager coördineert de zorg- en hulpverlening tussen alle betrokkenen bij het ziekteproces. Daarnaast schakelt de casemanager in overleg hulp in van mantelzorgers, hulpverleners en vrijwilligers.

8.1 Kerntaken

- Zorgdiagnostiek
- Opstellen zorgplan met zorgdoelen en interventies.
- Inschakelen benodigde disciplines/organisaties op het gebied van welzijn; aanvraag WMO (dagbesteding, Huishoudelijke ondersteuning en begeleiding individueel), indicatiestelling WLZ en de hieruit voortvloeiende acties en inzet vrijwilligers
- Inzetten zorgverlening door wijkverpleging, uitvoering aan de hand van zorgplan.
- Informatie over instanties en instellingen, financiën, huisvesting;
- Het omgaan met geestelijke achteruitgang;
- Tijdelijke of definitieve opname in een verzorgings- of verpleeghuis;
- Omgang met eenzaamheid en rouwverwerking.
- Monitoren zorgverlening en signalen d.m.v. rapportage op gestelde doelen en interventies.
- Monitoren dagelijkse activiteiten door middel van rapportage/huisbezoeken.
- Advance Care Planning.
- Ondersteuning van de mantelzorg.
- Systeemproblematiek.
- Advies financieringsstromen WMO/ZVW/WLZ.
- Coachen betrokken zorgverleners.
- (Multidisciplinaire) scholingen organiseren.
- Preventie
- Advies en voorlichting geven aan patiënt en diens mantelzorgers.

9. Specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde heeft een diagnostische en adviserende rol in de zorg voor mensen met dementie en zijn/haar netwerk en werkt op verwijzing van de huisarts.

9.1 Kerntaken

- Anamnese, heteroanamnese, lichamelijk onderzoek, beoordeling medicatie, cognitieve diagnostiek, (aanvullend) bloedonderzoek (via de huisarts)
- Zorgdiagnostiek
- Uitslag gesprek
- Advies en voorlichting
- Follow up bij medicatie-advies i.o.m. de huisarts, soms als medebehandelaar
- Bij patiënten met MCI afstemming met de praktijkondersteuner (POH) over de follow up.
- Analyse en advies bij probleemgedrag bij dementie
- Analyse en advies bij stemmingsproblematiek
- Analyse en advies bij persoonlijkheids- en systeemproblematiek
- Analyse en advies bij wilsbekwaamheidsvraagstukken
- Ondersteunen van de huisarts bij Advance Care Planning en shared decision making
- Aanspreekpunt voor huisartsen, praktijkondersteuners, casemanagers dementie, wijkverpleegkundigen
- Deelname aan MDO's op de huisartspraktijk
- Meedenkconsulten via VIPLive

10. Gemeente

10.1 Ouderenadviseur

Mensen die 55+ en hun mantelzorgers kunnen voor informatie en advies terecht bij de gemeentelijke ouderenadviseurs.

Taken:

- Actieve signalering vanuit professionele zorgverlening.
- Vroeg signalering oppakken vanuit wens gemeente.
- Signaal dementie vanuit de patiënt en/of omgeving doorgeven aan de huisarts, wijkverpleegkundige en/of casemanager dementie.
- Ondersteuning bieden m.b.t. welzijn cliënt. Hij/zij weet alle mogelijkheden op welzijnsgebied binnen de omgeving waarvan gebruik gemaakt kan worden.
- Mantelzorgondersteuning in samenwerking met Stichting MEE Zuid-Hollandse eilanden en/of casemanager dementie.
- Advies en voorlichting.
- Begeleiding naar dagbesteding
- Ondersteuning WMO

10.2 WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning)

Gemeentelijke ondersteuning met als doel dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen.

1. Voorzieningen voor patiënten en/of diens mantelzorgers:
 - hulp bij het huishouden;
 - individuele begeleiding;
 - dagbesteding;
 - logeeropvang (respijtzorg);
 - collectief vervoer, rolstoelen, scootmobiel, woningaanpassingen en woonvoorzieningen;
 - parkeerkaart voor gehandicapten;
 - parkeervergunning voor mantelzorgers;
2. Aanvullende voorzieningen voor patiënten met een laag inkomen:
 - collectieve ziektekostenverzekering bij CZ;
 - individuele inkomenstoeslag;
 - Rotterdampas;
 - energiebijdrage;
 - bijzondere bijstand;
 - gratis financieel adviesgesprek;
 - budgetbeheer- en begeleiding;
3. Veilig Thuis (bij vermoeden van ouderenmishandeling).

10.3 Maatschappelijk werker

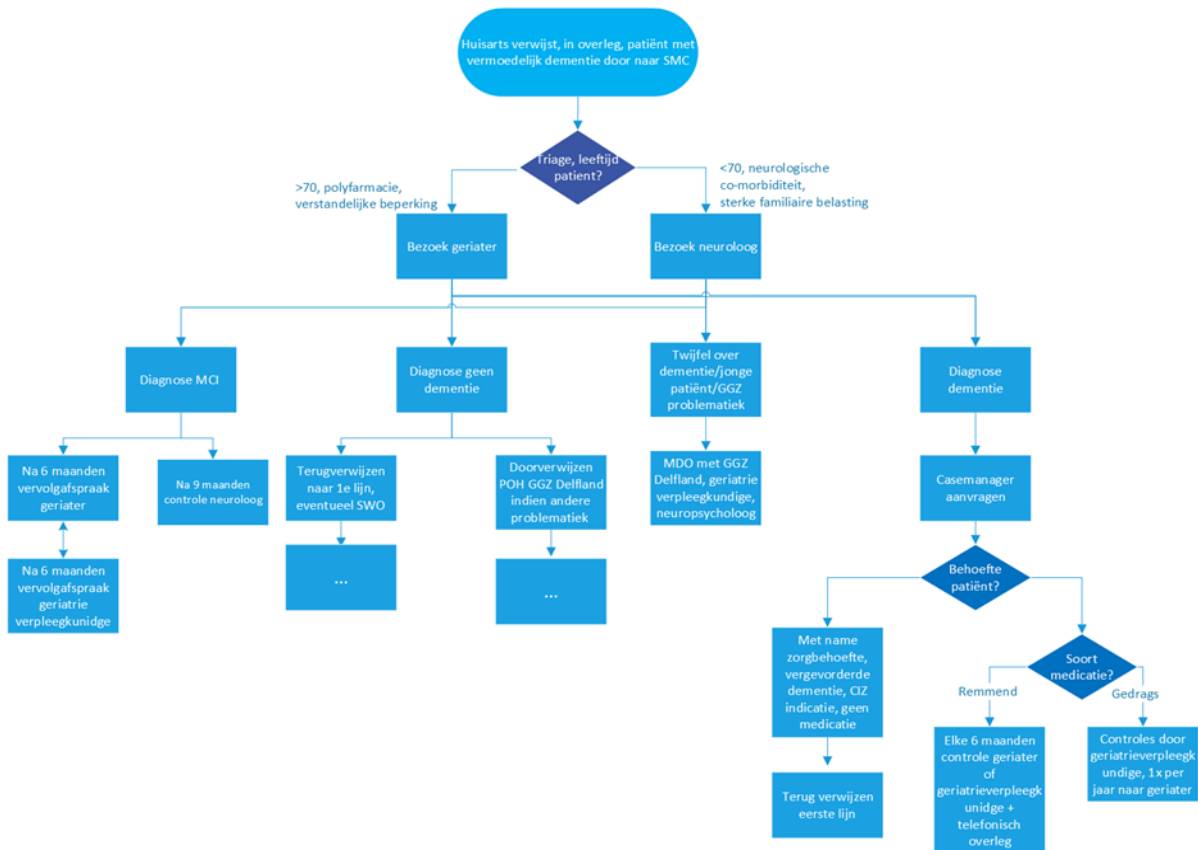
Via de gemeente kan hulp ingeschakeld worden van een maatschappelijk werker.

Taken:

- Heteroanamnese met patiënt en /of diens mantelzorger.
- Biedt ondersteuning mantelzorg bij bijvoorbeeld huiselijk geweld en bij wachttijd casemanager (luisterend oor, adviserend, eventueel hulp bij aanvragen extra zorg).
- Aanvragen casemanager.

11. Diagnostiek Geriatrie en neurologie

Voor verdere diagnostiek wordt de patiënt eventueel doorverwezen naar de geriater of neuroloog. In onderstaand schema is de routing schematisch weergegeven (zie ook [Bijlage 11](#)). In dit hoofdstuk zijn de kerntaken en zorgprocessen per specialisme verder beschreven.



11.1 Zorgroute Geriater

Stap 1: Verwezen 70+ patiënt, polyfarmacie, verstandelijke beperking

- Patiënt met vermoedelijk dementie komt van huisarts voor verdere diagnostiek met korte verwijsbrief met voorgeschiedenis, eerdere diagnostiek naar cognitie/ dementie en medicatie

Stap 2: Diagnostiek door geriater in multidisciplinair team DCG (Diagnostisch Centrum Geriatrie):

- Anamnesegepresk door de geriater; het duurt ongeveer 20 minuten.
- Patiënt gaat voor lichamelijk en neurologisch onderzoek mee met geriatrieverpleegkundige. Mantelzorger gaat met maatschappelijk werk mee voor aanvullend gesprek
- Geriater doet lichamelijk onderzoek.
- Verpleegkundige doet cognitieve testen en brengt functioneren in kaart.
- Vervolgens wordt, op indicatie, een CT-Hersenen en/ of ander röntgenonderzoek gedaan.
- Patiënt wordt, op indicatie, mede beoordeeld door de fysiotherapeut.

- Na alle onderzoeken hebben de geriater, geriatrieverpleegkundige en maatschappelijk werk een MDO waarna de geriater de uitslagen, het beleid en de adviezen bespreekt met patiënt en mantelzorger.
- Bij twijfel over ernst cognitieve stoornissen en twijfels over etiologie aanvraag neuropsychologisch onderzoek waarna vervolgspraak geriater.

Stap 3: Diagnose:

- Geen dementie:
 - Terug naar eerste lijn, eventueel POH-GGZ (mondeling advies, verder op te pakken door huisartsenpraktijk) of inzet SWO (mondeling advies, zo nodig hulp maatschappelijk werker)
 - Indien andere problematiek of bij twijfels over etiologie cognitieve stoornissen bij mogelijke psychiatrische problematiek: doorverwijzen GGZ Delfland middels verwijsbrief/verwijsformulier
- Mild Cognitive Impairment (MCI): Controle na 6 of 9 maanden bij geriater, zo nodig neuropsychologisch onderzoek herhalen
- Dementie: zie stap 4 en 5

Stap 4: Casemanager:

- Casemanager Dementie regelen (bij alle patiënten met diagnose dementie).

Stap 5: Controle:

- Bij geen medicatie, vergevorderde dementie, CIZ-indicatie, of bij voornamelijk zorgbehoefte gaat patiënt terug naar de 1^e lijn.
- Bij remmende medicatie blijft patiënt in 2^e lijn
 - Elke 6 maanden controle bij geriatrieverpleegkundige of geriater.
 - Tussentijds telefonisch contact.
 - Op indicatie mantelzorgondersteuning via maatschappelijk werker.
- Bij gedragsmedicatie blijft patiënt in 2^e lijn
 - Controle bij geriater, afgewisseld met afspraken geriatrieverpleegkundige (vaak frequenter dan bij remmende medicatie; in het begin en bij ontregeling vaak beoordeling na 2-3 maanden).
 - Tussentijds telefonisch contact (vaak frequenter dan bij remmende medicatie; in het begin en bij ontregeling vaak wekelijks of tweewekelijks contact).
 - Op indicatie mantelzorgondersteuning via de maatschappelijk werker.

11.2 Kerntaken Geriater

- Anamnese, lichamelijk en neurologisch onderzoek, aanvraag aanvullend (röntgen)onderzoek.
- Uitslag gesprek.
- Follow up bij medicatie en bij patiënten met MCI.
- Aanspreekpunt voor huisartsen, specialist ouderengeneeskunde en collega-specialisten.
- Supervisie spreekuur verpleegkundige.
- Deelname MDO met neuroloog, psychiater, neuropsycholoog en verpleegkundigen neurologie en geriatrie.

