

## Zorgprotocol Dementie

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>3</b>
1.1	Ketenzorg Dementie .....	3
1.2	Over dementie .....	3
1.3	Epidemiologie .....	4
1.4	Oorzaken en comorbiditeit.....	4
1.5	Preventie.....	4
1.6	Beloop .....	4
1.7	Dit protocol .....	5
<b>2</b>	<b>In- en Exclusiecriteria</b> .....	<b>6</b>
2.1	Inclusiecriteria .....	6
2.2	Exclusiecriteria.....	6
2.3	Samenhang met de vervolgmodule integrale zorg voor kwetsbare ouderen.....	6
2.4	Voorwaarden deelname ketenzorg dementie .....	6
<b>3</b>	<b>Uitvoering van de zorg: Diagnostiek dementie</b> .....	<b>7</b>
3.1	Diagnostiek dementie .....	7
3.2	Registratie na diagnostiek .....	8
3.3	Formulieren GHC Dementie - diagnostiek .....	8
<b>4</b>	<b>Uitvoering van de zorg: Ketenzorg dementie</b> .....	<b>9</b>
4.1	Opstellen en onderhouden van het zorgplan dementie .....	9
4.2	Afstemming met de ketenzorgpartners binnen het geriatrisch netwerk.....	9
4.3	Zorgcoördinatie.....	9
4.4	Formulieren GHC Dementie - ketenzorg .....	9
4.5	Regionale afspraken .....	10
4.6	Registratie voor ketenzorg.....	10
<b>5</b>	<b>Kwaliteitsbeleid</b> .....	<b>11</b>
5.1	Registratie van ICPC en hoofdbehandelaarschap .....	11
5.2	Registratieset en stoplichtmodel.....	11
5.3	Scholingsbeleid .....	12
5.4	Kwaliteitsanalyse.....	12
	<b>Bijlage 1 Verwijsafspraken</b> .....	<b>13</b>
	<b>Bijlage 2 Registratieset Dementie</b> .....	<b>14</b>
	<b>Bijlage 3 Formulieren GHC dementie</b> .....	<b>15</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Ketenzorg Dementie

Dit Ketenzorgprotocol Dementie is ontwikkeld door de Groninger Huisartsen Coöperatie (GHC), vanuit het kernteam ouderenzorg, in samenwerking met specialistische GGZ (hierna: SGGZ). In tegenstelling tot de andere ketenzorgprotocollen van de GHC maakt ook de diagnostiek zelf onderdeel uit van het zorgprotocol. Het ketenzorgprotocol Dementie is een aanvullend protocol op de bestaande module integrale zorg voor kwetsbare ouderen van de GHC en het onderliggende GZIO (Groninger Zorgmodel Integrale Ouderenzorg).

Het uitgangspunt ten aanzien van de inhoud van het zorgprotocol voor ouderen met dementie is dat de **diagnose** in de eerste lijn gesteld wordt tenzij er sprake is van een verwijfsindicatie naar het ziekenhuis (neuroloog, geriater) of naar SGGZ (zoals bijvoorbeeld T290). Daarnaast vindt **ketenzorg** (opstellen en onderhouden zorgplan, afstemming in geriatrisch netwerk en zorgcoördinatie) plaats vanuit de eerste lijn door de POH voor alle ouderen met dementie.

De zorg aan ouderen met dementie is zodanig georganiseerd dat deze dicht bij huis kwalitatief hoogwaardige en gestructureerde zorg ontvangt. De oudere met dementie doorloopt de keten zonder tegen problemen als verwijzen, dubbele informatieverstrekking of verschil van (behandel)inzicht bij hulpverleners aan te lopen. De betrokken zorgverleners kennen elkaar en zijn bekend met elkaars zorgaanbod en werkwijze.

De zorg binnen een (lokale) keten wordt door de huisarts gecoördineerd, de huisarts heeft de regie en is verantwoordelijk voor de wijze waarop de zorg is georganiseerd. De huisarts voert de zorg uit vanuit het lokaal geriatrische netwerk waarbij hij/zij is aangesloten voor de uitvoering van de ouderenzorg (GZIO). Daarbij zijn voor de uitvoering van de zorg afspraken gemaakt met de wijkverpleging en eventueel met de specialistouderenzorg (SO). De huisarts is verantwoordelijk voor de zorgverlening aan zijn/haar eigen patiënten en zal in overleg met betrokken ketenpartners en zijn/haar patiënt een individueel educatie-, motivatie-, en behandelplan opstellen voor de oudere met dementie.

De zorg wordt opgezet volgens de standaarden en protocollen zoals verplicht gesteld bij deelname aan ketenzorg. De oudere met dementie zal worden geïnformeerd over ketenzorg en de (eventueel) veranderende rol van de praktijk hierin. De huisarts onderstreept het belang van de rol van de patiënt in zijn/haar eigen ziekteproces. Hetzelfde geldt voor het belang van therapietrouw van de patiënt bij de uitvoering van de zorg.

## 1.2 Over dementie

Per jaar wordt in Nederland bij minstens 20.000 personen een nieuwe diagnose dementie gesteld. Daarnaast heeft een aanzienlijk aantal ouderen dementie zonder dat dit bij de huisarts bekend is. Om uiteenlopende redenen blijkt de huisarts niet altijd de diagnose dementie te stellen, wanneer dit wel mogelijk is. Patiënten presenteren soms niet hun klachten en sommige huisartsen geven aan dat zij onvoldoende kennis, tijd of hulpmiddelen hebben voor diagnostiek of denken na diagnose geen hulp te kunnen bieden. De diagnostiek wordt doorgaans in een later stadium van de ziekte gestart. Als de huisarts zeker is van de diagnose dementie, is dit meestal juist.

