

# Concept nieuwe indeling Richtlijn ‘Dementie en Mild Cognitive Impairment (MCI)’

## Cyclus 3

- 5 Er vallen drie richtlijnen in het cluster Cognitieve Stoornissen en Dementie:
- Dementie
  - Mild cognitive impairment (MCI)
  - Delier bij volwassenen en ouderen
- 10 In cyclus 3 heeft het cluster de richtlijn Mild Cognitive Impairment (MCI) geïntegreerd met de richtlijn Dementie. Hierdoor is de indeling/inhoudsopgave aangepast en tekstuele aanpassingen doorgevoerd in vier algemene introductieteksten (zie *Bijlagen 1-4*).
- 15 In cyclus 3 zijn geen modules herzien voor de richtlijn Delier bij volwassenen en ouderen. Derhalve is de indeling/inhoudsopgave van deze richtlijn onveranderd.

### Samenvattend

- 20
- In onderstaande tabel zijn de vijf herziene modules **geel** gearceerd.
  - Overige aanpassingen (i.e. verplaatste modules, tekstuele aanpassingen in modules en/of moduletitels) zijn **blauw** gearceerd. Wat exact tekstueel is aangepast staat in de tweede kolom ‘opmerkingen/aanpassingen’.
  - Daarnaast zijn zeven modules met **rode** arcering aangemerkt voor terugtrekken. De motivatie is vermeld in de tweede kolom ‘opmerkingen/aanpassingen’.
- 25 Nieuwe titel richtlijn: **Richtlijn Dementie en Mild Cognitive Impairment (MCI)**

Module	Opmerkingen/Aanpassingen
1. Startpagina – Richtlijn Dementie en MCI	Nieuwe geïntegreerde startpagina (zie <a href="#">Bijlage 1</a> ). Geen inhoudelijke wijzigingen, alleen tekstuele aanpassingen waarbij de MCI aspecten zijn geïntegreerd in de dementie tekst (weergegeven als geel gearceerde tekst).
2 <a href="#">Diagnostiek cognitieve stoornissen en dementie</a>	Nieuw geïntegreerde tekst MCI en dementie (zie <a href="#">Bijlage 2</a> ), inclusief herziene flowchart. Geen inhoudelijke wijzigingen, alleen tekstuele aanpassingen waarbij de MCI aspecten zijn geïntegreerd in de dementie tekst (weergegeven als geel gearceerde tekst).
2.1 Definitie en diagnose MCI	Nieuwe geïntegreerde tekst: MCI en dementie (zie <a href="#">bijlage 3</a> ). Samenvoegen van Richtlijn MCI – Module 2 <a href="#">Definitie en diagnose MCI</a> en Richtlijn Dementie – Module 2.2.7 <a href="#">Lichte cognitieve stoornissen, geen dementie (MCI)</a> Geen inhoudelijke wijzigingen, alleen tekstuele aanpassingen om MCI aspecten te integreren in dementie tekst (weergegeven als geel gearceerde tekst).
2.2 <a href="#">Etiologie en prognose MCI</a>	Richtlijn MCI – Module 3 <a href="#">Etiologie en prognose</a> is verplaatst en geïntegreerd in dementie inhoudsopgave.
2.3 <a href="#">Classificatie van dementie</a>	n.v.t.
2.4 <a href="#">Diagnostische criteria bij dementie</a>	Module titel aangepast: “bij dementie” toegevoegd.
2.4.1 <a href="#">Dementie</a>	n.v.t.
2.4.2 <a href="#">Ziekte van Alzheimer</a>	n.v.t.
2.4.3 <a href="#">Dementie met Lewy Bodies (DLB)</a>	n.v.t.
2.4.4 <a href="#">Frontotemporale dementie (FTD)</a>	n.v.t.
2.4.5 <a href="#">Vasculaire dementie (VaD)</a>	n.v.t.
2.4.6 <a href="#">Ziekte van Creutzfeldt-Jakob (CJD)</a>	n.v.t.
2.5 <a href="#">Diagnostiek van dementie bij personen met een verstandelijke beperking</a>	n.v.t.
2.6 <a href="#">Screening cognitieve stoornissen - Mensen met een migratieachtergrond bij</a>	n.v.t.
2.6.1 <a href="#">Screeningsinstrumenten</a>	n.v.t.

2.6.2 <a href="#">Tolken</a>	n.v.t.
2.7 <a href="#">Neuropsychologisch onderzoek</a>	Nieuw tussenkopje, conform <a href="#">deze opzet</a>
2.7.1 <a href="#">Neuropsychologisch onderzoek bij progressie van MCI naar dementie</a>	Vanuit Richtlijn MCI – Module 3.2 <a href="#">Neuropsychologisch onderzoek</a> verplaatst en geïntegreerd in dementie inhoudsopgave. Module titel aangepast: “bij progressie van MCI naar dementie” toegevoegd.
2.7.2 <a href="#">Neuropsychologisch onderzoek en cognitieve screeningsinstrumenten bij dementie</a>	Module titel aangepast: “en cognitieve screeningsinstrumenten bij dementie” toegevoegd.
2.8 <a href="#">Aanvullend onderzoek bij MCI en dementia</a>	Nieuw tussenkopje, conform <a href="#">deze opzet</a>
2.8.1 <a href="#">Biomarkers bij MCI</a>	Verplaatst vanuit Richtlijn MCI – Module 3.3 <a href="#">Biomarkers</a> . Wordt herzien in cyclus 3.
2.8.2 <a href="#">Structurele beeldvorming dementie</a>	n.v.t.
2.8.3 <a href="#">Klinisch neurofysiologisch onderzoek dementie</a>	n.v.t.
2.8.4 <a href="#">Liquoronderzoek bij vermoeden op de ziekte van Alzheimer</a>	n.v.t.
2.8.5 <a href="#">Diagnostiek met SPECT of PET</a>	n.v.t.
2.8.5.1 <a href="#">Amyloïd PET-scan</a>	n.v.t.
2.8.5.2 <a href="#">18F-FDG PET bij onderscheid AD-FTD</a>	n.v.t.
2.8.5.3 <a href="#">PET/SPECT in de etiologische diagnostiek van dementie met Lewy bodies (DLB)</a>	n.v.t.
2.9 <a href="#">Genetische risicofactoren</a>	n.v.t.
3. <a href="#">Preventie</a>	n.v.t.
3.1 <a href="#">Preventie cognitieve achteruitgang en dementie</a>	n.v.t.
3.2 <a href="#">Effectiviteit van lichaamsbeweging op cognitief functioneren bij dementie</a>	Verplaatst van Richtlijn Dementie – Module 4.3.5. <a href="#">Lichaamsbeweging bij dementie</a> (onder kopje ‘Psychosociale non-farmacologische interventie’). Module titel aangepast: “Effectiviteit van” toegevoegd.
3.3 <a href="#">Leefstijladviezen bij MCI</a>	Verplaatst vanuit Richtlijn MCI – Module 4.3 <a href="#">Leefstijladviezen</a> . Wordt herzien in cyclus 3.
3.4 <a href="#">Domotica en e-health bij dementie</a>	Verplaatst van Richtlijn Dementie – Module 4.3.10. <a href="#">Domotica en e-health</a> (onder kopje ‘Psychosociale non-farmacologische interventie’). Module titel aangepast: “bij dementie” toegevoegd.
4. <a href="#">Behandeling en begeleiding van MCI en dementie</a>	Nieuwe geïntegreerde introductiepagina (zie Bijlage 4). Geen inhoudelijke wijzigingen, alleen tekstuele aanpassingen waarbij de MCI aspecten zijn geïntegreerd in de dementie tekst (weergegeven als geel gearceerde tekst).  Module titel aangepast: “en begeleiding van MCI en dementie” toegevoegd.
4.1 <a href="#">Neurotransmitter-modulerende geneesmiddelen</a>	n.v.t.
4.1.1. <a href="#">Cholinesteraseremmers bij dementie</a>	n.v.t.
4.1.2 <a href="#">Memantine bij dementie</a>	n.v.t.
4.2 <a href="#">Medicatie neuropsychiatrische symptomen</a>	n.v.t.
4.2.1 <a href="#">Medicamenteuze behandeling van neuropsychiatrische symptomen bij MCI</a>	Verplaatst vanuit MCI richtlijn – Module 4.4 <a href="#">Medicamenteuze behandeling</a> ), viel onder kopje (onder kopje ‘ <a href="#">Behandeling en begeleiding</a> ’). Module titel aangepast: “van neuropsychiatrische symptomen bij MCI” toegevoegd.
4.2.2 <a href="#">Antipsychotica bij dementie</a>	Wordt herzien in cyclus 3.
4.2.3 <a href="#">Antidepressiva bij dementie</a>	Wordt herzien in cyclus 3.
4.2.4 <a href="#">Anticonvulsiva bij dementie</a>	n.v.t.
4.3 <a href="#">Psychosociale non-farmacologische interventie</a>	n.v.t.
4.3.1 <a href="#">Cognitieve stimulatie en realiteitsoriëntatie</a>	n.v.t.
4.3.2 <a href="#">Psychologische behandeling MCI</a>	Verplaatst vanuit Richtlijn MCI – Module 4.1 <a href="#">Psychologische behandeling</a> . Module titel aangepast: “MCI” toegevoegd.
4.3.3 <a href="#">Cognitieve revalidatie bij MCI</a>	Verplaatst vanuit Richtlijn MCI – Module 4.2 <a href="#">Cognitieve revalidatie</a> .