11.3 Kerntaken Geriatrieverpleegkundige

- Ondersteuning en afnemen cognitieve testen bij geriatrisch diagnostisch onderzoek.
- Telefonisch contact met patiënt of naaste betreffende medicatie en/of problemen.
- Verpleegkundig spreekuur t.a.v. medicatie en gedrag 1x per jaar (onder supervisie van geriater).
- Aanspreekpunt voor: casemanager/(wijk)verpleegkundige/POH/patiënt/mantelzorger.
- Deelname MDO met neuroloog, geriater, neuropsycholoog en verpleegkundigen neurologie en geriatrie.

11.4 Zorgroute Neuroloog

Stap 1: Verwezen 70- patiënt, neurologische co-morbiditeit (bijv. M. Parkinson, MS, Epilepsie):

- Patiënt met vermoedelijk dementie komt van huisarts voor verdere diagnostiek met korte verwijsbrief met voorgeschiedenis, eerdere diagnostiek naar cognitie/ dementie en medicatie

Stap 2: Diagnostiek door neuroloog, neurologieverpleegkundige en maatschappelijk werk:

- Anamnesegegesprek en neurologisch onderzoek door de neuroloog, duur ongeveer 20 minuten.
- Patiënt gaat aansluitend naar neurologieverpleegkundige voor aanvullend onderzoek en cognitieve testen.
- Mantelzorger gaat met maatschappelijk werker voor aanvullend gesprek
- Na alle onderzoeken bespreekt de neuroloog de uitslagen, het beleid en de adviezen met patiënt en mantelzorger Hierbij zijn de maatschappelijk werker en de neurologieverpleegkundige aanwezig.
- Vervolgens wordt, op indicatie, een CT- of MRI-Hersenen aangevraagd
- Bij twijfel over ernst cognitieve stoornissen en twijfels over etiologie aanvraag neuropsychologisch onderzoek.
- Op indicatie wordt Liquordiagnostiek, Bloedonderzoek, DNA-diagnostiek, of een EEG aangevraagd.
- Na afronden diagnostische onderzoeken volgt afspraak bij neuroloog

Stap 3: Diagnose:

- Geen dementie:
 - Terug naar eerste lijn, eventueel POH-GGZ (mondeling advies, verder op te pakken door huisartsenpraktijk) of inzet SWO (mondeling advies, zo nodig hulp maatschappelijk werker)
 - Indien andere problematiek of bij twijfels over etiologie cognitieve stoornissen bij mogelijke psychiatrische problematiek: doorverwijzen GGZ Delfland middels verwijsbrief/verwijsformulier
- Mild Cognitive Impairment (MCI): Controle na 6 of 9 maanden bij geriater, zo nodig bij neuroloog.
- Dementie: zie stap 4 en 5

Stap 4: Casemanager:

- Casemanager Dementie regelen (bij alle patiënten met diagnose dementie).

Stap 5: Controle:

- Bij remmende medicatie blijft patiënt in 2^e lijn
 - Elke 6 maanden controle bij neurologieverpleegkundige of neuroloog.
 - Tussentijds telefonisch contact.
 - Op indicatie mantelzorgondersteuning via maatschappelijk werker.
- Bij gedragsmedicatie blijft patiënt in 2^e lijn
 - Controle bij neuroloog, afgewisseld met afspraken neurologieverpleegkundige (vaak frequenter dan bij remmende medicatie; in het begin en bij ontregeling vaak beoordeling na 2-3 maanden).
 - Tussentijds telefonisch contact (vaak frequenter dan bij remmende medicatie; in het begin en bij ontregeling vaak wekelijks of tweewekelijks contact).
 - Op indicatie mantelzorgondersteuning via de maatschappelijk werker.

11.5 Kerntaken Neuroloog

- Anamnese, neurologisch onderzoek en aanvraag aanvullend (röntgen)onderzoek.
- Uitslag gesprek.
- Follow up bij medicatie en bij patiënten met MCI.
- Aanspreekpunt voor huisartsen, specialist ouderengeneeskunde en collega-specialisten.
- Supervisie spreekuur verpleegkundige.
- Deelname MDO met neuroloog, psychiater, neuropsycholoog en verpleegkundigen neurologie en geriatrie.

11.6 Kerntaken Neurologieverpleegkundige

- Afnemen cognitieve testen en aanvullend onderzoek.
- Verpleegkundig spreekuur t.a.v. remmende medicatie volgens protocol.
- Telefonisch contact met patiënt of naaste betreffende medicatie en/of problemen.
- Aanspreekpunt voor: casemanager/(wijk)verpleegkundige/POH/patiënt/mantelzorger.
- Deelname MDO met neuroloog, geriater, neuropsycholoog en verpleegkundigen geriatrie en Neurologie.

11.7 Consultatie en verwijscriteria

Na diagnostiek wordt de patiënt weer terugverwezen naar de huisarts. Bij gebruik van acetylcholinesteraseremmers kan een patiënt in de 2^e lijn worden vervolgd.

12. Psychiater

12.1 Verwijzing

De geriater of neuroloog kan medebeoordeling en eventueel behandeling aanvragen van de psychiater. De Neuroloog of geriater verwijst zonder tussenkomst van de huisarts naar GGZ Delfland met een verwijsbrief/verwijsformulier.

Soms verloopt verwijzing naar Antes via de huisarts (o.a. bij twijfel patiënt).

12.2 MDO

De psychiater neemt deel aan het MDO met de neuroloog, geriater, neuropsycholoog en verpleegkundigen neurologie en geriatrie.

13. VIP Samenwerken

Samenwerking tussen huisartsen, POH/PVK, wijkverpleging en casemanagers, specialist ouderengeneeskunde (SO) evt. aangevuld met de ouderenadviseur en WMO gebeurt middels 'VIP samenwerken'. Deze samenwerking bestaat uit een gezamenlijk zorgnetwerk, individueel gezondheidsplan en Advance Care planning (ACP). Ieder discipline werkt aanvullend met hun eigen systeem.

13.1 Starten met VIP Samenwerken

Om met VIP Samenwerken te kunnen starten is een persoonlijk account nodig bij VIPLive. Deze aanvraag gaat via huisarts of regio-organisatie. Cohaesie biedt hulp en ondersteuning om te kunnen werken met VIPLive en VIP Samenwerken.

13.2 Instructie VIP Samenwerken

Instructie video's

- Vip Calculus app [installeren IOS](#)
- Vip Calculus app [installeren Android](#)
- Vip Calculus [zorgverlener toevoegen IOS](#)
- Vip Calculus [zorgverlener toevoegen Android](#)

13.3 Spreekuur.nl

Zodra een zorgprofessional is toegevoegd aan het zorgnetwerk van een patiënt (dat kan een patiënt ook zelf doen), dan krijgt zij of hij inzicht in het zorgnetwerk. Vervolgens kan de professional veilig over of met de patiënt communiceren. Dit kan via web of app. Verder kunnen professionals voor een patiënt gemakkelijk een gezondheidsplan en thuismetingen registreren. Dit kan meteen dienen als verslaglegging van een multidisciplinair overleg (MDO). Ook kunnen via VIPLive lab aanvragen worden gedaan en resultaten worden getoond.

13.4 Gesprek

Vanuit het patiënten overzicht kan er een gesprek gestart worden over een patiënt. Er kan dan een vraag gesteld worden aan een andere zorgverlener die ook betrokken is bij de behandeling van de patiënt.

13.5 Consultatie

Met VIPLive kun je digitale consultaties starten naar verschillende vakgroepen, specialisten en kaderartsen. Bij een consultatie is het van belang aan te vinken dat de meetwaarden en medicatie ook gedeeld worden, deze gegevens zijn alleen bij een actieve consultatie in te zien. Zo kunnen de kaderarts, diabetesverpleegkundige of longfunctie-analist de vragen juist beantwoorden. Handleidingen zijn te vinden op onze [website](#).

13.6 Verwijzing naar ketenpartners

De verwijzingen naar ketenpartners vinden plaats via Calculus VIPLive. Handleidingen zijn te vinden op onze [website](#).

14. Samenwerking

Het Zorgpad Dementie is geïnitieerd vanuit Ketenzorg Dementie Voorne-Putten Rozenburg in samenwerking met Cohaesie. De betrokken partijen zijn:

- Ketenzorg
 - Ketenzorg Dementie Voorne-Putten Rozenburg
<http://www.ketenzorgdementie-zhe.nl/voorne-putten-rozenburg/>
- Patiëntenorganisatie:
 - Alzheimer Nederland, afdeling Voorne-Putten Rozenburg en Goeree-Overflakkee/Hoeksche Waard
<https://www.alzheimer-nederland.nl/regios/voorne-putten-en-rozenburg>
- Welzijnsorganisaties:
 - Stichting Welzijn Ouderen Spijkenisse
<https://www.swospijkenisse.nl>
 - Stichting ZIJN
<https://zijngo.nl>
- Gemeenten:
 - Nissewaard
<https://www.nissewaard.nl/home.htm>
 - Voorne aan Zee
<https://www.naar1gemeenteopvoorne.nl>
 - Goeree-Overflakkee
<https://www.goeree-overflakkee.nl>
- Huisartsenorganisaties:
 - Cohaesie
<https://www.cohaesie.nl>
 - Zorggroep Haringvliet
<https://zorggroeopharingvliet.nl>
- VVT-organisaties:
 - CuraMare
<https://www.curamare.nl>
 - Careyn wijkverpleegkundigen
<https://www.careyn.nl/ons-aanbod/wijkverpleging>
 - Catharina
<https://www.catharina.nl>
 - Home Instead
<https://www.homeinstead.nl/onze-dienstverlening/dementiezorg>
 - Argos Zorggroep
<https://www.argoszorggroep.nl>
 - Directzorg Nederland
<https://www.directzorg.nl/directzorg/zorg-en-hulp-bij-dementie>
 - Stichting Humanitas
<https://www.stichtinghumanitas.nl/hulpvragen/dementie>



- GGZ-organisatie:
 - Antes (onderdeel Parnassia Groep)
<https://www.anteszorg.nl/verwijzers/verwijzerspunt-panassia-groep>
 - GGZ Delftland
<https://www.ggz-delfland.nl>
- Ziekenhuizen:
 - Spijkenisse Medisch Centrum
Geriatric: <https://www.spijkenissemc.nl/specialisme/klinische-geriatrie>
Neurologie: <https://www.spijkenissemc.nl/specialisme/neurologie>
 - Van Weel-Bethesda Ziekenhuis
<https://www.vanweelbethesda.nl>



Aangevuld met de expertise van:

- Ouderengeneeskunde experts:
 - Petra Borsje, specialist in ouderengeneeskunde (Praktijk Borsje)
<http://www.praktijkborsje.nl>
- Huisartsenpraktijken:
 - Huisartsenpraktijk Timp (nu Venes)
<https://www.huisartsenpraktijkvenes.nl>
 - Huisartsenpraktijk Bernisse
<https://huisartsenpraktijkbernisse.praktijkinfo.nl>
 - Huisartsenpraktijk Sprong
<https://huisartssprong.praktijkinfo.nl>
- VVT-organisatie:
 - Actief Zorg wijkverpleegkundigen
<https://www.actiefzorg.nl/verzorging-verpleging>