Diagnostiek bij cognitieve stoornissen is belangrijk, omdat:

- het stellen van de diagnose dementie een opstap is naar passende zorg;
- het de naasten makkelijker maakt het gedrag van de patiënt te accepteren;
- cognitieve stoornissen ook symptomen kunnen zijn van (soms behandelbare) andere oorzaken dan dementie. Denk hierbij aan een depressie, delier of bijwerkingen van medicatie;
- een oudere met dementie beoordeeld moet worden door het CBR op geschiktheid voor het besturen van een motorvoertuig;
- de oudere in een vroeg stadium van dementie vaak nog wilsbekwaam is en zelf nog financiële en/of juridische kwesties en zaken rondom een gewenste wilsbeschikking kan regelen.

Het is onduidelijk hoe vroeg de betrokkene wil weten dat er sprake is van een cognitieve stoornis of van dementie. Evenmin is bekend hoe vaak negatieve effecten van een diagnose dementie in een vroeg stadium van de ziekte voorkomen, zoals een fout-positieve uitslag of angst.

### 1.3 Epidemiologie

De prevalentie van dementie in de huisartsenpraktijk is gestegen van 1,4% in 2002 naar 1,7% in 2008. Dit betekent dat een huisartsenpraktijk met 2350 patiënten (praktijknorm uit 2008) ongeveer 40 ouderen met dementie telt. De incidentie is ongeveer 2 per 1000 patiënten per jaar en stijgt sterk met de leeftijd. Uit bevolkingsonderzoek blijkt geen duidelijk verschil in leeftijdsspecifieke prevalentie tussen mannen en vrouwen. Naar schatting zijn 3% van de patiënten ouder dan 65 jaar van allochtone herkomst.

Een hoge leeftijd is de belangrijkste predisponerende factor. Andere predisponerende factoren voor het krijgen van dementie zijn:

- Risicofactoren voor hart- en vaatziekten, zoals hypertensie, dyslipidemie, diabetes mellitus, obesitas en roken.
- De ziekte van Parkinson. De helft tot driekwart van deze patiënten zal dementie ontwikkelen. Het risico neemt toe met het stijgen van de leeftijd en een langere ziekteduur.
- Genetische factoren. Deze spelen een opvallende rol bij mensen met het syndroom van Down en bij dementie voor het 65e levensjaar, maar ook boven 65 jaar spelen erfelijke factoren een rol.

Factoren met een minder duidelijke associatie met dementie zijn: een algehele achteruitgang of ziekenhuisopname, depressie, een afwijkende schildklierfunctie, vitamine-B<sub>12</sub>-deficiëntie, alcohol- en oestrogeengebruik.

Bij lichte cognitieve stoornissen (mild cognitive impairment) is het risico op dementie verhoogd, maar de meeste patiënten ontwikkelen geen dementie. Lichte cognitieve stoornissen zijn niet eenduidig gedefinieerd en moeilijk met zekerheid vast te stellen. Het is geen diagnose waarvan het zinvol is dat deze door de huisarts wordt gesteld [bron: NHG-standaard 2012].

### 1.4 Oorzaken en comorbiditeit

De meest voorkomende oorzaak van dementie is de ziekte van Alzheimer. Op de tweede plaats komt vasculaire dementie. De relatieve verdeling van oorzaken varieert met de leeftijd. 'Zuivere' ziekte van Alzheimer en 'zuivere' vasculaire dementie worden hoofdzakelijk bij relatief jonge mensen gevonden. Patiënten ouder dan 75 jaar hebben meestal een 'mengvorm'. De overige oorzaken van dementie zijn Lewy-Body-dementie, Parkinsondementie, frontotemporale dementie en nog zeldzamere oorzaken. Ook hierbij is het voorkomen (al dan niet als mengvorm) leeftijdsafhankelijk. Veel voorkomende somatische comorbiditeiten betreffen: een hart- en vaatziekte (30%), diabetes mellitus type 2 (20%) en een bot- of gewrichtsaandoening (beide 20%). Veelvoorkomende psychiatrische comorbiditeiten zijn: depressie (8%), psychose (6%) en angst (4%) [bron: NHG-standaard 2012].

### 1.5 Preventie

Er zijn slechts bescheiden preventieve bijdragen te leveren aan het behoud van cognitieve functies. De behandeling van een hoge bloeddruk is mogelijk gunstig voor het voorkomen of uitstel van dementie. Verhoging van fysieke activiteit, met name voor ouderen met een inactieve leefstijl, lijkt een gunstig, maar klein effect te hebben. Er is geen bewijs dat het verlagen van het homocysteïnegehalte door vitamine B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub> en/of foliumzuur, het strenger behandelen van diabetes type 2 en het verlagen van het cholesterol met statines effectief is om dementie te voorkomen [bron: NHG-standaard 2012].

### 1.6 Beloop

De ziekte van Alzheimer kent doorgaans een geleidelijk progressief beloop. Eén op de zeven patiënten bereikt het ernstigste, vegeterende stadium. De meeste ouderen met dementie overlijden door comorbiditeit, bijvoorbeeld door een cardiovasculaire aandoening of een pneumonie. Vrijwel alle patiënten met de ziekte van Alzheimer zullen gedurende het ziektebeloop

te maken krijgen met probleemgedrag, zoals apathie of dwalen. In het begin van dementie komen vooral affectieve stoornissen voor, terwijl psychose, agitatie en agressie later in het beloop op de voorgrond staan. Probleemgedrag vormt een grote belasting voor de mantelzorger en is een sterke voorspeller voor opname in een verpleeghuis.

Vasculaire dementie kenmerkt zich door een schoksgewijze verslechtering met soms focale neurologische verschijnselen, vaak als uiting van (veelal kleine) herseninfarcten. Er kan korte of langere tijd sprake zijn van gelijk blijven of zelfs verbetering van de cognitieve functies. Bij andere vormen van vasculaire dementie, zoals *small vessel disease* of Morbus Binswanger, blijft het geheugen soms lang gespaard en gaat de achteruitgang vaak meer geleidelijk. Een onderscheid tussen het beloop van de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie blijkt in de praktijk vaak moeilijk te maken, vanwege het overlap in klinisch beeld [bron: NHG-standaard 2012].

