

Birgitte Schoenmakers  
Jan De Lepeleire

# DEMENTIE

Zakboekje voor de professionele zorgverstreker



KATHOLIEKE UNIVERSITEIT  
**LEUVEN**

ACADEMISCH CENTRUM  
HUISARTSGENEESKUNDE

acco

# Inhoud

1.	<b>Epidemiologie en ziektebeeld</b>	9
1.1	Epidemiologie en risicofactoren	9
1.1.1	Cijfers	9
1.1.2	Risicofactoren	11
1.2	Ziektebeeld: syndromale benadering	17
1.3	Ziekte-entiteiten: nosologische benadering	18
2.	<b>Diagnose</b>	21
2.1	Achtergrond	21
2.2	Detectiefase	22
2.3	Ziektediagnose	23
2.3.1	Anamnese	23
2.3.2	Stagiëring van de ziekte	25
2.3.3	Differentiële diagnose	27
2.3.4	Klinisch onderzoek	31
2.3.5	Technisch onderzoek	35
2.4	Zorgdiagnose	37
3.	<b>Behandeling: risicoreductie, farmacotherapie en psychosociale interventies</b>	41
3.1	Risicoreductie	41

3.1.1	Hypertensie	42
3.1.2	Diabetes en overgewicht	42
3.1.3	Hyperlipidemie	43
3.1.4	Nicotine en ethyl	43
3.1.5	Voeding en lichaamsbeweging	43
3.1.6	Cognitieve training	44
3.2	Farmacotherapie	44
3.2.1	Cognitieve functies	45
3.2.2	Gedragsstoornissen	48
3.3	Psychosociale interventies	51
3.3.1	Voorwaarden	52
3.3.2	Interventies op het niveau van de patiënt	53
3.3.3	Interventies op het niveau van de mantelzorg	54
3.3.4	Conclusie	56
4.	<b>Zorgbeleid: professioneel en mantelzorg</b>	59
4.1	Professionele hulpverlening	60
4.2	Mantelzorgers	61
5.	<b>Ethische en juridische aangelegenheden</b>	63
5.1	Wilsonbekwaamheid	63
5.2	Wilsverklaring	64
5.3	Vertegenwoordiger	66
5.4	Beslissen over zorg en interventie	66
5.5	Medische behandeling	67
5.6	Beslissingen over het levenseinde	67
5.6.1	Beslissing om niet meer te behandelen	67
5.6.2	Medisch zinloos handelen: therapeutische hardnekkigheid	68

5.6.3	Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding	69
5.6.4	Levensbeëindiging bij terminale dementie op grond van een wilsverklaring	70
	<b>Bibliografie</b>	71

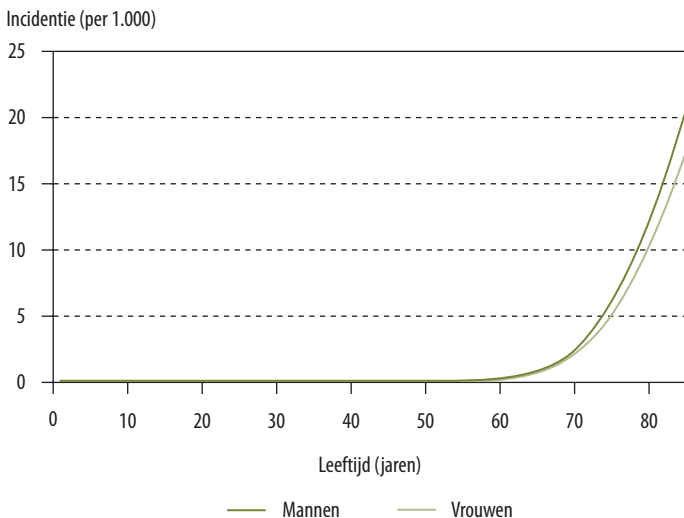
# Epidemiologie en ziektebeeld

## 1.1 Epidemiologie en risicofactoren

### 1.1.1 Cijfers

Dementie is een ziektebeeld met een enorme impact op het functioneren van de patiënt, op zijn naaste omgeving en op een breder maatschappelijk vlak. De prevalentie van dementie in België is op dit moment 160.000 personen. Er wordt een verdubbeling verwacht tegen 2050. Vanaf de leeftijd van 65 jaar (dementieprevalentie rond 2%) is er een verdubbeling van de prevalentie voor elke 5 jaar ouder worden. Rekening houdend met de levensverwachting, overschrijdt het risico op dementie bij een 55-jarige vrouw één op de drie; bij een man van dezelfde leeftijd is dat ongeveer één op de vier. Tussen het ogenblik van de diagnose en het overlijden van de patiënt ligt een periode van acht à twaalf jaar, met een kortere overleving voor jongere patiënten. Vermoedelijk is de overleving na het instellen van de eerste ziekte tekenen wat langer, gezien de diagnose vaak pas later formeel wordt gesteld.