Huisartsenpraktijk H. Venes



Huisartsenpraktijk A.C. Sprong



Bijlage 1 Mogelijke signalen cognitieve stoornissen

Geheugen	Handelingen
Steeds vergeten welke dag het is.	Moeite hebben om een maaltijd klaar te maken.
Vaak in herhaling vallen zonder het zelf te beseffen.	Moeite hebben om op de juiste manier zijn/haar maaltijd te gebruiken.
Regelmatig hetzelfde verhaal vertellen tijdens een gesprek.	Moeite hebben om zich te verzorgen zoals vroeger.
Regelmatig niet op bepaalde woorden kunnen komen.	Moeite hebben met het aanvaarden van hulp bij het wassen.
Aan het antwoord is te merken dat de vraag niet begrepen is.	Moeite hebben om de kleding in de juiste volgorde aan te doen.
De waarde van geld niet meer kennen en niet meer zelfstandig kunnen betalen.	Moeite hebben om de medicatie zelf klaar te zetten.
Regelmatig de weg kwijt zijn.	Moeite hebben om de medicatie correct in te nemen.
Vergeten afspraken na te komen.	Moeite hebben met het in orde houden van de kasten.
Regelmatig kwijtraken van portemonnee, handtas of andere dingen.	Moeite hebben met het gebruik van elektrische apparaten.
Moeite hebben om nieuwe dingen te leren.	
Karakterveranderingen	Sociaal
Meer in zichzelf gekeerd zijn dan vroeger.	Zich alleen voelen.
Minder belangstelling tonen voor vroegere hobby's. (bv. Wekelijkse kaartmiddag/krant lezen)	Minder zin hebben in sociale contacten met familie, burens en/of vrienden.
Meer in bed liggen dan vroeger.	Minder contact zoeken met anderen.
Overmatig verdrietig zijn door een persoonlijke verlieservaring. (bv. Overlijden/verhuizen)	Hulp nodig hebben om in contact te komen met familie, burens en/of vrienden.
Er triestig bijzitten.	Zich liever afzonderen van de buitenwereld.
Bang dat er iets 'ergs' met hem/haar gaat gebeuren.	
Zich slecht kunnen concentreren/ niet lang met iets bezig kunnen zijn.	
Vaak moe en/of lusteloos zijn.	
Nergens zin in hebben.	
Geen plannen maken of doelen meer stellen.	
Meer klagen dan anders.	
Klachten hebben over zijn/haar geheugenstoornissen.	
Meer geïrriteerd zijn.	
Sneller kwaad zijn op mensen in zijn/haar directe omgeving.	
Sneller wantrouwig zijn (bv. Beschuldigingen uiten)	
Dingen horen of zien die er niet zijn.	

Niet-plus-gevoel bij dementie

Informatie voor mensen met dementie, naasten, mantelzorgers

Inleiding

Voordat een diagnose gesteld wordt, is er een periode waarin symptomen voorkomen die wijzen op mogelijke dementie: de **niet-plus-fase**. In deze flyer leggen wij u uit wat het niet-plus-gevoel is, hoe u (beginnende) dementie herkent, wat u kunt doen en waar u meer informatie kunt vinden.

Wat is een niet-plus-gevoel?

In de fase voor de diagnose dementie kunt u zich veel zorgen maken. In deze periode speelt vooral het niet-plus-gevoel: er klopt iets niet maar u kunt of wilt daar nog niet de vinger op leggen. U merkt bijvoorbeeld dat u dingen vergeet. U kunt niet op een woord komen, of vergeet een naam. Of u ziet dat het gedrag van uw partner of familielid verandert. Deze terugkerende veranderingen duiden soms op beginnende dementie, maar kunnen ook een andere oorzaak hebben.

Hoe herkent u dementie?

Bij dementie denkt u misschien alleen aan vergeetachtigheid, maar er zijn meer signalen.

Mogelijke signalen:

- verminderd geheugen en oriëntatievermogen
- moeite met nieuwe dingen leren
- moeite met spreken, begrijpen en schrijven
- bedorven voedsel in koelkast
- niet goed meer kunnen bedienen van apparaten, zoals koffiezetapparaat, wasmachine en tv
- gedragsverandering, bijvoorbeeld achterdochtig zijn of er onverzorgd uitzien (vroeger niet)
- minder sociale contacten en minder levensvreugde

Ook als u jonger bent dan 65, kunt u dementie krijgen. Het is dan lastiger om de symptomen te herkennen. Vaak vallen veranderingen in het gedrag dan meer op dan problemen met het geheugen.

Wat kunt u doen bij een (vermoeden van) dementie?

Herkent u één of meerdere signalen? Bespreek deze dan met de persoon en geef het advies om dit te bespreken met de huisarts.

Praat erover

In de fase voor de diagnose dementie kunt u zich veel zorgen maken. Het is belangrijk dat u en uw naaste(n) erover praten. U kunt hiervoor terecht bij uw huisarts. De huisarts kan u zo nodig doorverwijzen naar de praktijkondersteuner (POH ouderenzorg of POH GGZ), of naar een zorg- of welzijnsorganisatie in uw gemeente.



Meer informatie

Wilt u meer informatie in de niet-pluis-fase, kijk dan op:

- www.alzheimer-nederland.nl, hier kunt u onder andere de flyer "Is het dementie?" bestellen. Ook kunt u er een geheugentest doen, voor uzelf of over uw naaste.
- www.dementie.nl, hier vindt u onder andere een artikel met tips om uw naaste te motiveren om naar de huisarts te gaan.
- www.kennispleingehandicaptensector.nl, hier vindt u onder andere de brochure Dementie bij mensen met een verstandelijke handicap.

Contact

Heeft u vragen? Neem dan contact op met uw eigen huisarts.

Deze flyer wordt u aangeboden door Ketenzorg Dementie Zuid-Hollandse Eilanden, een samenwerkingsverband van verschillende zorgaanbieders, vrijwilligers- en welzijnsorganisaties en gemeentes. De keten richt zich in eerste instantie op de begeleiding van thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers. Zie ook: www.ketenzorgdementie-zhe.nl.



Bijlage 3 MMSE Instructie (Mini-Mental State Examination)

Toelichting scoring gestandaardiseerde MMSE

RM Kok, FRJ Verhey (2002)

Deze standaardisering is gebaseerd op de originele MMSE van Folstein et al. (1975) en de Standardised MMSE van Molloy et al. (1991).

Algemene instructies

1. Zorg dat voor het starten van de afname de persoon tegenover u zit. Beoordeel of iemand u verstaat en begrijpt middels eenvoudige vragen zoals 'Wat is uw naam?' Zorg dat de persoon de beschikking heeft over eventuele gehoorapparaten en brillen.
2. Introduceer uzelf en probeer de persoon op zijn/haar gemak te stellen. Vraag toestemming om vragen te mogen stellen, zoals 'Vindt u het goed dat ik u enige vragen over het geheugen stel?'. Dit kan helpen om paniekreacties te voorkomen.
3. Stel iedere vraag maximaal 3 keer, tenzij anders aangegeven. Als de persoon geen antwoord geeft, scoor 0.
4. Als de persoon incorrecte antwoorden geeft, scoor 0. Geef geen hints, stel de vraag nogmaals. Accepteer het antwoord, stel de vraag niet opnieuw, geef geen suggesties of fysieke duidingen zoals hoofd schudden, etc.
5. Benodigde hulpmiddelen zijn: een horloge, een pen, potlood/gum en papier. Een blaadje met hierop 'sluit uw ogen' in grote letters en de figuur is eveneens nodig.
6. Als iemand vraagt 'wat zegt u' geef geen uitleg of begin een gesprek, herhaal slechts dezelfde aanwijzing tot maximaal 3 keer.
7. Als de persoon u onderbreekt met b.v. de vraag 'Waar is dit voor', antwoordt met 'Ik zal het u uitleggen over enkele minuten als we klaar zijn. Kunnen we nu alstublieft doorgaan, we zijn bijna aan het eind'.

Afname - en scorings-instructies

- Vraag 1. Geef 10 seconden voor ieder antwoord. Alle en exacte jaar is goed. Gedurende de laatste week van het oude seizoen, of de eerste week van het nieuwe seizoen reken beide seizoenen goed. Reken zowel 1 maart als 21 maart goed voor het begin van de lente, enzovoorts. Op de eerste 2 dagen van een nieuwe maand en laatste 2 dagen van de vorige maand reken beide maanden goed. Accepteer 2 dagen eraanast m.b.t. datum. Alleen exacte weekdag is goed.
- Vraag 2. Geef 10 seconden voor ieder antwoord. Accepteer alleen exact goede antwoorden. Indien de patiënt niet opgenomen is vraag dan in welke instelling we zijn (bij de patiënt thuis: welke straat) en in welke kamer we zijn, in plaats van de naam van het ziekenhuis en de afdeling.
- Vraag 3. Zeg de woorden langzaam met een interval van ongeveer 1 seconde. Geef 1 punt voor ieder goed antwoord bij eerste poging. Geef 20 seconden voor het antwoord. Als de persoon niet alle 3 voorwerpen genoemd heeft, herhaal ze tot de persoon ze heeft geleerd tot een maximum 5 van herhalingen.
- Vraag 4. Schrijf de antwoorden van de persoon op. Als iemand is begonnen -onderbreek niet- laat hem/haar doorgaan tot 5 aftrekkingen zijn gemaakt. Als de persoon stopt voordat 5 aftrekkingen zijn gemaakt herhaal maximaal 3 maal de oorspronkelijke instructie 'blijf 7 aftrekken van wat er is overgebleven'.

Scoringsvoorbeelden:	93, 86, 79, 72, 65	5 punten (alleen goed)
	93, 88, 81, 74, 67	4 punten (4 goed, 1 fout)
	92, 85, 78, 71, 64	4 punten (4 goed, 1 fout)
	93, 87, 80, 73, 64	3 punten (3 goed, 2 fout)
	92, 85, 78, 71, 63	3 punten (3 goed, 2 fout)
	93, 87, 80, 75, 67	2 punten (2 goed, 3 fout)
	93, 87, 81, 75, 69	1 punt (1 goed, 4 fout)

Als het rekenen niet lukt ga dan over tot het achteruit spellen van het woord "worst". Reken van deze 2 opdrachten de hoogste score.

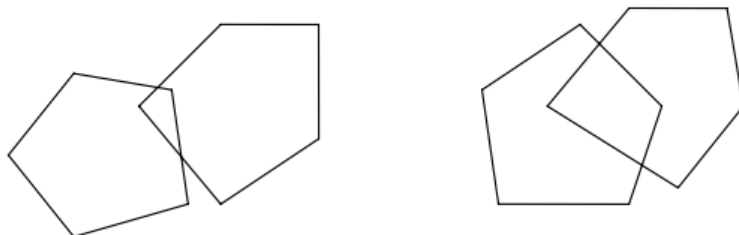
Instructie; 'Wilt u het woord "worst" achterstevoren spellen?". Geef 30 seconden de tijd hierbij. Als de persoon het woord "worst" niet kan spellen, zelfs niet met hulp, scoor dan 0.

Scoringsvoorbeelden spelling:	
ontbreken van 1 letter, b.v. tsrw, trow, tsow, tsro	score 4
ontbreken van 2 letters, b.v. tsr, sro, tsw	score 3
omkering van 2 letters, b.v. tsow, trsow, tsrwo, tswor	score 3
ontbreken of omkeren van 3 letters, b.v. torsw , ts, ow	score 2
omkeren van 4 letters, b.v. trswo, strwo	score 1

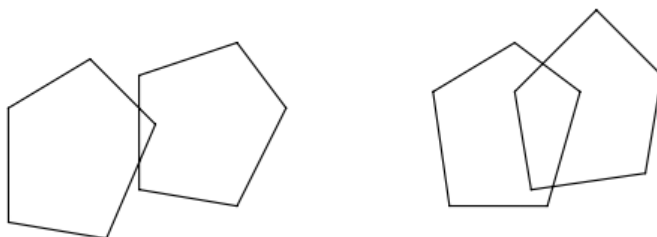
- Vraag 5. Scoor 1 punt voor ieder goed antwoord, ongeacht de volgorde. Neem 20 seconden voor het antwoord.
- Vraag 6. Scoor 1 punt voor ieder goed antwoord.
Laat een horloge zien. Accepteer 'polshorloge' of 'horloge', maar niet 'klok' of 'tijd' o.i.d. Geef 10 seconden voor het antwoord.
Laat een pen zien. Accepteer alleen pen en niet bijvoorbeeld potlood. Geef 10 seconden voor het antwoord.
- Vraag 7. Reken alleen het exacte antwoord goed.
- Vraag 8. Geef papier met daarop 'sluit uw ogen'. Als persoon alleen leest en de ogen niet sluit, herhaal maximaal drie maal de zin 'Wilt u deze woorden lezen en dan doen wat er staat'. Geef 10 seconden, geef alleen 1 punt als de persoon de ogen sluit. De persoon hoeft niet hardop voor te lezen wat er staat.
- Vraag 9. Neem een stuk papier, houdt het vast recht voor de persoon en zeg het volgende : 'Wilt u dit papiertje pakken met uw rechterhand, het dubbelvouwen en het op uw schoot leggen? Herhaal deze opdracht niet. Geef 30 seconden. Scoor 1 punt voor iedere correct uitgevoerde instructie.
- Vraag 10. Geef 30 seconden. Scoor 1 punt als de zin een onderwerp en gezegde heeft en betekenis heeft. Negeer spellingsfouten.
- Vraag 11. Leg de figuur, papier, pen of potlood en gum voor de persoon neer. Sta meerdere pogingen toe tot de patiënt klaar is en het papier terug geeft. Scoor 1 punt voor een correct getekend diagram. De persoon moet een vierhoek hebben getekend tussen twee vijfhoeken in. Maximaal toegestane tijd; 1 minuut.