## **1.7 Dit protocol**

### **1.6.1. Totstandkoming protocol**

#### *SGGZ en netwerken dementie*

Dit protocol is tot stand gekomen in samenspraak met de regionale SGGZ gericht op dementie (T290) en met de netwerken dementie in de regio. Met deze zorgverleners zijn specifieke afspraken gemaakt over behandeling in de tweede en eerste lijn.

#### *Patiëntenraad*

Het zorgprotocol is beoordeeld door de patiëntenraad van de GHC. De patiëntenraad heeft daarbij aandacht gevraagd voor de volgende onderwerpen:

- bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg
- bejegening en communicatie
- informatie en advies
- samenwerking patiënt en zorgverlener
- persoonsgerichte zorg
- vertrouwen in de zorg
- uitkomsten van zorg

De genoemde aandachtspunten maken niet zozeer deel uit van het zorgprotocol maar zullen terugkomen in het onderwijs van de GHC en bij het bezoek van de praktijkconsulenten van de GHC aan de deelnemende huisartspraktijken.

### **1.6.2. Verdere inhoud zorgprotocol**

In het komende hoofdstuk worden eerst de inclusiecriteria voor de ketenzorg beschreven en worden de voorwaarden voor deelname genoemd. Hoofdstuk 3 behandelt de uitvoering van de zorg in de diagnosefase en hoofdstuk 4 beschrijft de uitvoering van de zorg in de keten dementie in de huisartsenpraktijk, waarbij wordt stilgestaan bij de regionale afwijkingen en aanvullingen ten opzichte van de NHG-Standaard. Tenslotte beschrijft hoofdstuk 5 het kwaliteitsbeleid van ketenzorg dementie.

## 2 In- en Exclusi criteria

### 2.1 Inclusiecriteria

De GHC hanteert de volgende inclusiecriteria voor ketenzorg dementie:

- er is sprake van dementie: de diagnose is gesteld door een neuroloog, geriater, instelling voor SGGZ of door de huisarts zelf
- de diagnose en ICPC code dementie (P70) zijn verwerkt in de episodepluslijst/voorgeschiedenis in het HIS
- de huisarts is hoofdbehandelaar van de patiënt (NB: de huisarts blijft hoofdbehandelaar van patiënten die onder begeleiding zijn van wijkverpleegkundigen of casemanager dementie)
- de indicator 'deelname ouderenzorg' staat op 'ja'
- er is een actueel zorgplan

### 2.2 Exclusi criteria

Het volgende exclusie criterium wordt gehanteerd:

- indien de oudere met dementie is opgenomen in een WLZ-instelling met behandeling

### 2.3 Samenhang met de vervolgm module integrale zorg voor kwetsbare ouderen

Praktijken die willen starten met de keten dementie dienen de vervolgm module integrale zorg voor kwetsbare ouderen reeds gecontracteerd te hebben. In die module worden geen dementerende patiënten geïncludeerd, die kunnen nu geïncludeerd worden in deze keten. Het budget voor de vervolgm module integrale zorg voor kwetsbare ouderen van de GHC is niet inzetbaar voor dementie, maar betreft alle andere vormen van kwetsbare ouderen met complexe problemen.

### 2.4 Voorwaarden deelname ketenzorg dementie

De voorwaarden voor deelname aan ketenzorg Dementie zijn:

- De huisarts heeft een contract voor de vervolgm module integrale zorg voor kwetsbare ouderen van de GHC.
- De praktijk heeft de zorg voor de vervolgm module op orde en includeert tenminste het aantal kwetsbare ouderen dat op basis van het aantal 75+-ers in de module geïncludeerd moet worden.
- De praktijk handelt conform het GHC-zorgprotocol Dementie met de daarin opgenomen transmurale afspraken.
- De zorg voor de Dementie-patiënten wordt geleverd door de huisarts en/of praktijkondersteuner, die de verplichte scholingen hebben gevolgd.
- De POH-O die de huisarts inzet, heeft de opleiding Ouderenzorg in de eerste lijn (dit betreft de basismodule en de verdiepm module) bij de Hanze Hogeschool Groningen afgerond, óf is met deze opleiding gestart of heeft een vergelijkbare opleiding tot POH-O afgerond, dit ter beoordeling van en goedkeuring door de GHC.  
Indien de POH-O nog niet is gestart met de opleiding Ouderenzorg in de eerste lijn, is het voor deze overeenkomst noodzakelijk dat de POH-O over een bewijs van toelating tot de opleiding beschikt.  
Gedurende de periode dat de POH-O nog niet is gestart met de genoemde opleiding, draagt de deelnemend huisarts zorg voor een actieve eigen inzet bij de zorgverlening aan ouderen met dementie.
- De GHC-indicatoren voor Dementie (registratieset Dementie) zijn in de meetwaardentabel van het HIS genoteerd.
- Bij alle patiënten met Dementie is het hoofdbehandelaarschap en, indien hoofdbehandelaar is huisarts, deelname ketenzorg Dementie geregistreerd zoals omschreven in het protocol.
- Er heeft een praktijkvisite plaatsgevonden door een GHC-medewerker bij de overgang van de voorbereidingsmodule naar de vervolgm module integrale zorg voor kwetsbare ouderen.
- De overeenkomst GHC – huisarts inzake Dementie is getekend.

### 3 Uitvoering van de zorg: Diagnostiek dementie

De zorg rondom dementie is opgebouwd uit twee onderdelen: de diagnostiek dementie en de ketenzorg dementie. De vroegsignalering maakt geen onderdeel uit van dit zorgprotocol dementie maar valt onder de reguliere huisartsenzorg (zie verder NHG-standaard).