Deze cijfers hebben een belangrijke invloed op het zorglandschap, zowel thuis als residentieel. Ruim 70% van alle mensen met dementie wordt thuis verzorgd door familie of kennissen. Informele zorgverleners zoals vrijwilligers en mantelzorgers zijn ook meestal oudere mensen en bijgevolg zal het potentieel in deze groep in de komende jaren afnemen. De professionele hulpverlening staat onder druk door de toenemende en vooral ook de specifieke zorg die dementie met zich meebrengt. Met een gedeelde tweede plaats op de lijst van de ziektekosten per ziektebeeld is de economische impact van de ziekte op de zorgverzekering in vergelijking met andere chronische ziekten enorm groot.



**Figuur 1.1.** Incidentie: aantal nieuwe gevallen per jaar en per 1.000 inwoners.

## 2.3 Ziektediagnose

### 2.3.1 Anamnese

#### 2.3.1.1 Inventaris van ziekte tekens

Volgend op de detectiefase, waarbij dementie wordt vermoed, zal de huisarts middels een goede (hetero)anamnese de kernsymptomen in kaart brengen. Eerst zal de tijdsverloop bevestigd worden: hoe en wanneer zijn de klachten begonnen en hoe evolueren de klachten (snel, langzaam, in sprongen of continu)? Vervolgens worden de DSM-IV-criteria getoetst: geheugen (ver en nabij verleden, afspraken vergeten, dingen verliezen), fatische stoornissen (woordvinding, abstracte begrippen), apraxie (moeite met complexe taken zoals wassen, aankleden, koken), agnosie, executieve functies (beperkt begripsvermogen, huishouden verloopt chaotisch). Een bevestiging van de gedragingen en psychische problemen is essentieel: heeft de patiënt interesse in de omgeving verloren, zijn er psychotische symptomen (wanen, hallucinaties, gestoord dag-nachtritme, dwalen)? De beperkingen in zelfredzaamheid van een patiënt met vermoedelijk dementie treden al in een vroeg stadium op: beperkingen in ADL- en IADL-activiteiten. Vervolgens moeten de relevante comorbiditeit en de eigen en familiale voorgeschiedenis worden beschreven: lichamelijke klachten, schildklierlijden, diabetes, cardiovasculair lijden, trauma, familiaal voorkomen van dementie en risicofactoren. Tot slot worden levensstijl en medicatiegebruik in kaart gebracht: voeding, gewicht, roken, drinken en een inventaris van geneesmiddelen.

## ZIEKTETEKENEN

De ziektekenen die mogelijk wijzen op dementie, worden ondergebracht in verschillende categorieën: het geheugen, fatische stoornissen, apraxie, agnosie en executieve functies. Verder is een bevraging van gedragingen, zorgafhankelijkheid in het dagelijkse leven en de medische en familiale voorgeschiedenis essentieel.

### 2.3.1.2 Instrumenten

In de diagnostische fase zijn er verschillende instrumenten die als ondersteuning en aanvulling van de anamnese kunnen dienen. De tests hebben een goede gevoeligheid voor het opsporen van cognitief verval maar scoren evident slecht op specificiteit. Slechts een beperkt aantal instrumenten is bruikbaar in de dagelijkse praktijkvoering. Bij het voorleggen van deze tests moet de arts zich ervan vergewissen dat de patiënt zich veilig voelt. De arts geeft de nodige uitleg over het hoe en waarom van de tests. Deze voorwaarde verhoogt de testbetrouwbaarheid, maar ook het welbevinden van de patiënt.

De MMSE is het bekendst en kan beschouwd worden als bijzonder geschikt voor het objectiveren van cognitief verval. Maar enkel op basis van dit instrument kan de diagnose niet worden gesteld. De score op deze schaal is sterk afhankelijk van de socio-economische status van de patiënt, de leeftijd, het opleidingsniveau en de gemoedstoestand.