	Module titel aangepast: "MCI" toegevoegd.
<a href="#">Reminiscentietherapie bij dementie</a>	Module intrekken: Valt onder langdurige zorg en niet onder medisch specialistische zorg.
<a href="#">Validatietherapie bij dementie</a>	Module intrekken: Valt onder langdurige zorg en niet onder medisch specialistische zorg.
<a href="#">Sensore stimulatie bij dementie</a>	Module intrekken: Valt onder langdurige zorg en niet onder medisch specialistische zorg.
<a href="#">Dieetvoeding bij dementie</a>	Module intrekken: Souvenaid niet meer beschikbaar op de Nederlandse markt.
<a href="#">Ondersteunende gespreksgroepen bij dementie</a>	Module intrekken: Valt onder langdurige zorg en niet onder medisch specialistische zorg.
<a href="#">Cognitieve herstructurering bij dementie</a>	Module intrekken: Valt onder langdurige zorg en niet onder medisch specialistische zorg.
<a href="#">Gecombineerde interventies bij dementie</a>	Module intrekken: Valt onder langdurige zorg en niet onder medisch specialistische zorg.
5. <a href="#">Besluitvorming bij cognitieve stoornissen en dementie</a>	Module titel aangepast: "bij cognitieve stoornissen en dementie" toegevoegd.
5.1 <a href="#">Voorlichting over MCI</a>	Verplaatst vanuit Richtlijn MCI – Module 3.1 <a href="#">Voorlichting over MCI</a> (onder kopje 'Etiologie en prognose).
5.2 <a href="#">Follow-up bij MCI</a>	Verplaatst vanuit Richtlijn MCI – Module 4.5 <a href="#">Follow-up</a> . Wordt herzien in cyclus 3.
5.3 <a href="#">Wilsbekwaamheid medische besluitvorming</a>	n.v.t.
5.4 <a href="#">Gezamenlijke besluitvorming (shared decision making)</a>	n.v.t.
5.5 <a href="#">Voorlichting over rijvaardigheid bij MCI</a>	Verplaatst vanuit Richtlijn MCI – Module 4.6 <a href="#">Voorlichting over rijvaardigheid bij MCI</a> .
5.6 <a href="#">Rijgeschiktheid bij dementie</a>	n.v.t.
5.7 <a href="#">Bespreken levenseinde bij dementie</a>	n.v.t.
6 <a href="#">Organisatie</a>	n.v.t.
6.1 <a href="#">Regionale samenwerking dementiezorg</a>	n.v.t.
6.2 <a href="#">De zorgstandaard dementie</a>	n.v.t.
6.3 <a href="#">Casemanagement bij dementie</a>	n.v.t.
6.4 <a href="#">Scholing verzorgend personeel bij dementie</a>	n.v.t.
7 <a href="#">Cognitieve stoornissen als comorbiditeit in het ziekenhuis</a>	Module titel aangepast: "Dementie" vervangen door "cognitieve stoornissen"
7.1 <a href="#">Herkennen van cognitieve stoornissen op de Spoedeisende Hulp</a>	n.v.t.
7.2 <a href="#">Screening op dementie/cognitieve stoornissen in het ziekenhuis</a>	n.v.t.
7.3 <a href="#">Wils&amp;oordeelsbekwaamheid en behandelbeperking</a>	n.v.t.
7.4 <a href="#">Informatie, communicatie en bejegening</a>	n.v.t.
7.5 <a href="#">Omgeving en voorzieningen opname en verblijf</a>	n.v.t.
7.6 <a href="#">Beoordeling van pijn bij dementie</a>	n.v.t.
7.7 <a href="#">Voedings&amp;vochtproblemen bij dementie</a>	n.v.t.
7.8 <a href="#">Procedure ontslag uit ziekenhuis bij dementie</a>	n.v.t.

## Bijlage 1 - Richtlijn Dementie en Mild Cognitive Impairment (MCI): Startpagina

*De huidige [startpagina van de richtlijn Dementie](#) is aangepast om MCI te integreren. Zie gele arcering voor de tekstuele wijzigingen.*

5

Deze richtlijn valt onder het cluster Cognitieve stoornissen en Dementie.

### Waar gaat deze richtlijn over?

10 De richtlijn Dementie en mild cognitive impairment (MCI) richt zich op wat volgens de huidige maatstaven de beste zorg is voor patiënten met cognitieve stoornissen. De richtlijn berust daar waar mogelijk op wetenschappelijk onderzoek aangevuld met overwegingen en patiëntenvoorkeuren. In de richtlijn komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Diagnostiek van cognitieve stoornissen en dementie
- Behandeling van cognitieve stoornissen en dementie
- 15 • Besluitvorming
- Organisatie dementiezorg
- Cognitieve stoornissen als comorbiditeit in het ziekenhuis

### Voor wie is deze richtlijn bedoeld?

20 Deze richtlijn is bestemd voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de in de tweede- en derde lijn zorg voor patiënten met cognitieve stoornissen of verdenking daarop.

### Voor patiënten

25 Dementie is de naam voor een combinatie van symptomen waarbij de verwerking van informatie in de hersenen is verstoord. Dementie kenmerkt zich door een geleidelijke achteruitgang van het geestelijk functioneren. Vaak vallen in het begin van de ziekte vooral de geheugenstoornissen op. Later krijgt de patiënt problemen met denken en taal. Ook kunnen het karakter en gedrag veranderen. Naarmate de ziekte vordert, verliest iemand met Alzheimer steeds meer de regie over zijn eigen leven. De patiënt wordt meer afhankelijk van de hulp van anderen en dagelijkse handelingen worden steeds moeilijker.

30 Er zijn naast de ziekte van Alzheimer (de meest voorkomende oorzaak) veel andere ziekten die dementie kunnen veroorzaken. De meest voorkomende oorzaken zijn de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, fronto-temporale dementie, dementie met gemengde etiologie, dementie met Lewy bodies en dementie bij de ziekte van Parkinson. Eén op de vijf mensen krijgt dementie. Bij vrouwen is de kans nog groter: één op de drie vrouwen krijgt gedurende haar leven dementie. De kans op dementie neemt toe met het ouder worden.

40 Meer informatie over dementie is te vinden op Thuisarts: [www.thuisarts.nl/dementie](http://www.thuisarts.nl/dementie)

Meer informatie over dementie is ook te vinden op de website van Alzheimer Nederland: [www.alzheimer-nederland.nl/dementie](http://www.alzheimer-nederland.nl/dementie)

45 'Mild Cognitive Impairment' (MCI) betekent 'lichte cognitieve stoornis'. Iemand met MCI heeft problemen met het geheugen of met een andere hersenfunctie. Maar hij kan vaak nog zo goed als normaal functioneren in het dagelijks leven. MCI kan een voorstadium van dementie zijn, maar dit hoeft niet (bron: Alzheimer Nederland).

50 Mensen met een MCI hebben vaak last van geheugenproblemen. Maar ze kunnen ook moeite hebben met het overzicht houden, of het uitvoeren van handelingen. De klachten zijn minder ernstig dan bij dementie. Vaak vergeet iemand de details van een gebeurtenis of handeling, terwijl mensen met dementie de hele gebeurtenis vergeten (bron: Alzheimer Nederland).

Dit document legt uit wat MCI is. Wat de mogelijke oorzaken van MCI zijn en het vermoedelijke verloop ervan is. Daarnaast staat het stil bij het onderzoek bij de patiënt met een verdenking op MCI en welke behandelmogelijkheden er zijn.

<https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie/soorten-vormen/mild-cognitive-impairment>

5 <https://www.thuisarts.nl/vergeetachtigheid>

<https://www.thuisarts.nl/dementie>

### Hoe is de richtlijn tot stand gekomen?

10 Het initiatief voor deze richtlijn is afkomstig van Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en wordt vanaf 2022 modulair herzien door het cluster Cognitieve stoornissen en dementie.

Het NVN Addendum MCI is geïntegreerd tijdens cyclus 3, waarbij deze startpagina en de boomstructuur van de richtlijn zijn aangepast.

15 De richtlijn is opgesteld door een multidisciplinaire commissie met vertegenwoordigers vanuit de huisartsen, internisten, klinisch chemici, laboratoriumartsen, neurologen, nucleair geneeskundigen, psychiaters, psychologen, arts verstandelijk gehandicapten, radiologen, sociaal geriater, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundigen, verzorgenden en ziekenhuisapothekers. De samenstelling van het cluster kunt u vinden bij de 'verantwoording'. Er werd aandacht besteed aan het patiëntenperspectief door inbreng van de patiëntenvereniging Alzheimer Nederland ten aanzien van communicatie met de patiënt. Daarnaast is de richtlijn ter commentaar opgestuurd naar Alzheimer Nederland.