#### 3.1 Diagnostiek dementie

Als er een (evident) vermoeden bestaat op de diagnose dementie dient verder onderzoek te worden gestart. Indien er sprake is van een verwijscriterium voor specialistische zorg (zoals een neuroloog, geriater of specialistische dementiezorg, zie bijlage 1) zal de huisarts verwijzen. Een verwijzing kan ook aan de orde zijn als er tijdens het diagnostisch proces in de eerste lijn een verwijscriterium van toepassing wordt (stepped diagnosis and care). In de meerderheid van de gevallen (naar schatting 75%-85% van de ouderen met dementie) kan de diagnose dementie in de eerste lijn worden gesteld.

##### 3.1.1 Diagnostiek in stappen

Bij de diagnostiek van dementie zijn vier stappen te onderscheiden, zie ook het formulier 'Dementie leidraad diagnostiek' in bijlage 3.

De stappen 1 en 2 betreffen het opmerken van signalen en het nader uitvragen en onderzoeken. Deze stappen zullen veelal twee consulten in beslag nemen. In de leidraad wordt daarom gerefereerd aan eerste en tweede consult.

Tijdens deze eerste twee consulten wordt de verdenking op dementie nader onderzocht. In eerste instantie op basis van het opmerken van signalen, vervolgens op basis van lichamelijk en aanvullend onderzoek.

*Financiering stap 1 en 2:*

*De inzet van de huisarts in deze eerste stappen valt onder de reguliere S1 financiering: de huisarts kan hiervoor reguliere consulten en/of visites declareren. Voor het afnemen van de MMSE kan de huisarts de M&I-vergoeding declareren.*

Stap 3 betreft de ziektediagnostiek (zie ook bijlage 3 formulier 'Dementie vragenlijst ziektediagnostiek'). Tijdens deze stap wordt de diagnose gesteld 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.

In stap drie wordt beoordeeld of verwijzing voor nadere diagnostiek noodzakelijk is. De huisarts evalueert aanwijzingen voor reversibele of minder vaak voorkomende oorzaken van dementie.

Stap 4 betreft de zorgdiagnostiek (zie ook bijlage 3 formulier 'Dementie diagnose en zorgplan'). De vierde en laatste stap is het in kaart brengen van de benodigde zorg en behandeling voor patiënt en mantelzorger. Het beleid en de zorgdiagnostiek bij dementie bestaat uit uitleg aan patiënt en mantelzorger(s), het opstellen van een zorgbehandelplan met bij voorkeur psychosociale interventies, aandacht voor sociale activiteiten en beweging en een ondersteuningsplan voor de mantelzorger. De huisarts bespreekt ook de (on)mogelijkheden voor medicamenteuze interventies. Er wordt apart aandacht besteed aan probleemgedrag en vragen omtrent wilsverklaringen [bron NHG-standaard 2012].

Bij de ziekte én zorgdiagnostiek is samenwerking met andere zorgverleners zoals praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen, psychologen, betrokkenen vanuit het sociaal domein, casemanagers en specialisten dikwijls gewenst.

*Financiering stappen 3 en 4: De niet-patiëntgebonden inzet van de huisarts bij de stappen 3 en 4 wordt gefinancierd vanuit S3: de huisarts kan zodra de diagnose gesteld is en dit op de juiste wijze is geregistreerd (zie 3.2 'registratie') een aanvullende vergoeding declareren voor het stellen van*

*de diagnose en de extra inzet voor de ziekte- en zorgdiagnostiek en het opstellen van het zorgplan.*

Het beleid van de huisarts is gericht op begeleiding van de oudere met dementie en zijn naasten. De belastbaarheid van de naasten bepaalt in belangrijke mate hoe lang ouderen met dementie thuis kunnen blijven. Het inzetten van passende interventies, zoals voorlichting en ergotherapie, zijn hierbij doorgaans waardevol [bron: NHG-standaard 2012].

### **3.2 Registratie na diagnostiek**

De inzet van de huisarts voor het stellen van de diagnose dementie wordt, zoals aangegeven, naast de reguliere S1-financiering aanvullend vergoed vanuit S3.

Zodra de diagnose dementie is gesteld dient het volgende geregistreerd (of gedetecteerd) te worden:

- Een nieuwe diagnose dementie d.m.v. het registreren van de ICPC code P70 in de episodelijst
- De indicator 'diagnose dementie gesteld door (3881; DEDD PZ)' met als antwoord 'huisarts'
- De aanwezigheid van een actueel zorgplan dementie (door middel van digitale detectie in VIPLive)
- Hoofdbehandelaarschap dementie staat op 'huisarts' (3884; DEHB PZ = huisarts)
- Deelname ketenzorg dementie staat op 'ja' (3883; DEKZ PZ = ja)

Om de diagnose te kunnen declareren dienen de eerste drie genoemde punten aanwezig te zijn én in hetzelfde kwartaal genoteerd te zijn.

NB: een aantal indicatoren dat hierboven genoemd wordt zijn pas recent beschikbaar gesteld door de NHG. Het is mogelijk dat deze indicatoren nog niet aanwezig zijn in alle HIS'sen. Daarom worden tijdelijke indicatoren gehanteerd:

- Een nieuwe diagnose dementie d.m.v. het registreren van ICPC code P70 in de episodelijst
- De diagnose is door de huisarts gesteld (indicator 745; OA04 O; opmerking 4 algemeen = 1) als alternatief voor indicator 3881
- De aanwezigheid van een actueel zorgplan dementie (indicator 746; OA05 O; opmerking 5 algemeen = 1) als alternatief voor de automatische detectie

### **3.3 Formulieren GHC Dementie - diagnostiek**

In bijlage 3 zijn een aantal formulieren opgenomen. Het gaat om de volgende documenten met de bijbehorende ondersteunende functie:

- Dementie leidraad diagnostiek  
Dit document dient als hulpmiddel om de verschillende stappen in het diagnostisch proces gestructureerd te doorlopen. Het is de NHG-samenvattingskaart Dementie, die verder niet ingevuld hoeft te worden.
- Dementie vragenlijst ziektediagnostiek  
Dit formulier kan dienen als hulpmiddel om de ziektediagnostiek gestructureerd in kaart te brengen. Het formulier is als invulbare pdf beschikbaar, en kan toegevoegd worden aan het dossier van de patiënt in het HIS. Het gebruik van deze vragenlijst is facultatief.
- Dementie diagnose en zorgplan  
Dit formulier is het zorgplan van de patiënt en dient aanwezig te zijn bij alle geïnccludeerde patiënten. Van dit document is een invulbare pdf beschikbaar, wat als digitaal document toegevoegd moet worden aan het dossier van de patiënt in het HIS. Tevens zal van dit formulier een apart formulier worden toegevoegd aan het overdrachtdossier huisarts, wat bij alle kwetsbare ouderen thuis aanwezig dient te zijn.



## 4 Uitvoering van de zorg: Ketenzorg dementie

Nadat de diagnose dementie is gesteld en de zorgdiagnostiek is uitgevoerd kan de oudere met dementie vanaf het eerst volgende kwartaal worden geïnccludeerd in ketenzorg dementie. De ketenzorg is opgebouwd uit de onderdelen: opstellen en onderhouden van het zorgplan dementie, de afstemming met de ketenzorgpartners binnen het geriatrisch netwerk, en de zorgcoördinatie. Voor de verdere uitvoering van de zorg wordt verwezen naar de meest recente NHG-standaard dementie.

### 4.1 Opstellen en onderhouden van het zorgplan dementie

Als de huisarts de diagnose dementie zelf heeft gesteld is een zorgplan dementie al aanwezig. In alle andere gevallen is de diagnose elders gesteld (geriater, neuroloog of SGGZ) en zal de huisarts het zorgplan aanmaken en opstellen, mede op basis van de informatie uit de brieven van de bovengenoemde specialismen. Het zorgplan wordt periodiek onderhouden, bij elke wijziging in het beleid, maar in ieder geval éénmaal per jaar. In geval van betrokkenheid van een casemanager dementie vanuit de wijkverpleging of SGGZ wordt de inhoud van het zorgplan in onderling overleg afgestemd. Het zorgplan van de huisartsenpraktijk is door de belangrijkste ketenzorgpartners (doktersdienst, ambulancedienst, wijkverpleging en specialisten/geriaters in het ziekenhuis) in te zien. In eerste instantie zal alleen een uitgewerkte versie van het zorgplan toegevoegd worden aan het overdrachtdossier huisarts, dat bij de patiënt thuis aanwezig is. Op termijn zal een digitale versie van het zorgplan dementie beschikbaar zijn in VIPLive.

Zie voor het zorgplan bijlage 3: formulier 'Dementie diagnose en zorgplan'.

### 4.2 Afstemming met de ketenzorgpartners binnen het geriatrisch netwerk

Het zorgplan van de huisartspraktijk komt veelal tot stand in samenwerking met de ketenzorgpartners en de familie/mantelzorg. De wijkverpleegkundige is een belangrijke ketenzorgpartner, indien aanwezig. Daarnaast wordt afstemming gezocht met het sociaal domein voor de ondersteuning vanuit de WMO.

### 4.3 Zorgcoördinatie

De huisarts is hoofdbehandelaar en de POH-O is verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie van de oudere met dementie in de huisartsenpraktijk. In voorkomende gevallen kan de zorgcoördinatie worden overgedragen.

De POH-O heeft als zorgcoördinator, in afstemming met de huisarts, oog voor de belangen en behoeften van de oudere met dementie en kent de aanvullende mogelijkheden van ondersteuning in de zorg voor ouderen met dementie en is in staat een zorgplan op te stellen voor de huisartsenpraktijk voor alle ouderen met dementie. Voor een groot deel van de ouderen met dementie volstaat de zorg van de POH-O als zorgcoördinator.

Als de zorgbehoefte van de patiënt toeneemt kan het zorgcoördinatorschap van de POH-O worden overgenomen door de coördinerend wijkverpleegkundige van het psychogeriatrisch team dat regelmatig wijkverpleegkundige zorg verleent.

Indien noodzakelijk kan door de huisarts in overleg met de coördinerend wijkverpleegkundige meer gespecialiseerde zorg worden ingezet vanuit de SGGZ, bijvoorbeeld bij gedragsproblematiek. Het hoofdbehandelaarschap voor ouderen met dementie blijft in alle gevallen bij de huisarts. De zorg door de huisarts voorziet immers in een 24-uursdekking en mogelijkheden voor acute zorgverlening.

### 4.4 Formulieren GHC Dementie - ketenzorg

In bijlage 3 zijn een aantal formulieren opgenomen. Twee van de documenten zijn met name gericht op de diagnostische fase. Het laatste formulier is het zorgplan:

- Dementie diagnose en zorgplan

Dit formulier is het zorgplan van de patiënt en dient aanwezig te zijn bij alle geïnccludeerde patiënten. Van dit document is een invulbare pdf beschikbaar, wat als digitaal document toegevoegd moet worden aan het dossier van de patiënt in het HIS. Tevens zal van dit

formulier een apart formulier worden toegevoegd aan het overdrachtdossier huisarts, wat bij alle kwetsbare ouderen thuis aanwezig dient te zijn.

#### **4.5 Regionale afspraken**

Voor de uitvoering van de zorg wordt verwezen naar de meest recente NHG-standaard Dementie. Hieronder volgen de regio afspraken die gemaakt zijn en wordt aangegeven waar de regionale afspraken afwijken van de inhoud van de NHG standaard.

De NHG-standaard is gebaseerd op de DSM-IV criteria. In overleg met de ketenpartners is afgesproken deze criteria voorlopig te blijven hanteren tot de NHG-standaard is aangepast op de DSM-V criteria.