Bij de Clock Drawing Test wordt de patiënt beoordeeld op cognitie, praxis en executieve functies. Er wordt gevraagd een cirkel



## ZORGDIAGNOSE

### 1. Patiënt

- Medische voorgeschiedenis
- Actieve ziekten en comorbiditeit
- Chronische medicatie
- Werd de diagnose 'dementie' meegedeeld aan de patiënt?
- Hoe is de stemming van de patiënt? Zijn er eventuele depressieve symptomen?
- Hoe ervaart de patiënt zijn/haar levenskwaliteit? Wat maakt hem/haar gelukkig of ongelukkig?
- Hoe scoort de patiënt op de ADL- en IADL-schaal? Waarbij heeft hij/zij hulp nodig?
- Hoe gebeurt de medicatie-inname? Is hierbij hulp nodig?
- Eigenheid en identiteit

### 2. Mantelzorg

- Lichamelijk welzijn
- Psychisch en sociaal welzijn
- Competenties

### 3. Veiligheid van de patiënt

- Aanpassing van de woning
- Is er nood aan persoonlijk toezicht door de mantelzorg? Continu of slechts een deel van de dag?
- Geniet de patiënt voldoende financiële bescherming?
- Is er nagedacht over het al of niet behouden van het rijbewijs? Wat is er beslist?

### 4. Beslissingen over het levenseinde

- Wat is de visie van de patiënt over de toekomst?

# Ethische en juridische aangelegenheden

## 5.1 Wilsonbekwaamheid

Elke mens en bij uitbreiding elke patiënt heeft het recht zelf beslissingen te nemen die zijn persoonlijk functioneren aangaan (het grondrecht te beschikken over het eigen lichaam). Bij patiënten met dementie gaat samen met het cognitieve verval de mogelijkheid tot het nemen van beslissingen progressief verloren.

Zorg, onderzoek en interventie mogen bij wet slechts plaatsvinden als de patiënt zijn toestemming hiervoor verleent. Deze toestemming is pas valide als wordt voldaan aan drie voorwaarden: de betrokkene moet wilsbekwaam zijn, voldoende geïnformeerd zijn over het ingrijpen en vrijwillig een keuze kunnen maken.

Hoewel er geen eensgezindheid bestaat over het begrip, is er bij consensus aangenomen dat de wilsonbekwame patiënt niet meer in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter

[Dit boek is online te koop \(klik hier\)](#)

Zorgverstrekkers worden de laatste jaren steeds vaker geconfronteerd met de zorg voor een persoon met dementie. Deze chronische ziekte met onvoorspelbaar en onomkeerbaar verloop heeft een belangrijke impact op de patiënt en zijn omgeving. Het progressief cognitief verval en de vaak moeilijk te controleren gedragsproblemen, maken van de patiënt met dementie een bijzonder kwetsbare figuur. Bovendien worden de rolpatronen in de directe omgeving gaandeweg herschikt en treedt de zorg voor de patiënt op de voorgrond. De mantelzorger is in dit zorgproces een essentiële maar zwaarbelaste en vaak ook zorgbehoevende schakel.

De zorgverstrekker staat in dit verhaal voor een complexe problematiek. Een goede terreinkennis gecombineerd met een gedegen samenwerking zijn dan ook de absolute voorwaarden voor een geslaagde zorg. Ondanks gevorderd onderzoek in het dementiedomein, ontbreekt het de zorgverstrekkers aan bruikbare richtlijnen en consensus. Bovendien is het zorglandschap even uitgebreid als versnipperd, wat de zoektocht naar geschikte ondersteuning verder bemoeilijkt.

Dit zakboekje wil een wegwijzer zijn in de dagelijkse professionele zorg voor patiënten met dementie en hun familie en mantelzorgers. Vertrekkende van de initiële ziektediagnostiek tot de fase van het levenseinde geeft dit boekje een helder, wetenschappelijk overzicht van de zorg voor een patiënt met dementie. Zowel de huisarts als de andere hulpverleners uit de eerste lijn zullen in dit zakboekje concrete antwoorden vinden op vragen uit dit ziektedomein.

**Birgitte Schoenmakers** is huisarts in een grote groepspraktijk in Leuven. Als docent is ze verbonden aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de K.U.Leuven. Sinds 2000 spitst haar onderzoeksdomein zich toe op het ondersteunen van de zorg voor dementerenden en hun mantelzorgers. Speciale aandacht gaat daarbij naar het optimaliseren van de thuiszorg door de mantelzorgers te beschouwen als zorgpartners en hen nauw te betrekken bij de zorgorganisatie.

**Jan De Lepeleire** is arts en doctoreerde in de medische wetenschappen aan de K.U.Leuven. Hij werkt als huisarts en is als hoogleraar verbonden aan de Faculteit der Geneeskunde van de K.U.Leuven. Hij is voorzitter van de werkgroep coördinerende en raadgevende artsen binnen de Belgische Vereniging voor Geriatrie en Gerontologie.



9 789033 484872