20

### Geldigheid van de richtlijn

De richtlijnen in het cluster Cognitieve stoornissen en Dementie worden modulair onderhouden. Het cluster Cognitieve stoornissen en Dementie omvat de richtlijn Dementie en MCI, en de richtlijn Delier bij volwassenen en ouderen. In de derde cyclus '24-'25 zijn onderstaande modules ontwikkeld:

- 25
- Richtlijn Dementie en MCI: Module 'Behandeling van neuropsychiatrische symptomen met antipsychotica bij dementie'
  - Richtlijn Dementie en MCI: Module 'Behandeling van neuropsychiatrische symptomen met antidepressiva bij dementie'
  - Richtlijn Dementie en MCI: Module 'Aanvullend onderzoek bij MCI'
- 30
- Richtlijn Dementie en MCI: Module 'Leefstijladviezen bij MCI'
  - Richtlijn Dementie en MCI: Module 'Follow-up bij MCI'

In onderstaande tabel is te zien wat de geldigheid is van de richtlijnmodules. Tevens zijn de aandachtspunten vermeld die van belang zijn voor een herziening. Het cluster Cognitieve stoornissen en Dementie is als houder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van deze richtlijn. Jaarlijks wordt vastgesteld welke modules worden herzien. Meer informatie over werken in clusters en modulair onderhoud vindt u [hier](#).

35

Richtlijn Dementie	Geautoriseerd in	Laatst beoordeeld in	Geplande herbeoordeling	Wijzigingen meest recente versie
<b>1– Startpagina – Dementie en MCI</b>	2025	2025	1 jaar	Geüpdatet
<b>2. Diagnostiek cognitieve stoornissen en dementie</b>	2025	2025	5 jaar	Geüpdatet
2.1 Definitie en diagnose MCI	2025	2025	5 jaar	Geüpdatet
2.2 Etiologie en prognose MCI	2018	2025	5 jaar	n.v.t.
2.3 Classificatie van dementie	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
2.4 Diagnostische criteria	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
2.4.1 Dementie	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
2.4.2 Ziekte van Alzheimer	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
2.4.3 Dementie met Lewy Bodies (DLB)	2021	2025	5 jaar	n.v.t.
2.4.4 Fronto-temporale dementie (FTD)	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
2.4.5 Vasculaire dementie (VaD)	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
2.4.6 Ziekte van Creutzfeldt-Jakob (CJD)	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
2.5 Diagnostiek van dementie bij personen met een verstandelijke beperking	2023	2025	5 jaar	n.v.t.
2.6 Screening cognitieve stoornissen - Mensen met een migratieachtergrond	2024	2025	5 jaar	n.v.t.

2.6.1 Screeningsinstrumenten	2024	2025	5 jaar	n.v.t.
2.6.2. Tolken	2024	2025	5 jaar	n.v.t.
2.7 Neuropsychologisch onderzoek	2025	2025	5 jaar	n.v.t.
2.7.1 Neuropsychologisch onderzoek bij progressie van MCI naar dementie	2018	2025	5 jaar	n.v.t.
2.7.2 Neuropsychologisch onderzoek en cognitieve screeningsinstrumenten bij dementie	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
2.8 Aanvullend onderzoek bij MCI en dementie	2025	2025	5 jaar	n.v.t.
2.8.1 HERZIENING module 3: Biomarkers bij MCI	2025	2025	5 jaar	Herziening module
2.8.2 Structurele beeldvorming dementie	2014	2025	3 jaar	n.v.t.
2.8.3 Klinisch neurofysiologisch onderzoek dementie	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
2.8.4 Liquoronderzoek bij vermoeden op de ziekte van Alzheimer	2024	2025	5 jaar	n.v.t.
2.8.5 Diagnostiek met SPECT of PET	2021	2025	5 jaar	n.v.t.
2.8.5.1 Amyloïd PET-scan	2021	2025	3 jaar	n.v.t.
2.8.5.2 18F-FDG PET bij onderscheid AD-FTD	2021	2025	3 jaar	n.v.t.
2.8.5.3 PET/SPECT in de etiologische diagnostiek	2021	2025	3 jaar	n.v.t.
2.9 Genetische risicofactoren	2023	2025	5 jaar	n.v.t.
<b>3. Preventie</b>				
3.1 Preventie cognitieve achteruitgang en dementie	2023	2025	5 jaar	n.v.t.
3.2 Effectiviteit van lichaamsbeweging op cognitief functioneren bij dementie	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
3.3 HERZIENING module 4: Leefstijladviezen bij MCI	2025	2025	5 jaar	Herziening module
3.4 Domotica en e-health bij dementie	2021	2025	5 jaar	n.v.t.
<b>4. Behandeling en begeleiding van MCI en dementie</b>	2025	2025	5 jaar	Geüpdatet
4.1 Neurotransmitter-modulerende geneesmiddelen	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
4.1.1 Cholinesteraseremmers bij dementie	2024	2025	5 jaar	n.v.t.
4.1.2 Memantine bij dementie	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
4.2 Medicatie neuropsychiatrische symptomen	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
4.2.1 HERZIENING module 1: Antipsychotica bij dementie	2025	2025	5 jaar	Herziening module
4.2.2 HERZIENING module 2: Antidepressiva bij dementie	2025	2025	5 jaar	Herziening module
4.2.3 Anticonvulsiva bij dementie	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
4.3 Psychosociale non-farmacologische interventie	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
4.3.1 Cognitieve stimulatie en realiteitsoriëntatie	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
4.3.2 Psychologische behandeling MCI	2018	2025	5 jaar	n.v.t.
4.3.3 Cognitieve revalidatie bij MCI	2018	2025	5 jaar	n.v.t.
<b>5. Besluitvorming bij cognitieve stoornissen en dementie</b>	2021	2025	5 jaar	n.v.t.
5.1. Voorlichting over MCI	2018	2025	5 jaar	n.v.t.
5.2. HERZIENING module 5: Follow-up bij MCI	2025	2025	5 jaar	Herziening module
5.3 Wilsbekwaamheid medische besluitvorming	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
5.4 Gezamenlijke besluitvorming (shared decision making)	2021	2025	5 jaar	n.v.t.
5.5 Voorlichting over rijvaardigheid bij MCI	2018	2025	5 jaar	n.v.t.
5.6 Rijgeschiktheid bij dementie	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
5.7 Bespreken levenseinde bij dementie	2024	2025	5 jaar	n.v.t.
<b>6. Organisatie</b>	2021	2025	5 jaar	n.v.t.
6.1 Regionale samenwerking dementiezorg	2014	2025	3 jaar	n.v.t.
6.2 De zorgstandaard dementie	2014	2025	3 jaar	n.v.t.
6.3 Casemanagement bij dementie	2021	2025	3 jaar	n.v.t.
6.4 Scholing verzorgend personeel bij dementie	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
<b>7. Cognitieve stoornissen als comorbiditeit in het ziekenhuis</b>	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
7.1 Herkennen van cognitieve stoornissen op de Spoedeisende Hulp	2021	2025	5 jaar	n.v.t.
7.2 Screening op dementie/ cognitieve stoornissen in het ziekenhuis	2023	2025	5 jaar	n.v.t.
7.3 Wils&oordeelsbekwaamheid en behandelbeperking	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
7.4 Informatie, communicatie en bejegening	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
7.5 Omgeving en voorzieningen opname en verblijf	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
7.6 Beoordeling van pijn bij dementie	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
7.7 Voedings&vochtproblemen bij dementie	2014	2025	5 jaar	n.v.t.
7.8 Procedure ontslag uit ziekenhuis bij dementie	2014	2025	5 jaar	n.v.t.

## Bijlage 2 - Diagnostiek cognitieve stoornissen en dementie

De huidige overzichtspagina [Diagnostiek dementie](#) is tekstueel aangepast door MCI te integreren. Geen inhoudelijke wijzigingen, alleen tekstuele aanpassingen waarbij de MCI aspecten zijn geïntegreerd in de dementie tekst (weergegeven als geel gearceerde tekst).

5 Ook de flowchart is geupdate om de integratie met MCI weer te geven.

## Diagnostiek cognitieve stoornissen en dementie

10 'Dementie' wordt in deze richtlijn gebruikt als een generieke syndromale term die verwijst naar een spectrum van klinische beelden. Deze verschillende klinische beelden worden veroorzaakt door verschillende hersenziekten of combinaties daarvan en worden alle gekenmerkt door combinaties van meervoudige stoornissen in cognitie, stemming of gedrag. De specifieke kenmerken van de verschillende combinaties worden bepaald door de aard, distributie en ernst van de afwijkingen in de hersenen. De diagnostiek is gericht op de vaststelling van **het syndroomstadium (MCI of dementie) en de veroorzakende** hersenafwijkingen.

