

Multidisciplinaire richtlijn m.b.t. de samenwerking in de zorgverlening voor thuiswonende oudere personen met dementie en hun mantelzorgers

Leen De Coninck, Kristel De Vliegheer, Gunther D'hanis, Valentin Schroyen

In opdracht van de EBMPracticeNet Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

Gevalideerde versie: april 2017

Contact: leen.deconinck@kuleuven.be

EBMPracticeNet
Werkgroep
ontwikkeling
richtlijnen
eerste lijn



Inbreng van de patiënt en afweging door de eerstelijnswerker

Richtlijnen voor goede medische praktijk zijn richtinggevend als ondersteuning en een houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de eerste lijn. Zij vatten voor de eerstelijnswerkers samen wat voor de gemiddelde patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast is er de context van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom verheldert de eerstelijnswerker de vraag van de patiënt door een gepaste communicatie en geeft hij informatie over alle aspecten van de mogelijke beleidsopties. Het kan voorkomen dat de eerstelijnswerker en de patiënt samen verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze maken. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijnen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

Inhoud

INLEIDING	4
MOTIVATIE	4
DOELSTELLING	4
DOELGROEP	4
EINDGEBRUIKERS	5
WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING	5
KLINISCHE VRAGEN	6
AANBEVELINGEN PER KLINISCHE VRAAG	7
DETECTIEFASE	7
<u>KLINISCHE VRAAG: WELKE ROL SPELEN EERSTELIJNSHULPVERLENERS IN DE HERKENNING VAN SYMPTOMEN BIJ VERMOEDEN VAN DEMENTIE?</u>	7
ZIEKTEDIAGNOSEFASE	10
<u>KLINISCHE VRAAG: WAT ZIJN DE SPECIFIEKE TAKEN INZAKE DIAGNOSTIEK VAN DE BETROKKEN EERSTELIJNSHULPVERLENERS BIJ VERMOEDEN VAN DEMENTIE?</u>	10
ZORGDIAGNOSEFASE	13
<u>KLINISCHE VRAAG: WAT ZIJN DE SPECIFIEKE TAKEN VAN DE VERSCHILLENDE EERSTELIJNSHULPVERLENERS AANGAANDE INTERVENTIES BIJ PERSONEN MET DEMENTIE?</u>	13
MONITORINGFASE	16
<u>KLINISCHE VRAAG: WELKE ONDERSTEUNING IS VOOR ZORGVERSTREKKERS IN DE EERSTELIJNSZORG DOELTREFFEND BIJ DE AANPAK VAN PERSONEN MET DEMENTIE?</u>	16
<u>KLINISCHE VRAAG: WELKE ROL SPELEN DE EERSTELIJNSHULPVERLENERS IN DE OPVOLGING EN IN DE COMMUNICATIE NAAR ANDERE HULPVERLENERS MET BETREKKING TOT VOOROPGESTELDE DOELSTELLINGEN EN UITKOMSTEN BIJ PERSONEN MET DEMENTIE?</u>	19
TOTSTANDKOMING	21
AUTEURS	21
METHODOLOGIE EN LITERATUURONDERZOEK	21
GRADEN VAN AANBEVELING (GRADE)	23
VALIDATIE	24
BELANGENVERMENGING EN FINANCIERING	24
HERZIENINGSTERMIJN	25
IMPLEMENTATIE	25
EINDREDACTIE	25

Inleiding

Motivatie

De vraag naar chronische zorg stijgt ten gevolge van de langere levensverwachting van oudere personen met multipale chronische problemen. In Vlaanderen lijdt in de groep van 85-plussers meer dan 1 op 3 oudere personen aan dementie. De Europees gevalideerde prevalentiecijfers van dementie geven aan dat Vlaanderen in 2020 bijna 130 000 personen met dementie zal tellen ¹.

De zorgvraag van deze oudere populatie is ruimer dan de strikt medische zorg, en heeft betrekking op het totale functioneren van de oudere persoon met dementie in zijn omgeving ².