Scoringsvoorbeelden:

correct = 1 punt :



Niet correct = 0 punten :



Bijlage 4 MMSE (Mini-Mental State Examination)

Gestandaardiseerde Mini-Mental State Examination

© RM Kok, FRJ Verhey, 2002

Naam patiënt :

Datum invullen :

Naam invuller :

Ik ga u nu enkele vragen stellen en geef u enkele problemen om op te lossen. Wilt u alstublieft uw best doen om zo goed mogelijke antwoorden te geven.

- | | <u>noteer antwoord</u> | <u>score:</u> |
|--|------------------------|---------------|
| 1. a. Welk jaar is het?
b. Welk seizoen is het?
c. Welke maand van het jaar is het?
d. Wat is de datum vandaag?
e. Welke dag van de week is het? | | (0-5) _____ |
| 2. a. In welke provincie zijn we nu?
b. In welke plaats zijn we nu?
c. In welk ziekenhuis (instelling) zijn we nu?
d. Wat is de naam van deze afdeling?
e. Op welke verdieping zijn we nu? | | (0-5) _____ |
| 3. Ik noem nu drie voorwerpen. Wilt u die herhalen nadat ik ze alle drie gezegd heb?
Onthoud ze want ik vraag u over enkele minuten ze opnieuw te noemen.
(Noem "appel, sleutel, tafel", neem 1 seconde per woord)
(1 punt voor elk goed antwoord, herhaal maximaal 5 keer tot de patiënt de drie woorden weet) | | (0-3) _____ |
| 4. Wilt u van de 100 zeven aftrekken en van wat overblijft weer zeven aftrekken en zo doorgaan tot ik stop zeg?
(Herhaal eventueel 3 maal als de persoon stopt, herhaal dezelfde instructie, geef maximaal 1 minuut de tijd) Noteer hier het antwoord.
of
Wilt u het woord "worst" achterstevoren spellen?
Noteer hier het antwoord. | | (0-5) _____ |
| 5. Noemt u nogmaals de drie voorwerpen van zojuist.
(Eén punt voor elk goed antwoord). | | (0-3) _____ |
| 6. Wat is dit? En wat is dat?
(Wijs een pen en een horloge aan. Eén punt voor elk goed antwoord). | | (0-2) _____ |
| 7. Wilt u de volgende zin herhalen: " Nu eens dit en dan weer dat ".
(Eén punt als de complete zin goed is) | | (0-1) _____ |
| 8. Wilt u deze woorden lezen en dan doen wat er staat?
(papier met daarop in grote letters: "Sluit uw ogen") | | (0-1) _____ |
| 9. Wilt u dit papiertje pakken met uw rechterhand, het dubbelvouwen en het op uw schoot leggen? (Eén punt voor iedere goede handeling). | | (0-3) _____ |
| 10. Wilt u voor mij een volledige zin opschrijven op dit stuk papier?
(Eén punt wanneer de zin een onderwerp en een gezegde heeft en betekenis heeft). | | (0-1) _____ |
| 11. Wilt u deze figuur natekenen?
(Figuur achterop dit papier. Eén punt als figuur geheel correct is nagetekend. Er moet een vierhoek te zien zijn tussen de twee vijfhoeken) | | (0-1) _____ |
| | TOTALE TEST SCORE: | (0-30) _____ |

Sluit uw ogen



Bijlage 5 RUDAS (Rowland Universal Dementia Assessment) Instructie

Handleiding bij de RUDAS-NL versie 1.5 7-1-2020

Rowland Universal Dementia Assessment Scale - Nederlandse versie

Vertaling:

Miriam Goudsmit, klinisch psycholoog OLVG

m.goudsmit@olvg.nl

OLVG – Oosterpark 9 – 1091 AC Amsterdam

Voor scoreformulieren (Nederlands) en scoreformulieren voor afname met een tolk in het Turks, Hindi, Marokkaans Arabisch, de Nederlandse handleiding en Nederlandstalige instructievideo, kijk op: <https://www.nkop.nl/praktijk/meetinstrumenten/details/?instrument=37>



Bronnen




- The Rowland Universal Dementia Assessment Scale: A Multicultural Cognitive Assessment Scale Storey, Rowland, Basic, Conforti & Dickinson (2004). *International psychogeriatrics*, 16 (1), 13-31.
- Goudsmit, M., van Campen, J., Schilt, T., Hinnen, C., Franzen, S., & Schmand, B. (2018). One Size Does Not Fit All: Comparative Diagnostic Accuracy of the Rowland Universal Dementia Assessment Scale and the Mini Mental State Examination in a Memory Clinic Population with Very Low Education. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 8(2), 290–305. doi:10.1159/000490174
- Engelstalig scoreformulier: <https://www.dementia.org.au/resources/rowland-universal-dementia-assessment-scale-rudas>
- Engelstalige handleiding: https://www.dementia.org.au/sites/default/files/20110311_2011RUDASAdminScoringGuide.pdf
- Engelstalige instructievideo: <https://www.swhld.health.nsw.gov.au/acrs/RUDASvideo.html>

1

RUDAS-NL Uitgebreide Handleiding voor afname en scoring



	Instructie	Score	Max. score	Aanvullende instructie voor testafnemer
1. Geheugen <i>Stelt u zich eens voor dat we gaan winkelen. Hier heb ik een lijst met supermarkt-artikelen.</i> <i>Ik wil graag dat u de volgende dingen onthoudt die we in de winkel moeten kopen. Als we over 5 minuten bij de winkel komen, zal ik u vragen wat we ookalweer moesten kopen. U moet het boodschappenlijstje voor mij onthouden.</i> Thee Bakolie Eieren Zeep <i>Herhaal deze lijst alstublieft.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vraag de patiënt om de lijst drie keer te herhalen. • Als de patiënt niet alle vier de woorden herhaalt, herhaal de lijst dan tot de patiënt deze heeft geleerd en ze kan nazeggen • Herhaal de lijst in totaal maximaal 5 keer. 			Aanwijzingen <ul style="list-style-type: none"> - Geef voldoende mogelijkheid de lijst zo goed mogelijk te leren - Vraag de patiënt om de lijst minstens 3 keer terug te vertellen - Gebruik een beetje humor om de vraag zo realistisch mogelijk te maken en minder confronterend. - Om het leren makkelijker te maken kun je op je vingers meetellen. Scoring <ul style="list-style-type: none"> - Voor dit onderdeel kun je geen punten krijgen, pas later wordt het onthouden gescoord.
2. Visuospatiële Oriëntatie <i>Ik ga u vragen om verschillende lichaamsdelen aan te wijzen.</i> 1. <i>Wijs uw rechervoet aan.....</i> 2. <i>Wijs uw linkerhand aan.....</i> 3. <i>Raak met uw rechterhand uw linkerschouder aan.....</i> 4. <i>Raak met uw linkerhand uw rechteroor aan.....</i> 5. <i>Wat is (wijs aan) mijn linkerhand?</i> 6. <i>Wat is (wijs aan) mijn rechter elleboog?.....</i> 7. <i>Wijs met uw rechterhand mijn linkeroog aan.....</i> 8. <i>Wijs met uw linkerhand mijn linkervoet aan.....</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Geef 1 punt voor elke correct antwoord en stop bij 5 correcte antwoorden. 11111111/5	Aanwijzingen <ul style="list-style-type: none"> - Belangrijk om recht tegenover de patiënt te zitten - Veel extra uitleg is niet nodig, de taak wordt vanzelf duidelijk. Scoring <ul style="list-style-type: none"> - Er zijn 8 vragen, maar de maximum score is 5. Bij 5 goede antwoorden mag de test worden afgebroken. - Concentreer je goed op de scoring (omdat je tegenover de patiënt zit kan je je makkelijk vergissen in links/rechts) - De patiënt moet elke opdracht 100% goed hebben om een punt te krijgen. (Bv. als de patiënt wordt gevraagd 'wijs met u rechterhand mijn linkeroog aan' en patiënt wijst met zijn linkerhand je linkeroog aan, krijgt hij geen punt).

2

<p>3. Praxis</p> <p><i>Ik laat u een beweging met mijn handen zien. Ik wil dat u naar mij kijkt en nadoet wat ik doe. Doe mij na als ik dit doe...</i></p> <p><i>Doet u maar met me mee. Nu wil ik graag dat u doorgaat met deze beweging in dit tempo tot ik stop zeg.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Houd afwisselend de ene hand in vuist, andere hand plat op tafel. Zie foto's stap 2 en stap 3; Ga ongeveer 10 seconden of 5-6 afwisselingen door in rustig tempo. 	<p>...../2</p>	<p>Aanwijzingen</p> <p>Zit recht tegenover de patiënt.</p> <p>Als je de taak uitlegt, vol de volgende stappen.</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Ik wil graag dat u uw handen op de tafel legt net als ik</i> (leg je handen met de palmen naar beneden op het tafelblad). Als er geen tafel is, leg dan je handen plat op de knieën. <i>Kijk goed terwijl ik het voordoet</i> (zet je ene hand in een vuist op tafel en laat de andere hand plat liggen met de palm naar beneden), <i>doet u precies wat ik doe.</i> <i>Kijk nu weer goed als ik dit doe</i> (wissel de beweging tegelijk af, dus ene hand in vuist en andere hand met palm naar beneden op tafel en blijf dit 5-6 keer doen). Vraag de patiënt om precies na te doen wat jij doet. Als de patiënt het nog niet kan, herhaal stap 1 t/m 3. Als de patiënt de taak heeft geleerd (dus voldoende begrijpt wat de bedoeling is, ookal kan hij het nog niet 100% goed), vraag hem dan om het nog eens met je mee te oefenen. <p>Bij de echte test mag je de beweging niet meer meedoen, de patiënt moet de beweging zelfstandig maken.</p>
<p>Overzicht</p> 	<p>Stap 2</p> 	<p>Stap 3</p> 	

3

Scoring						
Score	Vuist/Palm afwisseling	Aantal fouten	Vloeiendheid	Zelf correcties	Verbetering	Gelijktijdigheid
Normaal =2	Goede afwisseling, weinig fouten	Minimaal	Goed	Goed	Duidelijk	Alleen hele kleine afwijkingen in timing
Deels correct =1	Duidelijke fouten in afwisseling	Merkbaar	Probeert het vloeiend te doen	Probeert zichzelf te verbeteren	Enige verbetering	Duidelijk gebrek aan gelijktijdige timing van de beweging
Onvoldoende =0	Nauwelijks in staat om vuist en palm goed af te wisselen	Veel	Slecht of afwezig	Geen	Weinig tot geen	Weinig of geen gelijktijdige timing