15 Net als in de vorige richtlijn (2014) heeft de werkgroep ervoor gekozen zich aan te sluiten bij de **klinische criteria** voor wat betreft nosologische diagnostiek als vervolg op het vaststellen van de **syndroomdiagnose MCI of dementie**. Er kan **meestal** niet worden volstaan met het diagnosticeren van dementie als syndroom, maar het dient als startpunt voor verdere diagnostiek **naar de onderliggende oorzaak. Dit kan zijn op basis van klinische bevindingen of met daarnaast aanvullend onderzoek waar geïndiceerd.**

20 **Het diagnostisch traject** begint met het vermoeden op cognitieverlies en/of gedragsverandering bij de patiënt zelf, familie of naasten, mantelzorgers, of professionals. De uitdaging ligt er vervolgens in om zo effectief en doelmatig mogelijk tot een juiste diagnose te komen, **passend bij de hulpvraag van patiënt en naaste**. Hierbij is het doel om tot optimale **begeleiding en zorg van beide** te komen om **zo voor patiënt en naaste meerwaarde te kunnen genereren en het evenwicht tussen beide zo lang en zelfstandig mogelijk te kunnen bewaren.**

De diagnostiek heeft in algemene zin ten doel:

- 30
1. de aard en ernst van de stoornissen en beperkingen te bepalen (**syndroom diagnose**);
  2. vast te stellen wat de **onderliggende oorzaak** van de stoornissen is (**nosologische diagnose**);
  3. na te gaan welke behoeften er **bestaan op gebied van zorg en welzijn** bij patiënt **en naaste** en daar een **afgestemd** plan op te maken;
  4. de patiënt en zijn naasten in staat te stellen zelf zoveel mogelijk sturing te kunnen geven aan vragen die ze stellen op het gebied van zorg en welzijn;
  5. identificeren van alle behandelbare (somatische en psychosociale) factoren die invloed hebben op kwaliteit van leven.
- 35

40 Het klinische belang van (het moment van) diagnose verschilt van persoon tot persoon en wordt **mede** bepaald door het persoonlijke belang dat de patiënt hecht aan zekerheid over aard, oorzaak en prognose **en hoe die wordt afgewogen tegen de mogelijke belasting van een ernstige diagnose en de therapeutische consequenties**. Diagnostiek begint dus met verheldering van deze vraag en van de verwachting en voorkeuren van de patiënt en eventueel diens naaste. Dit gebeurt idealiter al in de eerste lijn door de huisarts volgens de NHG-standaard Dementie **en kan worden ondersteund door de keuzehulp op thuisarts.nl**, maar kan zo nodig in de tweede lijn worden aangevuld. Op basis van gemeenschappelijke besluitvorming kunnen dan afspraken worden gemaakt over **het diagnostisch traject**.

45

50 **Vraaggestuurde** diagnostiek bestaat er vervolgens uit dat na iedere diagnostische stap wordt getoetst of de diagnostische vraag al is beantwoord of nog niet. Daarnaast wordt de keuze voor vervolgstappen gestuurd door de diagnostische waarde van de verschillende hulponderzoeken (zie



de verschillende secties in de richtlijn hierover). In de praktijk maakt het hulponderzoek regelmatig parallel aan elkaar verricht. Deze strategie vermindert waarschijnlijk de rationaliteit en doelmatigheid, omdat de onderzoeken niet ieder voor zich (even veel) bijdragen aan de diagnostische besluitvorming.

5

Het tegelijkertijd aanvragen van meerdere testen moet daarom goed worden overwogen, waarbij een balans moet worden nagestreefd van doelmatigheid, maximale diagnostische opbrengst, patiënt voorkeuren en praktische aspecten zoals de doorlooptijd die nodig is voor diagnostiek. Het is hierbij van belang te realiseren dat de diagnostische waarde van de hulponderzoeken, zoals de MRI en het neuropsychologisch onderzoek, steeds onderzocht is voor enkelvoudige testen zonder voorinformatie (heteroanamnese, observatie) mee te wegen. Bij een erg lage of hoge vooraf kans op een ziekte is aanvullende diagnostiek in het algemeen niet zinvol. Het klinisch oordeel zal zeer waarschijnlijk toch niet veranderd worden. Hierbij is de waarde van het klinisch oordeel afhankelijk van de kennis en ervaring die een arts heeft in de dementiediagnostiek.

10

15

Bij een aantal vormen van dementie heeft beeldvorming een prominentere plaats in de diagnostiek dan bij andere dementieën (met name bij FTD, LBD, CJD, en VaD) omdat dit opgenomen is in de ziektecriteria. Dan kan een vorm van deze aanvullende diagnostiek noodzakelijk zijn om een diagnose te stellen, ook indien de klinische verdenking reeds zeer hoog is.

20

Het beloop in de tijd kan ook een belangrijk diagnosticum zijn voor het vaststellen (bevestigen) of verwerpen van een onderliggende etiologie of ziekte of het vaststellen van het effect van een behandeling.

25

De oudere patiënt met cognitieve stoornissen of dementie (boven de 75 jaar) heeft vaak meerdere aandoeningen tegelijk. De diagnostische waarde van de meeste hulponderzoeken is echter vastgesteld in populaties die zijn geselecteerd op afwezigheid van bijkomende ziekten. De diagnostische waarde van aanvullende onderzoeken, met name de specificiteit, is daarom vaak lager bij patiënten op hogere leeftijd, vooral door de steeds vaker voorkomende bijkomende ziektelast. Dit bemoeilijkt het stellen van een exacte nosologische diagnose en kan een goede reden zijn om hiervan af te zien, vooral wanneer de patiënt zelf ook weinig waarde hieraan hecht en het behandelbeleid er niet door verandert.

30

Laboratoriumonderzoek is beperkt tot enkele bepalingen die de kans op een delier door acute ziekte (infectie, nierfunctiestoornis, elektrolytverstoring) verkleinen, maar kan op indicatie uitgebreid worden (zie stroomschema). In gevallen waarin een dominant overervend familiair beloop aanwezig is, kan bij de ziekte van Alzheimer, met name bij een debuut op zeer jonge leeftijd en bij FTD, genetische diagnostiek overwogen worden. Verwijzing naar een centrum of afdeling met ervaring hierin is dan aangewezen.

35

40

In het diagnostisch traject is, om aan te sluiten bij de huidige klinische praktijk, een onderscheid gemaakt tussen (zie Flowchart diagnostiek van dementie):

- het basisonderzoek met als doel een syndroomdiagnose te stellen en voorafkansen op een bepaalde onderliggende ziektediagnose te schatten (anamnese, heteroanamnese, lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek en een screenende cognitietest);
- aanvullend onderzoek om meer diagnostische zekerheid over de oorzaak/oorzaken van het klinisch syndroom te verkrijgen (neuropsychologisch onderzoek en/of structurele beeldvorming met CT of MRI, liquoronderzoek, EEG of nucleair onderzoek (PET/SPECT);

45

De verschillende toepassingsgebieden hangen enerzijds af van wetenschappelijk onderzoek naar de diagnostische opbrengst per techniek en anderzijds van het feit dat voor sommige nosologische diagnoses aanvullend onderzoek noodzakelijk is om een diagnose te stellen volgens de diagnostische criteria (bijvoorbeeld liquordiagnostiek bij CJD, FTD; beeldvorming bij VaD, LBD).