Er zijn diverse vragenlijst in omloop die ondersteunen bij de opsporing of diagnostiek van dementie. De GHC heeft in overleg met de ketenpartners besloten de volgende vragenlijsten centraal te stellen: MMSE en kloktekentest, Observatielijst voor vroege symptomen Dementie (OLD), Verkorte Informant Vragenlijst over Cognitieve Achteruitgang bij Ouderen (IQCODE-N), Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q, voor inventarisatie probleemgedrag), GDS (depressie bij ouderen) en EDIZ (overbelasting mantelzorg).

#### **4.6 Registratie voor ketenzorg**

Om een patiënt te includeren in de keten dementie dient het volgende geregistreerd (of gedetecteerd) te worden:

- Een actuele diagnose dementie d.m.v. het registreren van de ICPC code P70 in de episodelijst
- De aanwezigheid van een actueel zorgplan dementie (door middel van digitale detectie in VIPLive)
- Hoofdbehandelaarschap dementie staat op 'huisarts' (3884; DEHB PZ= huisarts)
- Deelname ketenzorg dementie staat op 'ja' (3883; DEKZ PZ = ja)

NB: een aantal indicatoren dat hierboven genoemd wordt zijn pas recent beschikbaar gesteld door de NHG. Het is mogelijk dat deze indicatoren nog niet aanwezig zijn in alle HIS'sen. Daarom worden tijdelijke indicatoren gehanteerd:

- Een actuele diagnose dementie d.m.v. het registreren van ICPC code P70 in de episodelijst
- De aanwezigheid van een actueel zorgplan dementie (indicator 746; OA05 O; opmerking 5 algemeen = 1) als alternatief voor automatische detectie

## 5 Kwaliteitsbeleid

Ketenzorg dementie is opgenomen in het algemene kwaliteitsbeleid van de GHC. Belangrijke onderdelen hiervan zijn het correct registreren van hoofdbehandelaarschap en deelname ketenzorg t.b.v. in- en exclusie, het registreren in meetwaardentabellen volgens de registratieset van de GHC en het volgen van scholingen. Specifieke punten inzake het kwaliteitsbeleid voor dementie worden hieronder beschreven. Voor het algemene kwaliteitsbeleid, zoals het no-showbeleid, verwijzen we u graag naar het kwaliteitsreglement.

### 5.1 Registratie van ICPC en hoofdbehandelaarschap

Om voor vergoeding in aanmerking te komen voor de diagnosestelling en aanvullend de zorg voor patiënten met dementie dient u te voldoen aan de volgende voorwaarden (zie ook hoofdstuk 3 en 4):

#### 5.1.1. Diagnose

Zodra de diagnose dementie is gesteld dient het volgende geregistreerd (of gedetecteerd) te worden voor het declareren van de diagnose:

- Een nieuwe diagnose dementie d.m.v. het registreren van de ICPC code P70 in de episodelijst
- De indicator 'diagnose dementie gesteld door (3881; DEDD PZ)' met als antwoord 'huisarts'
- De aanwezigheid van een actueel zorgplan dementie (door middel van digitale detectie in VIPLive)

NB: een aantal indicatoren dat hierboven genoemd wordt zijn pas recent beschikbaar gesteld door de NHG. Het is mogelijk dat deze indicatoren nog niet aanwezig zijn in alle HIS'sen. Daarom worden tijdelijke indicatoren gehanteerd:

- Een nieuwe diagnose dementie d.m.v. het registreren van ICPC code P70 in de episodelijst
- De diagnose is door de huisarts gesteld (indicator 745; OA04 O; opmerking 4 algemeen = 1) als alternatief voor indicator 3881
- De aanwezigheid van een actueel zorgplan dementie (indicator 746; OA05 O; opmerking 5 algemeen = 1) als alternatief voor de automatische detectie

#### 5.1.2 Ketenzorg

Om een patiënt te includeren in de keten dementie dient het volgende geregistreerd (of gedetecteerd) te worden:

- Een actuele diagnose dementie d.m.v. het registreren van de ICPC code P70 in de episodelijst
- De aanwezigheid van een actueel zorgplan dementie (door middel van digitale detectie in VIPLive)
- Hoofdbehandelaarschap dementie staat op 'huisarts' (3884; DEHB PZ= huisarts)
- Deelname ketenzorg dementie staat op 'ja' (3883; DEKZ PZ = ja)

NB: een aantal indicatoren dat hierboven genoemd wordt zijn pas recent beschikbaar gesteld door de NHG. Het is mogelijk dat deze indicatoren nog niet aanwezig zijn in alle HIS'sen. Daarom worden tijdelijke indicatoren gehanteerd:

- Een actuele diagnose dementie d.m.v. het registreren van ICPC code P70 in de episodelijst
- De aanwezigheid van een actueel zorgplan dementie (indicator 746; OA05 O; opmerking 5 algemeen = 1) als alternatief voor automatische detectie

### 5.2 Registratieset en stoplichtmodel

Voor de regulieren ketens van de GHC wordt een registratieset gehanteerd, met daaraan gekoppeld een toetsingskader. Omdat de zorg voor patiënten met dementie, net als de reguliere ouderenzorg, maatwerk is en alle belangrijke zaken reeds vastgelegd worden in het zorgplan, wordt er voor dementie geen aanvullende registratieset gehanteerd, los van de indicatoren die geregistreerd moeten worden voor inclusie en declaratie.

### **5.3 Scholingsbeleid**

Wanneer een praktijk start met de keten dementie dient voorafgaand de informatiebijeenkomst Dementie bijgewoond te zijn door de huisarts en POH-O indien die (een deel van) de zorg voor deze patiënten op zich gaat nemen.