<p>4. Visuonconstructie/ tekenen</p> <p><i>Wilt u dit figuur zo precies mogelijk natekenen?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Heeft de persoon een plaatje getekend dat lijkt op een vierkant? Zijn alle interne lijnen weergegeven? Zijn alle externe lijnen weergegeven? 	<p>...../1</p> <p>...../1</p> <p>...../1</p> <p>...../3</p>	<p>Aanwijzingen</p> <ul style="list-style-type: none"> Bij deze vraag zijn maximaal 3 punten te halen. Laat de patiënt de tekening van de kubus zien. Zorg ervoor dat de patiënt de tekening goed kan zien (evt. leesbril op laten zetten). Vraag de patiënt om de tekening zo goed mogelijk na te tekenen. <p>Scoring</p> <ul style="list-style-type: none"> Heeft de persoon een plaatje getekend dat lijkt op een vierkant? (Ja=1, Nee=0) Zijn alle interne lijnen weergegeven? (Ja=1, Nee=0)  Zijn alle externe lijnen weergegeven? (Ja=1, Nee=0) 
--	--	---	---

4

5. Oordeelsvermogen				
<p><i>U staat op de stoep bij een drukke straat. Er is geen zebraad en geen stoplicht. Wat zou u doen om op een veilige manier aan de overkant van de straat te komen?</i></p> <p>Als de patiënt een onvolledig antwoord geeft dat niet op beide delen van het juiste antwoord ingaat, <u>vraag door</u>:</p> <p><i>Is er nog iets anders dat u zou doen?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zei patiënt dat hij zou kijken naar het verkeer? Ja=2 / Ja, na doorvragen=1 / Nee=0 • Noemde de patiënt nog andere onderdelen om veilig over te steken? Ja=2 / Ja, na doorvragen=1 / Nee=0 	<p>...../2</p> <p>...../2</p>	<p>...../4</p>	<p>Aanwijzingen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Als de patiënt geen antwoord geeft, of zegt het niet te weten, herhaal de vraag dan nog 1 keer. - Vraag altijd door (tenzij patiënt bij het eerste antwoord direct beide onderdelen van de vraag goed heeft). Probeer een zo compleet mogelijk antwoord te krijgen. - Vraag alleen 'is er nog iets anders dat u zou doen?', geef geen andere hints of aanwijzingen. - Schrijf het antwoord van de patiënt op. - Schrijf ook wanneer je een hint geeft om goed te kunnen scoren. - Als de patiënt zegt dat ze nooit alleen de straat over steken (bv. omdat ze in een rolstoel zitten of slechtziend zijn), vraag dan: 'Wat zou iemand die een straat wil oversteken, moeten doen om veilig over te steken?'.
<p>Scoring</p> <ul style="list-style-type: none"> - De maximale score is 4. Voor elk onderdeel van het antwoord zijn er 2 punten te halen. Ja=2 / Ja, na doorvragen=1 / Nee=0 <p>Onderdeel 1: Zei patiënt dat hij zou kijken naar het verkeer?</p> <p><u>Voorbeelden van juiste antwoorden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ik zou naar het verkeer kijken ➤ Links en rechts kijken ➤ Kijken of er auto's aankomen ➤ Kijken of de weg vrij is ➤ Oversteken als er niets aan komt. <p><u>Voorbeelden van onjuiste antwoorden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gewoon oversteken ○ Hand opsteken zodat het verkeer weet dat ik over wil steken ○ Naar de hoek van de straat gaan om over te steken ○ Naar de auto's zwaaien zodat ze me zien ○ Ik zou niet oversteken <p>Onderdeel 2: Noemde de patiënt nog andere onderdelen om veilig over te steken?</p> <p><u>Voorbeelden van juiste antwoorden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Naar het midden van de weg gaan en dan opnieuw kijken of er geen verkeer komt, voordat ik de rest van de weg oversteek. ➤ Tijdens het oversteken blijven kijken dat er geen verkeer aan komt ➤ Snel oversteken zonder te rennen ➤ Voorzichtig zijn ➤ Wachten tot ik samen met anderen kan oversteken ➤ Om hulp vragen. <p><u>Voorbeelden van onjuiste antwoorden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zo snel rennen als ik kan ○ Oversteken als het voetgangerslicht groen is ○ Oversteken op het kruispunt ○ Gewoon gaan 				

5

Scoringsvoorbeelden				
<p>Voorbeeld 1. Patiënt: ik weet het niet. Testafnemer herhaalt vraag. Patiënt: "ik zou naar de auto's kijken" (=2 punten). Testafnemer: <i>nog meer?</i> Patiënt, na doorvragen: "ik kan niets anders bedenken dan voorzichtig te zijn" (goed antwoord, na cue =1 punt). Totaal 3/4 punten.</p> <p>Voorbeeld 2. Patiënt: "Gewoon oversteken" (0 punten). Testafnemer: <i>nog meer?</i> Patiënt, na doorvragen: "Kijken of er auto's aankomen" (goed antwoord, na cue =1 punt). Totaal 1/4 punten.</p> <p>Voorbeeld 3. Patiënt: "Mijn hand omhoog houden zodat het verkeer weet dat ik over wil steken (0 punten), dan naar het midden van de straat lopen en daarna helemaal oversteken" (2 punten). Totaal 2/4 punten.</p>				
1. Geheugen-Herinnering				
<p><i>We zijn bij de supermarkt. Weet u nog welke boodschappen we moesten kopen?</i></p> <p>(Als de persoon <u>niets</u> meer weet van de lijst, zeg dan:) <i>De eerste was thee.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Scoor twee punten voor elke woord dat spontaan werd genoemd zonder aanwijzing. • Als 'Thee' als aanwijzing werd gegeven, omcirkel dit dan en geef 0 punten voor 'Thee'. <p>Thee...../2</p> <p>Bakolie...../2</p> <p>Eieren...../2</p> <p>Zeep...../2</p>	<p>...../2</p> <p>...../2</p> <p>...../2</p> <p>...../2</p>	<p>...../8</p>	<p>Aanwijzingen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vraag de patiënt om de 4 supermarkt artikelen op te noemen - Als de patiënt na 20-30 seconden geen enkel woord heeft genoemd, geef dan een aanwijzing: De eerste was thee, en omcirkel het woord thee. - Gebruik deze aanwijzing alleen als iemand geen enkel woord kan noemen. - Geef geen andere aanwijzingen dan deze, ook niet als iemand maar 1 woord van de lijst weet. <p>Scoring</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dit onderdeel heeft maximaal 8 punten. - De score is ofwel 2 ofwel 0, iemand kan geen score 1 halen. - Als 'thee' als aanwijzing is gebruikt, is de maximale score 6. - Als iemand 'olie' zegt in plaats van bakolie is dat ook goed (2 punten)

6

6. Taal				
<p><i>Ik ga 1 minuut op deze klok instellen. In die minuut, wil ik graag dat u zo veel mogelijk verschillende dieren noemt als u kent. We zullen zien hoeveel dieren u weet in 1 minuut.</i></p> <p>1.....</p> <p>2.....</p> <p>3.....</p> <p>4.....</p> <p>5.....</p> <p>6.....</p> <p>7.....</p> <p>8.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maximumscore voor dit onderdeel is 8. • Als de patiënt 8 verschillende dieren noemt voordat de minuut is afgelopen, mag de taak worden afgebroken. 		<p>...../8</p>	<p>Aanwijzingen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hier kunnen maximaal 8 punten behaald worden. - Neem 1 minuut de tijd. Maak duidelijk wanneer de tijd ingaat door bv. 'Start' te zeggen. - Als de patiënt geen Nederlands spreekt, leg dan van te voren aan de tolk uit dat het belangrijk is om simultaan te vertalen danwel mee te schrijven. <p>Scoring</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij twijfel of bepaalde dieren verschillende dieren zijn, vraag dit na afloop van de minuut na aan de tolk. Zei de patiënt bv. 'groot paard' en 'klein paard', dan is dat fout. Maar als 'groot paard' en 'klein paard' in de betreffende taal de juiste omschrijving van 'paard' en 'veulen' zijn, mag dit wel worden goed gerekend.
TOTAALSCORE			<p>...../30</p>	<p>Tel alle scores op , maximale score is 30.</p>
AFKAPPUNT EN INTERPRETATIE	<p><i>Een score van 21 of lager kan wijzen op cognitieve achteruitgang.</i></p> <p><i>In het oorspronkelijke Australische validatie-onderzoek is 22 het optimale afkappunt.</i></p> <p><i>In het Nederlandse validatie-onderzoek kwam een afkappunt van 21 als optimaal afkappunt naar voren (sensitiviteit en specificiteit beide 74%) voor het onderscheid tussen patiënten zonder cognitieve stoornissen en degenen met milde cognitieve stoornissen of dementie. Dit onderzoek vond plaats bij 144 geheugenpolipatiënten van niet-Westerse komaf, met een mediaan opleidingsniveau van 1 jaar bij patiënten van het MC Slotervaart, Erasmus MC en Havenziekenhuis. (zie voor referenties titelpagina).</i></p>			


Bijlage 6 RUDAS (Rowland Universal Dementia Assessment)

RUDAS-NL versie 1.5 7-1-2020

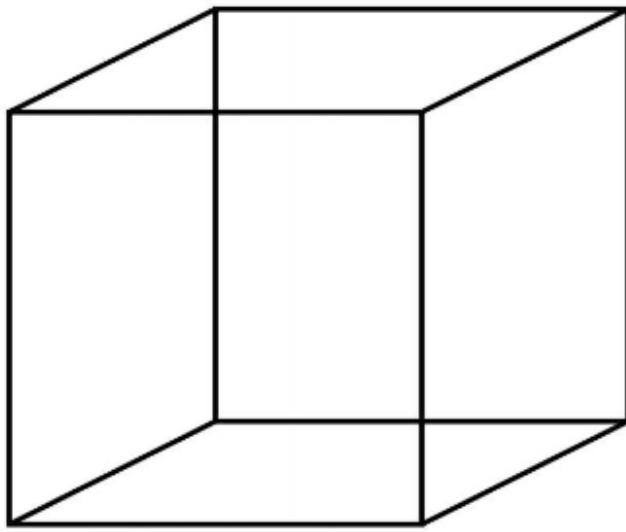
Datum

Patiëntnaam

INSTRUCTIE	AFNAME EN SCORING	SCORE	MAX. SCORE
1. Geheugen			
<p><i>Stelt u zich eens voor dat we gaan winkelen. Hier heb ik een lijst met supermarkt-artikelen. Ik wil graag dat u de volgende dingen onthoudt die we in de winkel moeten kopen. Als we over 5 minuten bij de winkel komen, zal ik u vragen wat we ookalweer moesten kopen. U moet het boodschappenlijstje voor mij onthouden.</i></p> <p>Thee Bakolie Eieren Zeep</p> <p><i>Herhaal deze lijst alstublieft.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Vraag de patiënt om de lijst 3 keer te herhalen. Als de patiënt niet alle 4 de woorden herhaalt, herhaal de lijst dan tot de patiënt deze heeft geleerd en ze kan nazeggen Herhaal de lijst in totaal maximaal 5 keer. 		-
2. Visuospatiële Oriëntatie			
<p><i>Ik ga u vragen om verschillende lichaamsdelen aan te wijzen.</i></p> <p>1. <i>Wijs uw rechervoet aan.....</i></p> <p>2. <i>Wijs uw linkerhand aan.....</i></p> <p>3. <i>Raak met uw rechterhand uw linkerschouder aan.....</i></p> <p>4. <i>Raak met uw linkerhand uw rechteroor aan.....</i></p> <p>5. <i>Wat is (wijs aan) mijn linker knie?</i></p> <p>6. <i>Wat is (wijs aan) mijn rechter elleboog?.....</i></p> <p>7. <i>Wijs met uw rechterhand mijn linkeroog aan.....</i></p> <p>8. <i>Wijs met uw linkerhand mijn linkervoet aan.....</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Geef 1 punt voor elke correct antwoord en stop bij 5 correcte antwoorden. 	<p>.....1</p> <p>.....1</p> <p>.....1</p> <p>.....1</p> <p>.....1</p> <p>.....1</p> <p>.....1</p> <p>.....1</p>/5
3. Praxis			
<p><i>Ik laat u een beweging met mijn handen zien. Ik wil dat u naar mij kijkt en nadoet wat ik doe. Doe mij na als ik dit doe...</i></p> <p><i>Doet u maar met me mee. Nu wil ik graag dat u doorgaat met deze beweging in dit tempo tot ik stop zeg.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Houd afwisselend de ene hand in vuist, andere hand plat op tafel. Ga ongeveer 10 seconden of 5-6 afwisselingen door in rustig tempo. <p>Normaal=2 (weinig of geen fouten, zelfcorrecties, steeds beter, goed volhouden, zo goed als synchrone beweging in beide handen)</p> <p>Deels adequaat =1 (duidelijke fouten met poging zichzelf te corrigeren, enige poging om het vol te houden, weinig synchrone beweging)</p> <p>Onvoldoende =0 (kan de taak niet doen, houdt het niet vol of probeert het niet).</p>	/2