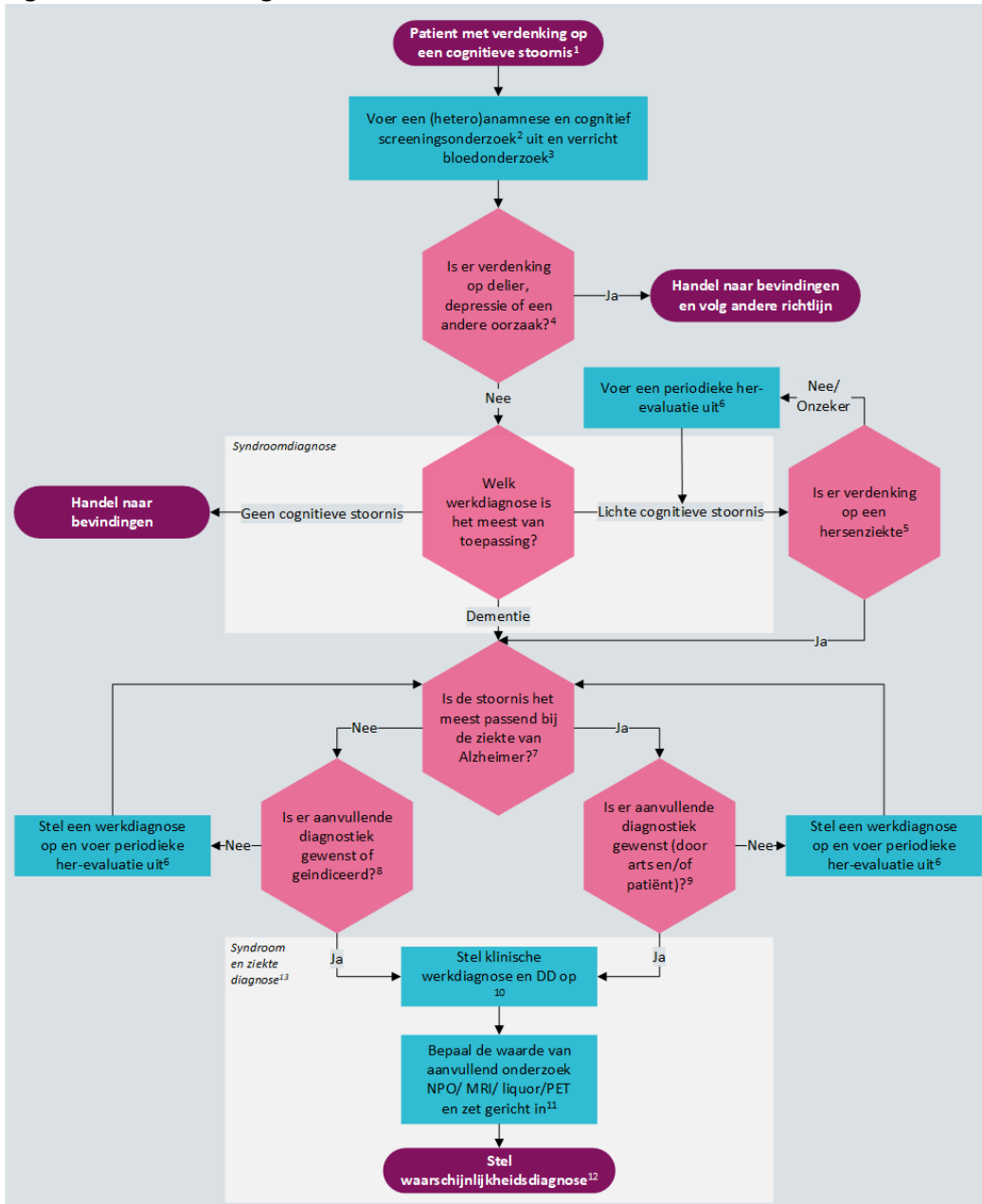
50



Het is belangrijk vast te stellen dat de diagnostiek niet is afgerond met een fase van ziektegerichte (nosologische) diagnostiek, maar dat de zorgdiagnostiek minstens even relevant is (inclusief bijkomende klachten en problemen zoals de vaak voorkomende pijnklachten) (zie flowchart).

- 5 De flowchart is bedoeld als handvat voor de diagnostiek in de spreekkamer. Gezien de aard van de multidisciplinaire richtlijn is de flowchart zo opgezet dat hij in zowel de eerste als tweede lijn gebruikt kan worden. De flowchart is niet bedoeld als gedetailleerd protocol. Afhankelijk van de setting en patiëntenpopulatie zal deze op detail niveau verder uitgewerkt kunnen worden. We verwijzen naar de verschillende modules en aanbevelingen in de richtlijn voor diagnostische waarde van de verschillende aanvullende onderzoeken.
- 10

**Figuur 1 Flowchart diagnostiek van dementie**



DD: Differential Diagnose; NPO: Neuropsychologisch onderzoek; MRI: Magnetic Resonance Imaging

**Voetnoten**

1. Klinische criteria mild cognitive impairment (MCI) en dementie
2. Toelichting waarde hetero-anamnese en advies screeningsinstrumenten; geen onderscheid huisarts specialist nodig
3. Ter uitsluiting van andere bijkomende verklaring cognitieve klachten / stoornissen (daarom vroeg in flowchart)
4. Ook andere differentiaal diagnose (DD) toevoegen hier. Doel is om vroeg patiënten met hoge verdenking op andere oorzaak eruit te filteren
5. Denk hierbij aan mensen met Multi problematiek, waaronder stemming, rouw, eenzaamheid, multi-morbiditeit
6. Stop met een periodieke her-evaluatie als dokter en patiënt daar geen behoefte aan hebben en als de situatie stabiel is.
7. Het grootste deel van de patiënten heeft de ziekte van Alzheimer. Omdat bij deze groep vaak geen aanvullend onderzoek nodig is, hier een schifting
8. Bij verdenking andere vorm van dementie (Vasculaire dementie (VaD), Lewy body, frontotemporale dementie (FTD), Creutzfeldt-Jacob (CJD), anders) is vaak aanvullend onderzoek nodig. Maar niet altijd – bijvoorbeeld bij VaD met vastgestelde eerdere herseninfarcten en symptomen en beloop passend bij VaD
9. Bespreek mogelijkheden en redenen voor wel of geen aanvullend onderzoek. Bij veel ouderen is dit niet nodig. Bij < 65 aanbevelen altijd aanvullend onderzoek te doen. Indien in de toekomst medicijnen komen, past dat ook binnen deze stap.
10. Stel altijd een werkdiagnose en DD op. De waarde en interpretatie van aanvullend onderzoek hangt af van de vooraf kans
11. Uitgebreide toelichting over waarde van diagnostiek bij welke groep (verwijzing betreffende modules)
12. Wees expliciet over (on)zekerheden over een diagnose en de prognose. Stel in principe geen definitieve diagnose o.b.v. aanvullend onderzoek in een MCI stadium, vanwege de onzekerheid van betekenis van aanvullend onderzoek, vooral bij ouderen (uitzonderingen: genetische vorm; duidelijk klinisch beeld FTD met sterk ondersteunend aanvullend onderzoek; CJD met sterk ondersteunend aanvullend onderzoek)
13. Het belang van een ziekte-diagnose is afhankelijk van vele contextuele factoren. Weeg (on)zekerheid hierin mee. Bij therapeutische consequenties kan het stellen van een nosologische diagnose noodzakelijk zijn. Voor de indicatie voor behandeling met AChEI (acetylcholinesterase inhibitor) volstaat een klinische werkdiagnose ziekte van Alzheimer.

NB1: Dit stroomschema hoort bij het cluster 'Cognitieve stoornissen en Dementie'. Lees altijd de overwegingen en aanbevelingen van de betreffende module voor nuances, eventuele afwijkende situaties en extra achtergrondinformatie.

NB2: Betrek de patiënt bij de besluitvorming.



Ontwikkeld door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialististen

©2025 Versie 1 (12-03-2025)

## Bijlage 3 - Definitie en diagnose Lichte Cognitieve Stoornissen (Mild Cognitive Impairment, MCI)

Hierbij zijn twee teksten samengevoegd: [2.0 Definitie en diagnose MCI](#) uit de richtlijn MCI en [2.2.7 Lichte cognitieve stoornissen, geen dementie \(MCI\)](#) uit de richtlijn Dementie.

Geen inhoudelijke wijzigingen, alleen tekstuele aanpassingen binnen de richtlijn MCI (weergegeven als geel gearceerde tekst).

### Definitie en diagnose Lichte Cognitieve Stoornissen (Mild Cognitive Impairment, MCI)

#### Uitgangsvraag

Welke definitie van MCI moet worden gehanteerd in de praktijk en hoe stel je het vast?

#### Aanbeveling

##### Diagnostische criteria van MCI

Stel een syndromale diagnose **Lichte Cognitieve Stoornissen (classificatieterm)**: Mild Cognitive Impairment, of MCI). Een diagnose MCI **impliceert** verder onderzoek naar de oorzaak ervan, **mits patiënt en mantelzorger hier behoefte aan hebben en/of als er een verdenking op een behandelbare oorzaak is.**

Identificeer mogelijke reversibele oorzaken en behandel deze adequaat.

##### Diagnostiek

Verricht cognitief onderzoek om klachten te objectiveren en **onderzoek** in ieder geval geheugen, aandacht, executief functioneren, **visuospatiële** vaardigheden en de taal functie.

**Stel geen diagnose MCI op basis van een screeningstest (zoals de MoCA of de MMSE) alleen.** Uitgebreider onderzoek van de cognitieve functies kan in de spreekkamer worden gedaan. Op indicatie zijn er uitgebreidere instrumenten beschikbaar, met name (onderdelen uit) diepgaand neuropsychologisch onderzoek (NPO) (zie verder). Ook kan gebruik worden gemaakt van het 'groene boekje' met cognitieve screeningstaken, uitgegeven door de werkgroep cognitieve neurologie van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Als voor gevalideerde testen uit het NPO wordt gekozen, **interpreteer deze dan met normgegevens voor sexe/gender, leeftijd en opleiding om na te kunnen gaan of de score meer dan tweemaal standaard deviatie onder het gemiddelde zit (zie aanbevelingen/ definitie MCI module).**

##### Interferentie

Beschouw de mate van interferentie in het dagelijks functioneren als een **continuüm** waarin MCI een positie inneemt tussen gezond en **dementie**. Een lichte verstoring in de uitvoer van hoog complexe instrumentele handelingen **kan nog passen bij** MCI.

Stel vast of er achteruitgang is ten opzichte van het vroegere activiteitsniveau die een gevolg is van cognitieve stoornissen, niet van lichamelijke problemen of gebrek aan initiatief.

**Overweeg om** naast de (hetero)anamnese bij twijfel ook gestandaardiseerde (informant)vragenlijsten en/of (ergotherapeutische) observaties te gebruiken voor het vaststellen van de mate van interferentie bij dagelijkse handelingen.

##### Onderbouwing

##### Achtergrond

Mild Cognitive Impairment (MCI) is een cognitieve stoornissyndroom, waarbij iemand objectieve problemen heeft met het geheugen of een andere cognitieve functie, zonder interferentie in het dagelijks leven. Mensen met MCI hebben een hogere kans op dementie in de jaren na het vaststellen van MCI, maar niet iedereen met MCI krijgt dementie.