*Daarnaast dient de POH-O die de huisarts inzet, de opleiding Ouderenzorg in de eerste lijn (dit betreft de basismodule en de verdiepingsmodule) bij de Hanze Hogeschool Groningen afgerond te hebben, óf is met deze opleiding gestart. Indien er een vergelijkbare opleiding tot POH-O afgerond is, dient dit aan de GHC voorgelegd te worden ter beoordeling.*

*Indien de POH-O nog niet is gestart met de opleiding Ouderenzorg in de eerste lijn, is het noodzakelijk dat de POH-O over een bewijs van toelating tot de opleiding beschikt.*

*Gedurende de periode dat de POH-O nog niet is gestart met de genoemde opleiding, draagt de deelnemend huisarts zorg voor een actieve eigen inzet bij de zorgverlening aan ouderen met dementie.*

### **5.4 Kwaliteitsanalyse**

Het streven bij ketenzorg dementie is om voor zoveel mogelijk patiënten met dementie een zorgplan aanwezig te hebben dat gedeeld kan worden met betrokken zorgverleners. Het is daarom wenselijk dat alle patiënten met dementie geïncludeerd worden in de keten dementie.

## **Bijlage 1 Verwijsafspraken**

### **Verwijscriteria voor diagnostiek**

Criteria om te verwijzen naar de SGGZ:

- Onzekerheid omtrent het bestaan van dementie
- Diagnostiek bij patiënten die geen Nederlands spreken
- Zorgvermijding
- Systeemproblematiek
- Bijkomende ernstige psychiatrische ziekte of mentale retardatie
- Vermoeden van frontotemporale dementie, Lewy Body-dementie en Parkinson-dementie

Criteria om te verwijzen naar de neuroloog/geriater:

- Behoeftte aan een nosologische diagnose
- Dementie op jonge leeftijd ( $\leq 65$  jaar)
- Forse toename van de cognitieve stoornissen binnen twee maanden
- Recent hoofdletsel, met name in het geval van een stollingsstoornis of gebruik van anticoagulantia
- Recente voorgeschiedenis van maligniteit
- Nieuwe onverklaarde mictiedrang of urine-incontinentie in combinatie met een loopstoornis
- Nieuwe focale neurologische uitval
- Vermoeden van frontotemporale dementie, Lewy Body-dementie en Parkinson-dementie

### **Verwijscriteria voor behandeling**

Criteria om te verwijzen:

- Ernstige gedragsproblemen
- Persoonlijkheid- en systeemproblematiek
- Echtgenoot ook cognitieve beperking
- Psychologische ondersteuning / gestoorde rouwverwerking / aanpassingsproblemen
- Mijden van zorg
- Verslavingsproblematiek
- Vermoeden ouderenmishandeling
- Toetsing wilsbekwaamheid / gevaar / RM

## Bijlage 2 Registratieset Dementie

### Registratieset Dementie

Versie april 2018

De nieuwste indicatoren voor dementie zijn nog niet beschikbaar in de meeste HIS'sen, omdat deze pas heel recent door de NHG zijn vrijgegeven. Het is per HIS afhankelijk wanneer deze beschikbaar zijn. Daarom werken we voorlopig met de tijdelijke indicatoren voor dementie. De geelgemarkeerde items zijn nieuw, de schuingedrukte zijn tijdelijke indicatoren. Zie ook de omschrijving hiervan in het zorgprotocol.

Acties	Parameter	Code	Afkorting	GHC kwaliteitsbeleid
<b>1. Algemene gegevens:</b>				
	Hoofdbehandelaar dementie	3884	DEHB PZ	1x per jaar registreren, wijziging bijhouden
	Actuele diagnose dementie	P70		
Diagnose	Diagnose dementie gesteld door	3881	DEDD PZ	Eenmaal registreren (code aangevraagd bij NHG)
	<i>Diagnose dementie gesteld door ('opmerking 4 algemeen')</i>	745	OA04 O	Noteer een: 1 (tijdelijke oplossing)
In-exclusie	Deelname ketenzorg dementie	3883	DEKZ PZ	1x per jaar registreren, wijziging bijhouden
	Reden geen ketenzorg Dementie	3885	DERZ PZ	Exclusie ketenzorg (zorgweigeraar, medische redenen)
<b>2. Zorgplan:</b>				
	Aanwezigheid actueel zorgplan	Nvt	Nvt	1x per jaar registreren (code aangevraagd bij NHG)
	<i>Aanwezigheid actueel zorgplan ('opmerking 5 algemeen')</i>	746	OA05 O	Noteer een : 1 (tijdelijke oplossing) 1x per jaar registreren

De cursiefgedrukte parameters zijn de tijdelijke indicatoren.

## **Bijlage 3 Formulieren GHC dementie**



### 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').

# Dementie

## Vragenlijst ziektediagnostiek



Naam:

Geboortedatum:

Datum onderzoek:

De diagnose dementie kan gesteld worden in de eerste lijn indien voldaan wordt aan de volgende vijf criteria. Vink aan welke problemen er zijn geconstateerd. Beschrijf daarnaast indien nodig aanvullende informatie.

### 1. Klachten van het geheugen

- Herhalingen  Aarzelingen  Inconsistenties  Lacunes  Confabuleren  Head turning sign  De patiënt kan vaak niet correct vertellen over recente gebeurtenissen.
- Anders:

### 2. Andere cognitieve stoornissen

#### **Afasie**

- Niet-vloeiend praten  Naar woorden zoeken  Onjuiste woorden gebruiken
- Anders:

#### **Apraxie**

- Het niet kunnen uitvoeren of imiteren van eenvoudige handelingen (zoals haren kammen of tanden poetsen) bij een intact begrip, motoriek en gnose.
- Anders:

#### **Agnosie**

- Het niet kunnen herkennen van zintuigelijke indrukken bij een intacte visus en sensibiliteit. Bijvoorbeeld:  Getoonde voorwerpen niet kunnen benoemen (visuele agnosie)  Met gesloten ogen een bekend object (bv. pen of wasknijper) in de hand of lichaamsdelen die aangeraakt worden, niet kunnen benoemen (tactiele agnosie)
- Anders:

#### **Stoornis in uitvoerende functies**

- Verminderd vermogen tot plannen en organiseren van activiteiten  Niet bijsturen na een fout  Niet kunnen aanleren van een nieuwe (opeenvolging van) handelingen (bv. bij een nieuw huishoudelijk apparaat)  Verlies van abstract denken
- Verlies van logisch redeneren en/of visuoconstructie (bv. tekenen van twee overlappende vijfhoeken of een klok)  Verminderd inzicht in het eigen functioneren  Initiatiefverlies  Verhoogde impulsiviteit of ontremdheid  Ongepast sociaal gedrag of persoonlijkheidsveranderingen
- Anders:

### 3. Beperkingen in het dagelijks functioneren door de cognitieve stoornissen

Hulpbehoevendheid bij instrumentele ADL (telefoneren, reizen, boodschappen doen, bereiden van een maaltijd, huishoudelijk werk, omgaan met medicijnen en geld)  Hulpbehoevendheid bij ADL (zoals opstaan, lopen, douchen, aankleden, toiletgebruik of gebruik van incontinentiemateriaal en eten). Voorbeelden van hulpmiddelen om het (I)ADL-functioneren gestructureerd te inventariseren zijn Katz en Lawton<sup>31</sup> of (onderdelen van) de Easycare-29 of TraZAG-vragenlijst (zie de NHG-Praktijkwijzer Ouderenzorg). Beperking in het dagelijks functioneren kan ook blijken uit  werk- of relatieproblemen of  het niet langer bezoeken van sociale gelegenheden.

Anders:

### 4. Aanvullend onderzoek geeft geen verklaring voor geheugenproblemen

De geconstateerde afwijkingen worden niet verklaard door visus of gehoorproblemen, of door andere afwijkingen bij lichamelijk onderzoek, of afwijkingen in laboratoriumonderzoek. Bovendien is er geen sprake van een delier of depressie of een andere psychiatrische aandoening.

### 5. Er is geen sprake van een verwijscriterium diagnostiek

Criteria om te verwijzen naar de SGGZ:

- Onzekerheid omtrent het bestaan van dementie
- Diagnostiek bij patiënten die geen Nederlands spreken
- Zorgvermijding
- Systeemproblematiek
- Bijkomende ernstige psychiatrische ziekte of mentale retardatie
- Vermoeden van frontotemporale dementie, Lewy Body-dementie en Parkinson-dementie

Criteria om te verwijzen naar de neuroloog/geriater:

- Behoefte aan een nosologische diagnose
- Dementie op jonge leeftijd ( $\leq 65$  jaar)
- Forse toename van de cognitieve stoornissen binnen twee maanden
- Recent hoofdletsel, met name in het geval van een stollingsstoornis of gebruik van anticoagulantia
- Recente voorgeschiedenis van maligniteit
- Nieuwe onverklaarde mictiedrang of urine-incontinentie in combinatie met een loopstoornis
- Nieuwe focale neurologische uitval
- Vermoeden van frontotemporale dementie, Lewy Body-dementie en Parkinson-dementie

# Dementie

## Diagnose en zorgplan



Naam:

Geboortedatum:

Datum onderzoek:

### 1. Diagnose dementie

Datum eerste diagnose:

Gesteld door:

Geheugenteam (bv T290)  Huisarts  Neuroloog/geriater  SO

Er is sprake van (huisartsen worden geacht om alleen de diagnoses Alzheimer dementie en Vasculaire dementie te stellen):

- Alzheimer dementie  Vasculaire dementie  Parkinson dementie  
 Lewy body dementie  Frontotemporale dementie  
 Anders/opmerkingen diagnose dementie:

### 2. Aanwezigheid complicerende factoren

Interfererende comorbiditeit en polyfarmacie

Toelichting:

Actuele problemen (voorbeelden zijn:  Emotionele stoornissen of affectabiliteit  Stoornissen in het handelen als gevolg van apraxie of agnosie stoornissen in de taal: afasie  Oordeels- en kritiekstoornissen  Ziektebesef of ziekte-inzicht

- Dwalen  Decorumverlies  Hallucinaties en wanen  Confabuleren  Persevereren  Karakterveranderingen  
 Nachtelijke onrust  Bewustzijnsstoornissen  Agressie  Achterdocht  
 Anders/toelichting:

Problemen steunsysteem (mantelzorg, gebruik zo nodig EDIZ)

Toelichting:

Andere problematische omstandigheden

Toelichting:

### 3. Zorgcoördinatie

De zorgcoördinatie wordt uitgevoerd door de huisartsenpraktijk (huisarts en/of POH-O). De zorgcoördinator is het eerste aanspreekpunt, onderhoudt dit formulier ('Dementie diagnose en zorgplan'). De belangrijkste taken van de zorgcoördinator zijn het uitvoeren van de zorgdiagnostiek en het bevorderen van acceptatie, ondersteuning en hulp en het signaleren van de achteruitgang.

Bij de begeleiding zijn tevens betrokken:

- Mantelzorger(s):
  
- Wijkverpleegkundige (naam en organisatie):
  
- Casemanager / arts vanuit specialistische zorg (naam en organisatie):

### 4. Algemene aandachtspunten

Karakterisering van patiënt door zichzelf of door mantelzorger ("Wat vindt u dat iedere zorgverlener over u zou moeten weten?")

Rijbewijs besproken:  Ja  Nee

(Na de diagnose dementie moet de patiënt de diagnose via een formulier 'Eigen Verklaring' aan het CBR doorgeven. Zo niet, dan is de patiënt mogelijk onverzekerd bij een verkeersongeval.)

Wilsverklaringen/notariële akten besproken:  Ja  Nee

(Leg in een vroeg stadium wensen vast bij notaris.)

### 5. Vrije tekst/verloop zorgtraject