INSTRUCTIE	AFNAME EN SCORING	SCORE	MAX. SCORE
4. Visuonconstructie/ tekenen			
<p><i>Wilt u dit figuur zo precies mogelijk natekenen?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Heeft de persoon een plaatje getekend dat lijkt op een vierkant? Ja=1 • Zijn alle interne lijnen weergegeven? Ja=1 • Zijn alle externe lijnen weergegeven? Ja=1 	<p>...../1</p> <p>...../1</p> <p>...../1</p>	 <p>...../3</p>
5. Oordeelsvermogen			
<p><i>U staat op de stoep bij een drukke straat. Er is geen zebepad en geen stoplicht. Wat zou u doen om op een veilige manier aan de overkant van de straat te komen?</i></p> <p>Als de patiënt een onvolledig antwoord geeft dat niet op beide delen van het juiste antwoord ingaat, <u>vraag door</u>: <i>Is er nog iets anders dat u zou doen?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zei patiënt dat hij zou kijken naar het verkeer? Ja=2, Ja na doorvragen=1, Nee=0 • Noemde de patiënt nog andere onderdelen om veilig over te steken? Ja=2, Ja na doorvragen=1, Nee=0 	<p>...../2</p> <p>...../2</p>	<p>...../4</p>
1. Geheugen-Herinnering			
<p><i>We zijn bij de supermarkt. Weet u nog welke boodschappen we moesten kopen?</i></p> <p>(Als de persoon niets meer weet van de lijst, zeg dan:) <i>De eerste was thee.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Scoor twee punten voor elke woord dat spontaan werd genoemd zonder aanwijzing. • Als 'Thee' als aanwijzing werd gegeven, geef 0 punten voor 'Thee'. 	<p>Thee...../2</p> <p>Bakolie...../2</p> <p>Eieren...../2</p> <p>Zeep...../2</p>	<p>...../8</p>
6. Taal			
<p><i>Ik ga 1 minuut op deze klok instellen. In die minuut wil ik graag dat u zo veel mogelijk verschillende dieren opnoemt als u kent. We zullen zien hoeveel dieren u weet in 1 minuut.</i></p> <p>1..... 5.....</p> <p>2..... 6.....</p> <p>3..... 7.....</p> <p>4..... 8.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maximumscore voor dit onderdeel is 8. • Als de patiënt 8 verschillende dieren noemt voordat de minuut is afgelopen, mag de taak worden afgebroken. 		<p>...../8</p>
TOTAALSCORE			<p>...../30</p>

Vertaling M. Goudsmit. Verantwoording, scoring en afname: zie Handleiding bij de RUDAS-NL



Bijlage 7 OLD score lijst (Observatielijst voor vroege symptomen van Dementie)

Observatielijst voor vroege symptomen van dementie (OLD)

HOOFDASPECT deelaspecten	KENMERKEN	GECONSTATEERD A ja / B twijfel / C nee D niet vast te stellen	TIPS	AANTEKENING
COGNITIE		Omcirkel één antwoord		
Vergeten	1. Vergeet steeds welke dag het is. 2. Vergeet regelmatig gebeurtenissen die kort geleden gebeurd zijn 3. Kan recent gehoorde verhalen of mededelingen niet meer navertellen	A B C D A B C D A B C D	<i>Aan de orde brengen met sleutelvragen: hoe oud bent u nu? Waarvoor kwam u de vorige keer op het spreekuur? Wanneer bent u voor het laatst geweest?</i>	
Herhalen	4. Valt vaak in herhalingen zonder het zelf door te hebben. 5. Vertelt regelmatig hetzelfde verhaal tijdens een gesprek.	A B C D A B C D	<i>sleutelvraag: hoe gaat het met u ? (of: uw partner, familie, kinderen, kleinkinderen)</i>	
Taal	6. Kan regelmatig niet op bepaalde woorden komen. 7. Verliest snel de draad van een verhaal.	A B C D A B C D	observeren tijdens gesprek	
Begrip	8. Aan het antwoord is te merken dat de vraag niet begrepen is. 9. Heeft meer moeite om een gesprek te begrijpen.	A B C D A B C D	observeren tijdens gesprek	
DAGELIJKS FUNCTIONEREN				
Oriëntatie	10. Haalt tijden door elkaar.	A B C D		
GEDRAG				
Facadevorming	11. Verzint uitvluchten.	A B C D		
Afhankelijkheid	12. Geen specifiek item voorhanden.	A B C D	Vergelijken met vroeger. Let op > head-turning = naar partner als iets wordt gevraagd	



Bijlage 8 (IQCODE-N) lijst

Verkorte Informant Vragenlijst over Cognitieve Achteruitgang bij Ouderen (IQCODE-N)

Naam onderzochte:

Geboortedatum: / /

Ingevuld door :

Relatie tot onderzochte :

Datum van invullen : / /

Dit is een lijst met bezigheden waarbij onthouden en nadenken belangrijk zijn. Wilt u bij elke bezigheid aangeven of mevrouw/meneer in de afgelopen 10 jaar (iets) verbeterd is, niet is veranderd, of (iets) verslechterd is? U kunt een kringetje zetten om het antwoord dat volgens u de juiste keuze is. De vergelijking met 10 jaar geleden is belangrijk. Dus, als mevrouw/meneer vroeger ook al vergat waar hij/zij spullen had neergelegd en dit nu nog steeds vergeet, dan is hij/zij op dat punt niet veranderd. Zet in dit geval een kringetje om 'niet veranderd'.

A.F. Jorm & P.A. Jacomb (1989) Nederlandse versie (IQCODE-N). Vertaling en bewerking J.F.M. de Jonghe & B. Schmand

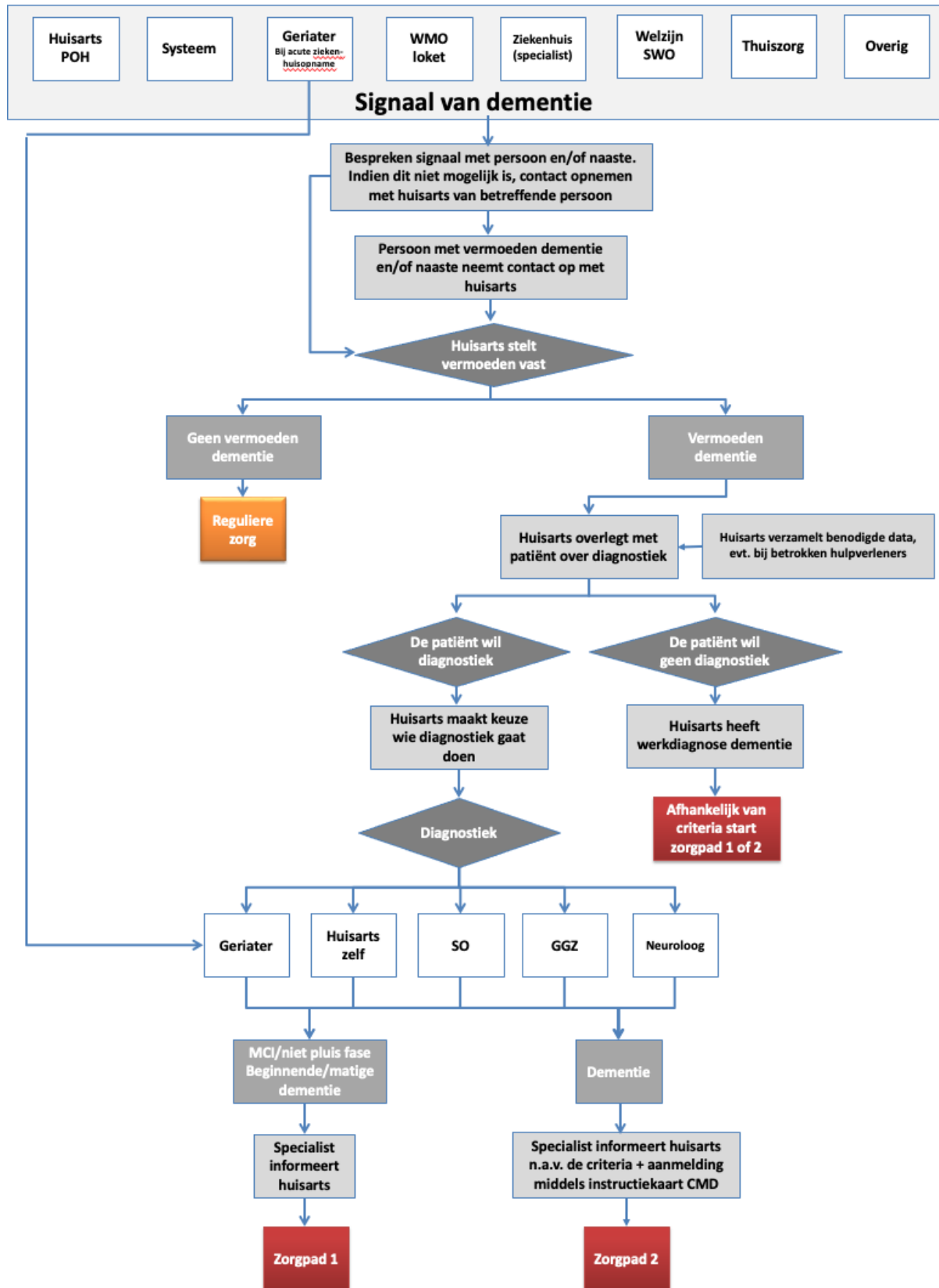
Hoe is mevrouw/meneer, vergeleken met 10 jaar geleden, bij:

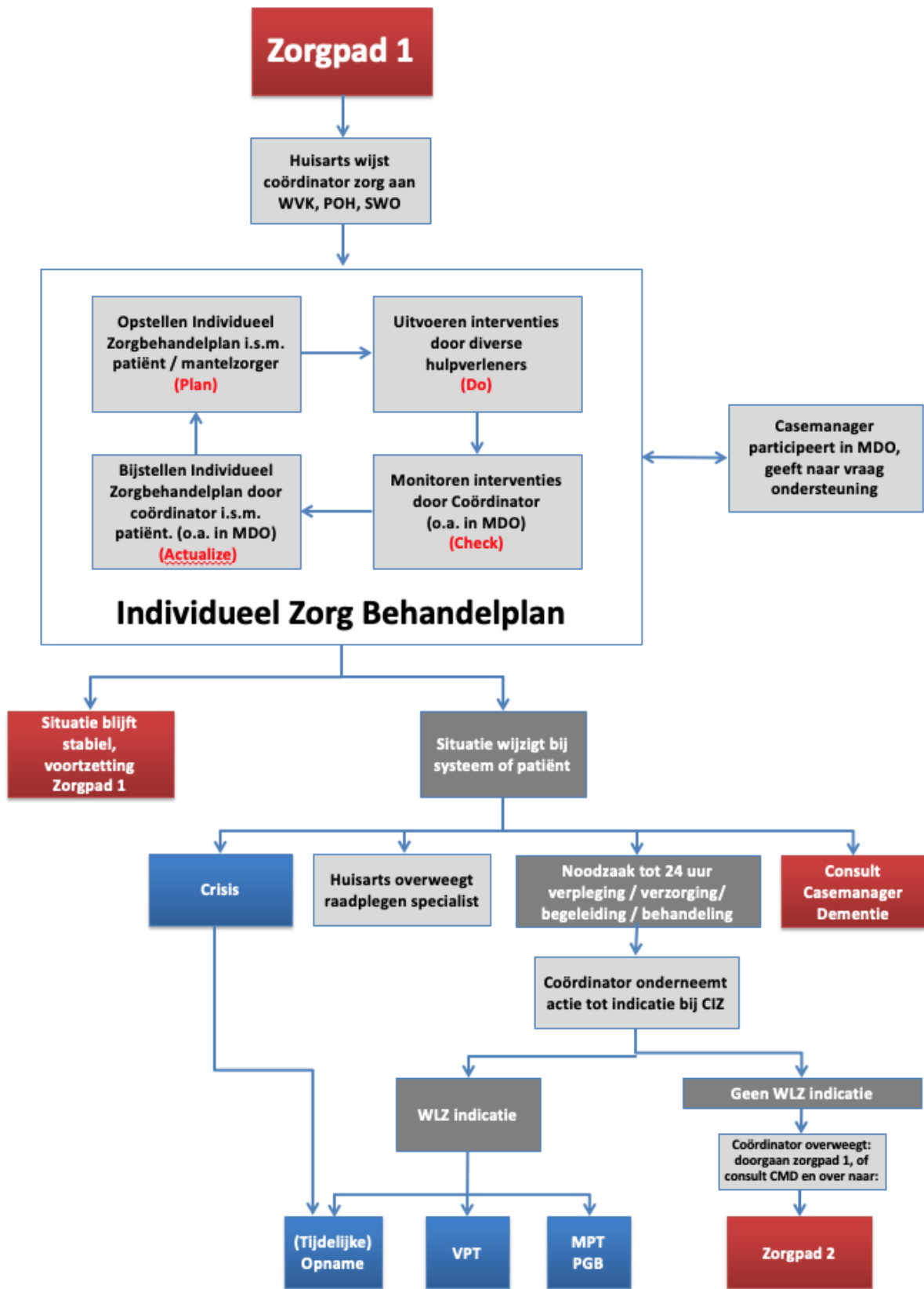
1. Feiten herinneren over familieleden en vrienden, zoals beroepen, verjaardagen of adressen.	1 veel beter	2 iets beter	3 niet veranderd	4 iets slechter	5 veel slechter
2. Herinneren wat er pasgeleden is gebeurd.	veel beter	iets beter	niet veranderd	iets slechter	veel slechter
3. Gesprekken herinneren van een paar dagen geleden.	veel beter	iets beter	niet veranderd	iets slechter	veel slechter
4. Onthouden van zijn/haar adres en telefoonnummer.	veel beter	iets beter	niet veranderd	iets slechter	veel slechter
5. Onthouden welke dag en maand het is.	veel beter	iets beter	niet veranderd	iets slechter	veel slechter
6. Onthouden waar iets normaal gesproken ligt.	veel beter	iets beter	niet veranderd	iets slechter	veel slechter
7. Iets weten te vinden dat niet op z'n gewone plek ligt.	veel beter	iets beter	niet veranderd	iets slechter	veel slechter
8. Omgaan met bekende huishoudelijke apparaten.	veel beter	iets beter	niet veranderd	iets slechter	veel slechter
9. Leren omgaan met nieuwe huishoudelijke apparaten.	veel beter	iets beter	niet veranderd	iets slechter	veel slechter
10. Nieuwe dingen leren in het algemeen.	veel beter	iets beter	niet veranderd	iets slechter	veel slechter
11. Het verhaal kunnen volgen in een boek of op televisie.	veel beter	iets beter	niet veranderd	iets slechter	veel slechter
12. Beslissingen nemen over alledaagse dingen.	veel beter	iets beter	niet veranderd	iets slechter	veel slechter
13. Omgaan met geld voor de boodschappen.	veel beter	iets beter	niet veranderd	iets slechter	veel slechter
14. Geldzaken regelen, zoals het pensioen, bankzaken.	veel beter	iets beter	niet veranderd	iets slechter	veel slechter
15. Andere alledaagse rekenproblemen oplossen, zoals hoeveel eten er gekocht moet worden, weten wanneer familieleden of vrienden voor het laatst op bezoek zijn geweest	veel beter	iets beter	niet veranderd	iets slechter	veel slechter
16. Het gezonde verstand gebruiken om te begrijpen wat er gebeurt en de zaken op een rijtje te zetten.	veel beter	iets beter	niet veranderd	iets slechter	veel slechter

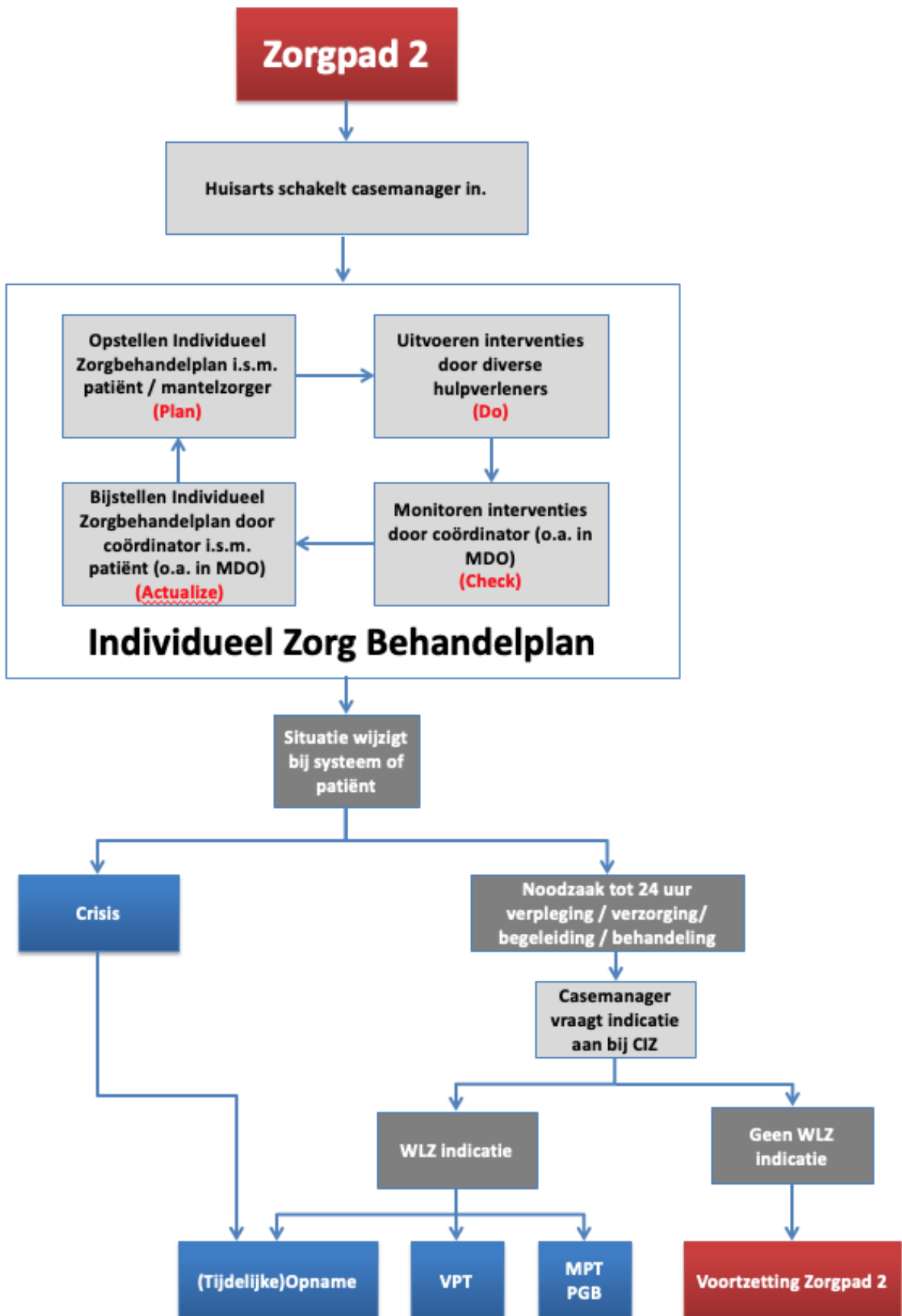
Bijlage 9 Karakterisering Zorgpad 1 en Zorgpad 2

Zorgpad 1	Zorgpad 2
Patiënt kenmerken	
Mild Cognitive Impairment (MCI) en/of niet pluis fase	Diagnose dementie
Beginnende of matige dementie	Beginnende, matige of gevorderde dementie
Stabiele situatie: <ul style="list-style-type: none"> • Patiëntstelsel heeft <i>voldoende</i> draagkracht; • Sociaal netwerk voldoende aanwezig, geen overbelaste mantelzorgers, familie communiceert onderling en stemt met zorgverlener(s) de inzet adequaat af; • Betrokkenen weten op een natuurlijke manier met de dementie om te gaan; • Er is bereidheid zorg te accepteren; • Er is een beperkt aantal zorgverleners nodig. 	Kwetsbaar evenwicht: <ul style="list-style-type: none"> • Patiënt met persoonlijkheidsproblematiek, vertoont gedragsproblemen; • Mijden van zorg, afweren van hulp • Co morbiditeit; • Systeemproblematiek. Kwaliteit sociaal netwerk: weinig tot geen contacten, of contacten ver weg, geringe draaglast mantelzorgers/ patiëntstelsel/ sociaal netwerk; moeizame samenwerking binnen sociaal netwerk en tussen familie en zorgverleners; • Veel betrokken zorgverleners/ instanties, evt. moeizame samenwerking.
Stappenplan begeleiding	
Spreek af wie verantwoordelijk is. Coördinatie van zorg kan liggen bij huisarts of praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige of Stichting Welzijn Ouderen (SWO)	Coördinatie van zorg ligt bij de casemanager dementie
Coördinator neemt contact op met de patiënt en/of diens mantelzorgers om uitleg te geven over het ziektebeeld en zowel patiënt als de mantelzorgers op weg te helpen.	Coördinator heeft een actieve rol naar alle betrokkenen: <ul style="list-style-type: none"> • Intensieve begeleiding van de patiënt en/of diens mantelzorgers • Coördineren en inschakelen van verschillende vormen van zorg en begeleiding • Intensief contact met huisarts, praktijkondersteuner (POH) en wijkverpleging
Inventarisatie van de behoeften en wensen van de patiënt en/of diens mantelzorgers	
Stel een individueel zorgplan (IZP) vast in samenwerking met patiënt en/of diens mantelzorgers	Stel een individueel zorgplan (IZP) vast in samenwerking met patiënt en/of diens mantelzorgers
Uitvoeren van de interventies door diverse zorgverleners en/of inschakelen lokale welzijnsvoorzieningen.	Uitvoeren van de interventies door diverse hulpverleners
Monitoren interventies door coördinator onder andere in het MDO	Monitoren interventies door coördinator onder andere in het MDO
Bijstellen individueel zorgbehandelplan door coördinator in samenwerking met de patiënt en/of diens mantelzorgers	Bijstellen individueel zorgbehandelplan door coördinator in samenwerking met de patiënt en/of diens mantelzorgers
Indien nodig consultatie casemanager dementie.	
Als de situatie van de patiënt wijzigt moet de situatie van de patiënt opnieuw beoordeeld worden.	Als de situatie van de patiënt wijzigt moet de situatie van de patiënt opnieuw beoordeeld worden.