MCI betreft een grote **heterogene** groep **patiënten**. De prevalentie en incidentie van MCI zijn onbekend want deze worden erg wisselend gerapporteerd in de literatuur, met name door het hanteren van diverse definities. De prevalentie in de algemene populatie ouder dan 70 jaar varieert in de literatuur tussen de 5 en 18%, terwijl de incidentie varieert tussen de 14 en 111 **patiënten** per 1000 persoonsjaren (Roberts en Knopman, 2013). Uit onderzoek blijkt dat mensen met MCI een hoger risico hebben om na enkele jaren dementie te ontwikkelen. Bij ongeveer 50% van de mensen worden de klachten ernstiger en kan binnen 3 jaar dementie worden vastgesteld. Er is echter ook een groep mensen bij wie de klachten stabiel blijven of verdwijnen. Voor de individuele **patiënt** kan het belangrijk zijn over het mogelijk beloop duidelijkheid te krijgen.

De mogelijke etiologie van MCI is heterogeen. Er zijn behandelbare oorzaken zoals **een stemmings- of angststoornis**, somatische comorbiditeit, bijwerkingen van **(psycho)farmaca**. Doorgaans leidt adequate behandeling in dergelijke gevallen tot verbetering van het cognitief functioneren, soms tot volledig herstel. Een andere mogelijkheid is dat de cognitieve stoornissen lang stabiel blijven, bijvoorbeeld indien deze een gevolg zijn van een **herseneninfarct**. Ten slotte is er een categorie bij wie sprake is van een onderliggende neurodegeneratieve aandoening of **recidiverende herseneninfarcten** die zal leiden tot verdergaande cognitieve achteruitgang en uitmondt in een dementiesyndroom. Bij ouderen is vaak sprake van een combinatie van verschillende oorzaken.

Naast het opsporen van behandelbare oorzaken kan een patiënt de wens hebben het risico op progressie naar dementie te weten. Uit onderzoek is gebleken dat **geobjectiverde** geheugenstoornissen, zonder duidelijke afwijkingen in andere cognitieve domeinen, het meest voorspellend zijn voor het ontwikkelen van dementie, voornamelijk ten gevolge van de ziekte van Alzheimer (amnestische MCI). Over de progressie van MCI naar andere vormen van dementie, zoals een frontotemporale dementie (FTD) of dementie met Lewy lichaampjes (DLB) is vooralsnog weinig bekend.

De werkgroep acht het relevant voor deze richtlijn om binnen MCI een subtypering aan te brengen voor patiënten die een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van Alzheimer dementie, de zogeheten amnestische variant.

Enkele studies hebben daarnaast aangetoond dat een diagnose MCI die is gebaseerd op stoornissen in meerdere cognitieve domeinen een hogere kans geeft op het ontwikkelen van dementie dan wanneer de diagnose MCI zich beperkt tot één cognitief domein. De werkgroep is echter van mening dat een subtypering van MCI in termen van aantal aangedane cognitieve domeinen (zoals single-domain en multiple-domain) minder relevant is voor de klinische praktijk omdat het geen informatie verschaft over de onderliggende etiologie. **Wel kan het nuttig zijn om de stoornissen in verschillende cognitieve domeinen uit te leggen aan patient en omgeving.**

### *Samenvatting literatuur*

#### **Diagnostische criteria van MCI**

Er worden veel verschillende definities gebruikt voor MCI, zoals Amnestic Mild Cognitive Impairment (Petersen, 1997; Petersen, 2004), Mild Cognitive disorder van de ICD- 10 (WHO 2010), Mild Cognitive Impairment volgens Albert en collega's (Albert, 2011) en Minor neurocognitive disorder (beperkte neurocognitieve stoornis) van de DSM-5 (APA 2013). **Voor deze klinische richtlijn gebruiken we een brede definitie van MCI die aansluit bij wat internationaal gangbaar en klinisch goed toepasbaar is.**

Als definitie van MCI wordt voorgesteld:

- I. Cognitieve klachten door patiënt of informant.
- II. **Stoornis in één of meer cognitieve domeinen, geobjectiveerd met cognitief onderzoek (meer dan alleen MoCA of MMSE) in de spreekkamer of** neuropsychologisch onderzoek, welke een achteruitgang is ten opzichte van het vroegere niveau van functioneren.
- III. Geen significante interferentie met complexe dagelijkse levensverrichtingen.
- IV. Voldoet niet aan de criteria van een dementiesyndroom.

MCI wordt net als dementie gezien als een **syndroomdiagnose** dat als uitgangspunt kan dienen voor onderzoek naar de **onderliggende etiologie, als hier een wens of noodzaak toe is.**

### Diagnostiek

- 5 Voor het vaststellen van de diagnose MCI moeten in ieder geval de volgende cognitieve domeinen worden onderzocht:
- a. Geheugen
  - b. Aandacht
  - c. **Executief functioneren**
  - 10 d. **Visuospatiële functies**
  - e. Taal

Op indicatie kunnen de te onderzoeken cognitieve domeinen worden uitgebreid.

- 15 Patiënten met MCI vertonen meer cognitieve achteruitgang dan verklaard kan worden door de leeftijd. Op testonderzoek zal een cognitieve prestatie dus significant lager liggen dan die van een controlegroep met vergelijkbare leeftijd. Binnen de neuropsychologie ontbreken vuistregels voor wanneer een cognitieve testprestatie afwijkend is. Naast leeftijd hangt dit af van andere variabelen, zoals het premorbide intelligentieniveau, geslacht, psychometrische kwaliteiten van een test (zoals
- 20 de sensitiviteit) en kenmerken van de normgroep (mate waarin deze representatief is voor een specifieke patiënt). Om de kans op foutpositieve diagnoses van MCI te minimaliseren heeft de werkgroep ervoor gekozen om een testprestatie afwijkend te noemen indien deze 2 standaarddeviaties of meer onder het gemiddelde van de norm ligt. Een clinicus kan hier bij uitzondering beargumenteerd van afwijken.

- 25 Over de rol van gedrag en sociale cognitie bij MCI en de relatie met andere cognitieve functies is voornamelijk frontale kenmerken.
- 30 Over de rol van gedrag en sociale cognitie bij MCI en de relatie met andere cognitieve functies is voornamelijk onvoldoende bekend om dit als apart domein op te nemen. Wel is van belang om stoornissen in de sociale cognitie te herkennen en te onderzoeken als mogelijk probleem bij MCI met voornamelijk frontale kenmerken.

- 35 De richtlijn beoogt geen complete opsomming te geven van bruikbare instrumenten voor de vaststelling van cognitieve stoornissen. Er wordt een overzicht gegeven van het soort testen en cognitieve maten die in ieder geval overwogen moeten worden als onderdeel van de diagnostiek naar MCI.

- 40 Voor het vaststellen van een geheugenstoornis zijn vooral testen naar het episodisch geheugen bruikbaar. Deze bestaan vaak uit een onmiddellijke en uitgestelde reproductie. Met name de uitgestelde reproductie geeft inzicht in de mate waarin informatie bekijft over de tijd, wat prognostische waarde heeft voor het beloop van MCI. Voorbeelden van dergelijke testen zijn woordenlijsten, onder andere 15-Woordentest; verhaaltjes zoals krantenberichten Rivermead A+B; of non-verbale geheugentaken, bijvoorbeeld Visuele Reproductie van de Wechsler Memory Scale-IV-NL of Location Learning Test. Ook geschikt zijn gepaarde leertaken, zoals de Visuele Associatie Test of geheugentaken die gebruik maken van een herkenningsconditie of cued recall, zoals de Verbale Leer en Geheugen Test of Enhanced Cued Recall (Grober, 1988). Er bestaan ook samengestelde
- 45 geheugentestbatterijen die meerdere geheugenprocessen in kaart brengen, bijvoorbeeld de WMS-IV-NL. Vragen naar **oriëntatie** in tijd en plaats kunnen eveneens onder het geheugendomein geschaard worden. Omdat bij MCI ook andere cognitieve domeinen gestoord kunnen zijn, is het van belang ook deze domeinen te onderzoeken. Dit betreft de aandacht en het executief functioneren, zoals werkgeheugen, responsinhibitie, mentale flexibiliteit, plannen en organiseren,
- 50 probleemoplossend vermogen; **visuospatiële** functies, bijvoorbeeld visuoconstructieve vaardigheden, ruimtelijk inzicht; en taal (benoemen, woordgeneratie, taalbegrip). Voorbeelden van goed genormeerde en gevalideerde testen om deze domeinen te onderzoeken zijn Cijferreeksen WAIS-IV,

Stroop Test, Trail Making Test, Wisconsin Card Sorting Test (aandacht en executief functioneren), Blokpatronen WAIS-IV (visuospatiële functies), Boston Benoem Taak, GIT-2 Woordopnoemen en letterfluency (taal). Bij specifieke klachten kan overwogen worden de visuo-perceptie te onderzoeken, zoals met (onderdelen van) de Visuele Perceptie van Object en Ruimte (VPOR). Voor een beschrijving en beoordeling van bovenstaande en andere bruikbare neuropsychologische testen wordt verwezen naar het Handboek neuropsychologische diagnostiek (Bouma, 2012), **Neuropsychologische Diagnostiek (Hendrikse, 2014)** en naar de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN).

