



1. Eerste consult

1.1 Informeer wanneer en hoe de problemen zijn begonnen

1.2 Ga na of er aanwijzingen zijn voor een:

- delier, depressie, andere psychiatrische aandoening (zoals verslaving of psychose), subduraal hematoom (recent hoofdletsel en/of anticoagulantia), bijwerking van medicatie.

Bij aanwijzingen hiervoor dient dit eerst verder gediagnosticeerd en behandeld te worden.

1.3 Vraag naar:

- vergeten van afspraken, recente gesprekken of gebeurtenissen, vaak dingen kwijt zijn, verdwalen, in herhaling vallen, problemen met tijd of mensen herkennen (geheugen);
- problemen met op woorden komen of iets uitleggen (afasie), gebruik van voorwerpen (apraxie), herkennen (agnosie) of plannen/organiseren en ingewikkelder handelingen, zoals financiën, medicatie of boodschappen doen (uitvoerende functies);
- beperking in hobby's, werk, sociale contacten of zelfredzaamheid door de cognitieve stoornissen.

1.4 Informeer naar:

- recente life-events, problemen met horen en zien, verminderde voedselinname of ongewild gewichtsverlies, mictieklachten, familiair voorkomen van dementie en opleiding/beroep

1.5 Vraag laboratoriumonderzoek aan ter uitsluiting van somatische aandoeningen:

- Hb, BSE, glucose, TSH en kreatinine.
- Op indicatie: natrium en kalium (diuretica, braken/diarree), vitamine B1, B6 (onvolwaardig dieet, alcoholabusus), vitamine B12 en foliumzuur (anemie, paresthesieën, ataxie) en urine op infectie (delier).

2. Tweede consult

2.1 Beoordeel:

- Uiterlijke verzorging, apraxie (uit- of aankleden) en agnosie
- Temperatuur, pols, bloeddruk, auscultatie van hart en longen
- Gewicht, lengte, BMI (vermoeden onvolwaardige voeding of gewichtsverlies)

2.2 Neurologisch onderzoek:

- Looppatroon, focale verschijnselen, reflexverschillen, paresen, afwijking oogbeweging of gezichtsvelden; traagheid én rusttremor, rigiditeit of houdingsinstabiliteit

2.3 Heteroanamnese: spreek de informant bij voorkeur apart.

- Vraag naar de items uit de anamnese en naar veranderingen in persoonlijkheid en gedrag, zoals verminderd inzicht in het eigen functioneren, initiatiefverlies of verhoogde impulsiviteit. Gebruik eventueel een vragenlijst.

2.4 Neem de MMSE en kloktekentest af ter objectivering van de cognitieve stoornissen

3. Ziektediagnostiek

Stel de diagnose dementie bij aanwezigheid van de volgende 3 kenmerken: geheugenstoornis én één of meer andere cognitieve stoornissen (afasie, apraxie, agnosie, stoornis in de uitvoerende functies) én een duidelijk negatieve invloed op het dagelijks functioneren (zie het formulier 'Dementie vragenlijst ziektediagnostiek').

Nadere ziektediagnostiek is geïndiceerd bij:

- diagnostische onzekerheid: aanwijzingen voor dementie met normale MMSE- en kloktekentest-scores; cognitieve of neuropsychiatrische symptomen met problemen in dagelijks functioneren, maar zonder geheugenstoornis;
- aanwijzingen voor minder vaak voorkomende vorm van dementie, zoals relatief licht of laat gestoord geheugen ten opzichte van de andere cognitieve stoornissen, aandachtstoornis met fluctuaties in ernst, breed gangspoor en verhoogde mictiedrang of incontinentie, vroeg in het beloop optredende psychiatrische symptomen (zoals hallucinaties, wanen, depressie, angst), probleemgedrag, of emotionele vlakheid zonder anhedonie of verdriet.

4. Zorgdiagnostiek

Evalueer zorgsituatie en zorgbehoefte:

- Bij de patiënt: dagstructuur of sociale contacten, verantwoordelijkheid voor financiën, medicatie, eten en vervoer, behoefte aan hulp bij huishouden of verzorging en aanpassing woonsituatie; veiligheid en risicogedrag.
- Bij de mantelzorger: draagkracht en draaglast, risicofactoren voor overbelasting (eigen klachten; onvoldoende kennis en begrip van dementiesymptomen; onvoldoende steun).

(Zie het formulier 'Dementie diagnose en zorgplan').