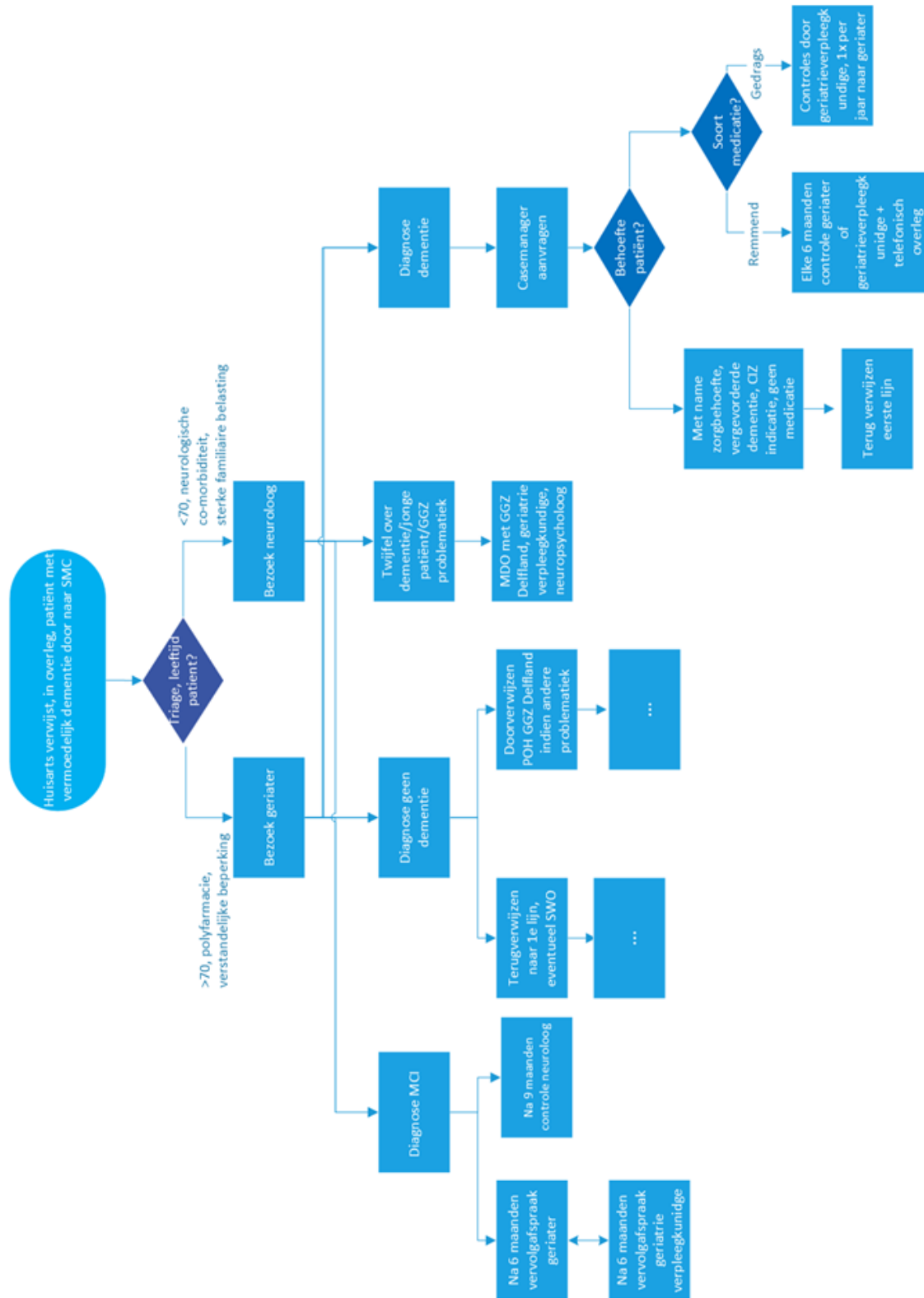
Bijlage 10 Stroomschema Ziekte identificatie en indeling







Bijlage 11 Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatoren en beleid



Bijlage 12 Instructiekaart consultatie Casemanager Dementie (CD)

INSTRUCTIEKAART CONSULTATIE CASEMANAGER DEMENTIE

PROCES

De consultatie wordt gedaan via VIP.

Voor telefonisch overleg
Casemanager Dementie

[naam] [06-nummer]

Wie	Wat	Informatie	Wijze communicatie
HA	Stelt consultatievraag aan CD (Casemanager dementie) met <ul style="list-style-type: none"> heldere consultatievraag verstuurt naar CD <u>relevante gegevens</u> (dezelfde dag) 	Relevante gegevens <ul style="list-style-type: none"> Naam, adres, woonplaats (NAW) Huisarts Naam, adres, woonplaats (NAW) persoon in kwestie Vermelding contact gegevens van vertegenwoordiger(s) Geboortedatum BSN Diagnose dementie ja/nee Wijkverpleegkundige zorg aanwezig? Omschrijving vraag 	VIP Samenwerken (info@ketenzorgdementie-vpr.nl)
CD	Geeft bevestiging aan HA van aanmelding en terugkoppeling wanneer en door wie de consultatievraag wordt opgevolgd (binnen 24 uur)		VIP Samenwerken
HA	Koppelt de casemanager dementie aan het zorgnetwerk van de patiënt		VIP Samenwerken
HA	Stuurt aanvullende informatie naar casemanager dementie	<ul style="list-style-type: none"> Relevante episoden Medicatie-overzicht Relevante lab uitslagen Relevante medisch specialistische brieven 	VIP Samenwerken
CD	Voert consultatie-vraag uit (binnen een week na aanmelding , tenzij in overleg anders besproken)		n.v.t.
CD	Registreert <u>bevindingen</u> , <u>advies</u> en eventueel <u>gemaakte afspraken</u> indien van toepassing (binnen 24 uur na uitvoeren consultatie)	Terugrapportage (Medisch brief) <ul style="list-style-type: none"> Bevindingen Advies Gemaakte afspraken 	VIP Samenwerken
CD/HA	Wijst patiënt of diens mantelzorg op de mogelijkheid van de VIP app.	Handleiding VIP Calculus	

Bijlage 13 Instructiekaart consultatie Specialist Ouderengeneeskunde (SO)



INSTRUCTIEKAART CONSULTATIE SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE

PROCES

De consultatie wordt gedaan via VIP.

Voor telefonisch overleg
Specialist Ouderengeneeskunde

[naam] [06-nummer]

Wie	Wat	Informatie	Wijze communicatie
HA	Stelt consultatievraag aan SO (Specialist Ouderenzorg) met <ul style="list-style-type: none"> • categorie urgentie • heldere consultatievraag • verstuurt naar SO relevante gegevens (dezelfde dag) 	Categorie Urgentie A. Binnen 24 uur B. Binnen 1 week C. Binnen 3 weken Relevante gegevens <ul style="list-style-type: none"> • Naam, adres, woonplaats (NAW) • Vermelding contact gegevens van vertegenwoordiger(s) • Geboortedatum • BSN • Omschrijving vraag • Relevante episoden • Medicatie-overzicht • Relevante labuitslagen • Relevante medisch specialistische brieven • 06-nr van aanvrager 	VIP Samenwerken
SO	Geeft bevestiging aan HA van aanmelding en terugkoppeling wanneer en door wie de consultatie-vraag wordt opgevolgd (binnen 24 uur)		
SO	Voert consultatie-vraag uit (binnen een week na aanmelding , tenzij in overleg anders besproken)		n.v.t.
SO	Geeft mondelinge terugkoppeling naar huisarts (binnen 24 uur na uitvoeren consultatie)		
SO	Registreert bevindingen, advies en eventueel gemaakte afspraken indien van toepassing (binnen 24 uur na uitvoeren consultatie)	Terugrapportage (Medisch brief) <ul style="list-style-type: none"> • Bevindingen • Advies • Gemaakte afspraken 	VIP Samenwerken

INSTRUCTIEKAART CONSULTATIE SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE
MOGELIJKE SOORTEN CONSULTATIEVRAAG

1. Mobiliteitsproblemen en verminderde zelfredzaamheid

- Analyse: somatische en cognitieve aspecten
- Transferproblemen en onbegrepen achteruitgang mobiliteit
- Advies over in te zetten zorg/(multidisciplinaire) behandeling

2. Functionele problemen en onbegrepen toename van zorgbehoefte

- Advies over analyse en therapie bij complexe problematiek
- Advies en instructie mantel- en thuiszorg

3. Probleemanalyse bij multiple pathologie

- Onderscheiden somatische en cognitieve aspecten of samenhang (delier)

4. Dementie, geheugenproblemen en verwardheid

- Diagnostiek, analyse, medicatie, gedragsproblematiek en interventiemogelijkheden

5. Apathie en depressie, stemmingsstoornissen in het algemeen

- Diagnostiek en adviezen nadere analyse, begeleiding en mogelijke interventies

6. Agitatie, achterdocht of afwerend gedrag

- Analyse en relatie met stemming, cognitie of somatiek
- Advisering begeleiding, behandeling en informeren mantelzorg

7. Late gevolgen van het CVA (waaronder verwerking van de handicap)

- Analyse en behandeling bij functionele en/of cognitieve problemen
- Hypertonie, contracturen, inadequate hulpmiddelen, pijnklachten, neglect, slikstoornissen

8. Andere chronisch neurologische aandoeningen (MS, M. Parkinson)

- Analyse en advies over specifiek diagnosegebonden problematiek.
- Mobiliteit, mantelzorg, (zorg)prognostiek, contractuurpreventie, incontinentie, cognitie

9. Palliatieve/terminale zorg (in de thuissituatie)

10. Vragen inzake medische beslissingen bij wilsonbekwaamheid

- Beoordelen van wilsbekwaamheid of advies daarover
- Hoe om te gaan met WZD: verblijf, onvrijwillige zorg, (medicamenteuze) fixatie en vooral ook alternatieven daarvoor

11. Advies medisch beleid/intentie van behandeling en medicatiebeleid

- Wel - of niet behandelen, dilemma's daarbij, levenseindeproblematiek
- Advies en informatie over te verwachten beloop bij nalaten/uitvoeren van behandeling, inclusief daarbij passende palliatieve mogelijkheden

12. Advies verblijfsindicatie of zorgvorm stemmingsstoornissen

13. Polyfarmacie

14. Valproblemen

Bijlage 14 Verklaring afkortingen

Afkorting	Omschrijving
MCI	Mild Cognitive Impairment
SO	Specialist Ouderenzorg
POH	Praktijkondersteuner Huisarts
PVK	Praktijkverpleegkundige
SWO	Stichting Welzijn Ouderen
MMW	Medisch Maatschappelijk Werk
GVK	Geriatricverpleegkundige
NPO	Neuropsychologisch Onderzoek
MDO	Multidisciplinair Overleg
CD	Casemanager Dementie

Bijlage 15 Cohaesie documenten en geraadpleegde literatuur

- Cohaesie bibliotheek documenten
<https://www.cohaesie.nl/multidisciplinaire-zorg/ouderenzorg/dementie/>
 - Cohaesie Instructiekaart consultatie Specialist Ouderengeneeskunde (SO)
 - Cohaesie Instructiekaart consultatie Casemanager Dementie (CD)
 - Cohaesie Stappenplan multidisciplinaire zorg kwetsbare ouderen
 - Cohaesie Advanced care Planning
 - Cohaesie Instructiekaart MDO
 - Cohaesie instructiekaart Individueel zorgplan
- Zorgstandaard Dementie 2013
- Zorgstandaard Dementie 2020
- NHG-standaard Dementie 2012
- NHG-standaard Dementie 2020
- Ketenzorg Dementie Midden-Brabant Zorgpad 1 en 2 dementie (Lam, J.,2016, maart)
- Werken met zorgpaden in de eerstelijns gezondheidszorg (Schaap-Visser, A., Veer, A., Curenz, NIVEL, & ZonMw., 2012, november).
- Landelijke eerstelijns samenwerkingsafpraak (LESA) Dementie 2005
- Toolbox Indicatieproces mentaal welbevinden Wijkverpleging van V&VN
<https://www.venvn.nl/thema-s/wijkverpleging/toolbox-indicatieproces-wijkverpleging/>