Bepaalde diagnostische criteria operationaliseren het aantal cognitieve testen of mate waarop een afwijkende prestatie moet zijn behaald om van een stoornis in dat domein te kunnen spreken. Een dergelijke uitwerking vindt de werkgroep niet werkbaar. Het onderscheid in cognitieve domeinen is kunstmatig en sommige testen doen een beroep op meerdere cognitieve domeinen **tegelijktijd**. De werkgroep is van mening dat een afwijkende testprestatie bij voorkeur wel dient te zijn bevestigd op minimaal één andere vergelijkbare cognitieve test of maat (Loewenstein, 2009), bijvoorbeeld een afwijkende prestatie op zowel de uitgestelde reproductie van een woordenlijst als een krantenbericht. Met de Advanced Neuropsychological Diagnostics Infrastructure (ANDI) is een database met referentiewaarden en een bijbehorende multivariate toetsingsprocedure online beschikbaar gekomen om testcores ook in onderlinge samenhang met elkaar te kunnen **beoordelen**. De werkgroep adviseert verder om naast testprestaties ook andere gegevens te betrekken om vast te stellen of sprake is van een stoornis in een cognitief domein, zoals anamnese, heteroanamnese en klinisch onderzoek.

**Gevalideerde cognitieve instrumenten met duidelijke normwaarden verdienen** de voorkeur voor het vaststellen van lichte cognitieve stoornissen, **ook al gezien het criterium van beoordeling op grond van de normaalverdeling van de uitslag met correctie voor andere bekende factoren**. Deze testen **leveren zo** een duidelijke bijdrage aan de diagnose MCI (Jansen, 2017). Daarnaast **kan worden gekozen** voor een **compleet neuropsychologisch onderzoek omdat dit** aanknopingspunten biedt voor behandeling vanwege het zicht op sterke en zwakke kanten van het cognitief functioneren en op bijkomende problematiek zoals stemmingsklachten, verandering in gedrag of persoonlijkheid en de emotionele belasting van de mantelzorg. Indien een neuropsychologisch onderzoek niet direct uitvoerbaar is, kan getrapte diagnostiek overwogen worden met eerst een screening naar het cognitief functioneren en op indicatie neuropsychologisch onderzoek. Argumenten voor nader neuropsychologisch onderzoek kunnen zijn: aanhoudende twijfel over de aanwezigheid van cognitieve stoornissen of onduidelijkheid over de aard en het aantal cognitieve domeinen dat is aangedaan indien reeds interferentie in het dagelijks functioneren is vastgesteld (voor onderscheid MCI en dementie). De Mini Mental State Examination (MMSE), Seven Minute Screen en de Montreal Cognitive Assessment- Dutch (MoCA-D) zijn veelgebruikte screeningsinstrumenten in Nederland. De meeste van deze instrumenten zijn ontwikkeld voor het opsporen van dementie en zijn onvoldoende sensitief in het vaststellen van een meer subtiele cognitieve achteruitgang, zoals bij MCI. Ook bij screeningsinstrumenten die specifiek zijn ontwikkeld voor detectie van MCI laten de sensitiviteit en specificiteit te wensen over (Thissen, 2010). Daarnaast is het geheugendomein vaak oververtegenwoordigd in screeningsinstrumenten en worden andere cognitieve domeinen minder uitgebreid of zelfs helemaal niet onderzocht, waardoor stoornissen gemist kunnen worden. De werkgroep is van mening dat een screeningstest zoals boven genoemd als afzonderlijk instrument ongeschikt is om cognitieve stoornissen uit te sluiten dan wel aan te tonen in het kader van de diagnose MCI.

### *Interferentie*

De impact van cognitieve stoornissen op het dagelijks functioneren heeft in de definitie van MCI een belangrijke positie. Interferentie met complexe dagelijkse handelingen blijkt bij MCI een voorspeller voor de progressie naar dementie (Peres, 2006; Triebel, 2009). Het vaststellen van interferentie kan echter leiden tot discussie. In de definitie zoals hierboven wordt gesproken is er geen significante



interferentie met complexe dagelijkse levensverrichtingen. Dit impliceert dat bij MCI sprake kan zijn van een minimale verstoring in de uitvoer van complexe of niet dagelijkse handelingen zonder dat dit nader wordt gespecificeerd (Petersen, 2004). Ook zijn er verschillende meetmethodes om de beperkingen in dagelijks functioneren vast te stellen, zoals een gesprek, zelfbeoordelingslijsten, informantlijsten en observaties van alledaagse handelingen (thuis of in een testomgeving), waarbij zelfrapportage of beoordeling door mantelzorgers kan leiden tot een over- of onderrapportage van beperkingen.

De mate van interferentie in dagelijks functioneren wordt opgevat als een continuüm van gezond naar dement met MCI als tussenstadium met meer beperkingen in het dagelijks functioneren dan gezonde controles, maar minder dan patiënten met dementie (Gold, 2012). Vrijwel alle studies naar MCI tonen aan dat tekorten bestaan in de uitvoer van hoog complexe instrumentele handelingen, zoals financiën, boodschappen, autorijden en het regelen van afspraken (Jekel, 2015). Patiënten met MCI doen vaak langer over dagelijkse handelingen en zijn minder nauwkeurig. Met name bij MCI met stoornissen in meerdere cognitieve domeinen zijn er lichte beperkingen in het functioneren. Hoewel het optreden van interferentie mede afhankelijk is van de gehanteerde diagnostische criteria van MCI en de operationalisatie daarvan, is de werkgroep van mening dat er voldoende argumenten zijn om in de richtlijn op te nemen dat bij MCI een lichte verstoring in de uitvoer van hoog complexe instrumentele handelingen is toegestaan.

De interferentie dient een achteruitgang te zijn ten opzichte van het vroegere activiteitsniveau. Daarnaast moet deze een gevolg zijn van stoornissen in het cognitief functioneren, niet van lichamelijke achteruitgang, gebrek aan motivatie of initiatiefname. Het is bij de inventarisatie van mogelijke interferentie belangrijk om aan te sluiten bij het premorbide niveau en rekening te houden met een andere culturele achtergrond. Hiervoor kan door een ergotherapeut gewerkt worden met cultuurspecifieke vragen of opdrachten, zoals theezetten op Turkse wijze (Berendsen, 2009).

Er kunnen schalen gebruikt worden als hulpmiddel om het (I)ADL-functioneren gestructureerd te inventariseren, hoewel de meeste hiervan verouderd zijn en gericht zijn op dementie. Voorbeelden zijn de Katz, de Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale en de Inventory of Deterioration in Daily Activities in Dementia (IDDD). De Amsterdam Instrumental Activity of Daily Living Questionnaire (A-IADL-Q) is aangetoond beter dan genoemde schalen, maar wordt in de kliniek nog niet op grote schaal gebruikt (Sikkes, 2012). Het instrument heeft een hoge diagnostische waarde voor het vaststellen van problemen in cognitieve dagelijkse vaardigheden, houdt rekening met het premorbide functioneren, is sensitief voor verandering over de tijd en biedt de mogelijkheid van adaptief testen. De A-IADL-Q is te verkrijgen via de website: <http://www.alzheimercentrum.nl/professionals/amsterdam-iadl/>. Ook kan overwogen worden een ergotherapeutische observatie te laten verrichten. Een beperking in het dagelijks functioneren kan ook blijken uit werk- of relatieproblemen of het niet langer bezoeken van sociale gelegenheden.

[1] Sociale cognitie is het vermogen om in sociale situaties relevante informatie correct waar te nemen en te interpreteren, het gedrag van anderen af te lezen en te begrijpen en op grond daarvan het eigen gedrag op de sociale situatie af te stemmen.

#### Referenties

Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*. 2011;7(3):270-9. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

Berendsen B, Geus E, Jonker S, et al. Ouder worden ver van thuis. *Ergotherapie*. 2009;2:30-2.



- Bouma AJM, Lindeboom J, Schmand B. Handboek neuropsychologische diagnostiek. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.; 2012. Gold DA. An examination of instrumental activities of daily living assessment in older adults and mild cognitive impairment. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*. 2012;34(1):11-34.
- 5 Graham JE, Rockwood K, Beattie BL, et al. Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. *Lancet (London, England)*. 1997;349(9068):1793-6.
- Grober E, Buschke H, Crystal H, et al. Screening for dementia by memory testing. *Neurology*. 1988;38(6):900-3.
- 10 Hendriks M, Kessels RPC, Gorissen M et al. (2014). *Neuropsychologische diagnostiek: De klinische praktijk*. Boom Uitgevers.
- Jansen WJ, Handels RL, Visser PJ, et al. The Diagnostic and Prognostic Value of Neuropsychological Assessment in Memory Clinic Patients. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*. 2017;55(2):679-89.
- 15 Jekel K, Damian M, Wattmo C, et al. Mild cognitive impairment and deficits in instrumental activities of daily living: a systematic review. *Alzheimer's research & therapy*. 2015;7(1):17.
- Loewenstein DA, Acevedo A, Potter E, et al. Severity of medial temporal atrophy and amnesic mild cognitive impairment: selecting type and number of memory tests. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2009;17(12):1050-8.
- 20 Peres K, Chrysostome V, Fabrigoule C, et al. Restriction in complex activities of daily living in MCI: impact on outcome. *Neurology*. 2006;67(3):461-6.
- Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of internal medicine*. 2004;256(3):183-94.
- 25 Petersen RC, Smith GE, Waring SC, et al. Aging, memory, and mild cognitive impairment. *International psychogeriatrics*. 1997;9 Suppl 1:65-9.
- Roberts R, Knopman DS. Classification and epidemiology of MCI. *Clinics in geriatric medicine*. 2013;29(4):753-72.
- Sikkes SA, de Lange-de Klerk ES, Pijnenburg YA, et al. A new informant-based questionnaire for instrumental activities of daily living in dementia. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*. 2012;8(6):536-43.
- 30 Thissen AJ, van Bergen F, de Jonghe JF, et al. (Applicability and validity of the Dutch version of the Montreal Cognitive Assessment (moCA-d) in diagnosing MCI). *Tijdschrift voor gerontologie en geriatricie*. 2010;41(6):231-40.
- 35 Triebel KL, Martin R, Griffith HR, et al. Declining financial capacity in mild cognitive impairment: A 1-year longitudinal study. *Neurology*. 2009;73(12):928-34.
- WHO. *International Classification of Diseases and related Health Problems (10th edition)*. 2010.

## Bijlage 4 - Behandeling en begeleiding van Lichte Cognitieve Stoornissen (MCI) en dementie

Hierbij zijn twee algemene teksten samengevoegd: [4.0 Behandeling dementie](#) van de richtlijn Dementie en [4. Behandeling en begeleiding \(MCI\)](#) van de richtlijn MCI, Geen inhoudelijke wijzigingen, alleen tekstuele aanpassingen waarbij de MCI aspecten zijn geïntegreerd in de dementie tekst (weergegeven als geel gearceerde tekst).

### Behandeling en begeleiding van Lichte Cognitieve Stoornissen (MCI) en dementie

De behandeling van patiënten met **lichte cognitieve stoornissen (MCI) of** dementie begint na het zorgvuldig uitleggen van de uitkomsten van het diagnostisch onderzoek en het meedelen van de diagnose. Deze ‘diagnostische disclosure’ kan in de regel het beste plaatsvinden volgens het model van het slechtnieuwsgesprek (Derksen, 2006). Dit wil zeggen dat na het meedelen van de diagnose, ruimte wordt gegeven voor een eerste reactie, het delen van de emoties, en dat vervolgens het beste uitleg kan worden gegeven van de betekenis van deze diagnose en een eerste begeleidingsadvies kan worden gegeven. De patiënt en/of naaste hebben vaak veel vragen en meer informatie is wenselijk. Deze informatie kan deels worden aangeboden via de website van Alzheimer Nederland of via lokale activiteiten van Alzheimer Nederland (Alzheimer cafés). Een vervolg afspraak is **doorgaans** noodzakelijk om de behandeling te bespreken en op te starten.

**Voor de begeleiding bij lichte cognitieve stoornissen (MCI) verwijzen wij naar de aparte modules hierover. Over de behandeling bij MCI zijn modules uitgewerkt rondom de effectiviteit van psychologische behandeling, effectiviteit van cognitieve revalidatie en de medicamenteuze behandeling van neuropsychiatrische symptomen.**

De totale behandeling bij dementie bestaat uit een behandel- en begeleidingsplan (‘zorgplan’) dat periodiek dient te worden geëvalueerd en bijgesteld. De Zorgstandaard Dementie (zie elders) biedt een goed overzicht van wat in de verschillende stadia en voor de verschillende problemen aangeboden kan worden. Casemanagement of zorgtrajectbegeleiding, door welke professional dan ook geboden, maakt hier vaak ook deel van uit (zie elders in de richtlijn).

Een zorgplan dementie kan zowel in de eerste als tweede lijn worden opgesteld en uitgevoerd. Uit een gerandomiseerd onderzoek werd geen verschil in kwaliteit van leven van de patiënt of naaste gevonden, noch in de kosten of andere relevante secundaire eindpunten, bij vergelijking van behandeling door de huisarts met die van de geheugenpolikliniek, nadat in een geheugenpoli de diagnose eerst was gesteld (Meeuwssen, 2012). De voorkeur van de patiënt kan en mag hierbij dus de doorslag geven. Bijzondere vormen van dementie (bijvoorbeeld frontotemporale dementie en dementie met Lewy bodies) werden van de studie uitgezonderd en kunnen waarschijnlijk, vanwege de grotere klinische ervaring hiermee, beter vanuit gespecialiseerde centra worden begeleid. Bijzondere onderdelen van het behandel- en zorgplan betreffen het eventueel opstellen van een wilsverklaring, **informatie over de prognose, start gesprek over levenseindewensen**, het advies inzake rijgeschiktheid, de inschatting van beslisvaardigheid bij moeilijke en belangrijke besluitvorming **en afspraken rond (wettelijk) vertegenwoordiging**. Een behandelaar die de adviesrol hierin opneemt dient er vanzelfsprekend voldoende ervaring mee te hebben. Hier zijn **steeds** aparte secties aan gewijd in de richtlijn.

De behandeling in engere zin kan bestaan uit het voorschrijven van geneesmiddelen, het starten van psychosociale interventies, of uit andere vormen van behandeling (bij voorbeeld een medicatie review of aangepaste behandeling van andere bijdragende ziekten).

Er is op dit moment nog geen genezende **of effectieve ziektebeloop veranderende (disease modifying)** medicatie beschikbaar voor welke neurodegeneratieve vorm van dementie dan ook. In

volgende secties worden de geregistreerde geneesmiddelen besproken, met een relevante update ten opzichte van de eerdere Richtlijn Dementie.

5 De psychosociale interventies (bijvoorbeeld ergotherapie of digitale hulpmiddelen) kennen een wisselende onderbouwing met wetenschappelijk bewijs. Deze maken ook deel uit van de richtlijn. In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat deze interventies moeilijker onderzoekbaar zijn. De klassieke onderzoekopzet van de dubbelblind gerandomiseerde trial, die de gouden standaard voor werkzaamheid is bij geneesmiddelen studies, is meestal niet bruikbaar omdat blinding van een psychosociale interventie vaak niet goed mogelijk is of (digitale) tools snel veranderen.

10 Gecontroleerde en gerandomiseerde studies zijn echter wel mogelijk en ook noodzakelijk, omdat het placebo-effect vooral in het begin van een nieuwe behandeling groot is (Hawthorne effect). In de richtlijnsecties over de psychosociale en overige interventies is het wetenschappelijk bewijs zo goed mogelijk gewogen volgens het wetenschappelijke criterium dat er reproduceerbare positieve resultaten dienen te zijn (overeenkomstig de GRADE-systematiek). Voor veel uitkomstmaten is nog niet goed onderbouwd wanneer sprake is van een klinisch relevant verschil. Hier dient bij

15 interpretatie en toepassing van de richtlijn rekening mee te worden gehouden. De clinicus die deze richtlijn gebruikt zal hierbij zijn eigen weging en ervaring, samen met de voorkeuren en doelen van de patiënt en mantelzorger voor moeten gebruiken. De strategie van evidence based medicine biedt hiervoor eventueel handreikingen (bijvoorbeeld via het operationaliseren en het individualiseren van de 'likelihood of being helped versus being harmed'). De ambitie van de richtlijn werkgroep is om de

20 onderdelen van de richtlijn periodiek te herzien, met name wanneer er klinisch relevante behandelen begeleidingsopties bijkomen.

In deze richtlijn spreken we consequent van 'neuropsychiatrische symptomen' waar we doelen op alle gedragsveranderingen bij dementie. Dit vinden we neutraler en minder stigmatiserend dan 'gedragsproblemen' of 'probleemgedrag'. Wel verwijzen we voor de behandeling en begeleiding ook

25 graag naar de richtlijn 'probleemgedrag' van Verenso (Verenso, 2008), en handreiking probleemgedrag van NIP, sectie ouderenpsychologen (Nederlands Instituut van Psychologen, 2009).

#### *Referenties*

- 30 Derksen E, Vernooij-Dassen M, Gillissen F, et al. Impact of diagnostic disclosure in dementia on patients and carers: qualitative case series analysis. *Aging Ment Health* 2006;10:525-31.
- Meeuwssen E, Melis RJ, Van Der Aa GC, et al. Effectiveness of dementia follow-up care by memory clinics or general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ* 2012;344:e3086.
- Nederlands Instituut van Psychologen. Handreiking Psychologische hulpverlening bij gedragsproblemen bij dementie. Amsterdam, 2009
- 35 Verenso. Richtlijn Probleemgedrag. Utrecht, 2012