Een dergelijke complexe zorgvraag vereist een adequate samenwerking tussen de betrokken zorgverstrekkers. Deze richtlijn werd ontwikkeld met als doel de beste behandeling te voorzien binnen een dynamisch, multidisciplinair zorgmodel dankzij een adequate samenwerking in de zorg voor thuiswonende ouderen met dementie. Een adequate samenwerking tussen de zorgverstrekkers leidt indirect (1) tot een afname van de draaglast of toename van de draagkracht van de omgeving, (2) tot een toename, behoud of beperking van de afname van de zelfstandigheid van de oudere persoon, (3) tot een toename of behoud van kwaliteit van leven van de oudere persoon en zijn omgeving en (4) tot het uitstellen van een opname in een residentiële instelling ³.

Doelstelling

Deze richtlijn heeft tot doel een adequate samenwerking m.b.t. de zorg voor thuiswonende oudere personen met dementie en hun omgeving te bevorderen.

Doelgroep

De doelgroep waarop deze richtlijn betrekking heeft zijn oudere personen met dementie en hun mantelzorgers. Specifieke vormen van dementie zoals jong dementie, syndroom van Korsakov en aanverwante syndromen vereisen een specifieke benadering en vallen daarom buiten bestek van deze richtlijn.

¹ Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen, 2010.

² Ross S, Curry N, Goodwin N. Case management. What it is and how it can best be implemented? London: The King's Fund, 2011.

³

- Callahan C, Boustani M, Unverzagt F, et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;295(18):2148-57.
- Schepman S, Hansen J, De Putter ID, et al. The common characteristics and outcomes of multidisciplinary collaboration in primary health care: a systematic literature review. *Int J Integr Care* 2005;15:e027.

Een essentieel onderdeel van de zorg voor personen met dementie, is vroegtijdige zorgplanning. Hiervoor verwijzen we naar de door CEBAM gevalideerde richtlijn Vroegtijdige zorgplanning ⁴.

Eindgebruikers

Deze richtlijn is bedoeld voor huisartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, sociaal werkers, zorgkundigen en ondersteunende diensten die werken met thuiswonende oudere personen met dementie en hun mantelzorgers, zoals diensten voor gezinshulp en organisaties voor sociale dienstverlening.

Wetenschappelijke onderbouwing

Alle aanbevelingen in deze richtlijn stelen op robuuste wetenschappelijke onderbouwing. In deze richtlijn worden enkel de onderbouwende referenties vermeld. Een methodologisch rapport met de argumentatie van de door de auteurs gemaakte keuzes is op vraag beschikbaar bij de werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste lijn.

⁴ Van Mechelen W, Piers R, Van den Eynde J, De Lepeleire J. Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning. Vilvoorde, Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw. Richtlijnen Palliatieve Zorg. 5-2015. www.pallialine.be

Klinische vragen

De klinische vragen worden weergegeven volgens de onderdelen van het zorgkader, nl. detectiefase, ziektediagnosefase, zorgdiagnosefase en monitoringfase.

Detectiefase:

Welke rol spelen eerstelijns hulpverleners in de herkenning van symptomen bij vermoeden van dementie?

Ziektediagnosefase:

Wat zijn de specifieke taken inzake diagnostiek van de betrokken eerstelijns hulpverleners bij vermoeden van dementie?

Zorgdiagnosefase:

Wat zijn de specifieke taken van de verschillende eerstelijns hulpverleners m.b.t. interventies bij personen met dementie?

Monitoringfase:

- Welke ondersteuning is voor zorgverstrekkers in de eerstelijnszorg doeltreffend bij de aanpak van personen met dementie?
- Welke rol spelen de eerstelijns hulpverleners in de opvolging en in de communicatie naar andere hulpverleners met betrekking tot vooropgestelde doelstellingen en uitkomsten bij personen met dementie?
- Wat zijn noodzakelijke randvoorwaarden voor doelmatig en doeltreffend zorgoverleg?

Aanbevelingen per klinische vraag

Detectiefase

Klinische vraag: welke rol spelen eerstelijns hulpverleners in de herkenning van symptomen bij vermoeden van dementie?

Aanbeveling

Aanbeveling voor alle eerstelijns hulpverleners:

1.1 We bevelen routinescreening naar dementie bij de oudere populatie in de eerstelijns gezondheidszorg niet aan. (**GRADE 1A**)

1.2.a Elke zorgverlener betrokken bij de hulpverlening van personen met mogelijk beginnende cognitieve disfunctie, moet de tekenen ervan kunnen herkennen. Mogelijke tekenen van beginnende dementie zijn geheugenklachten, apathie, gewichtsverlies, gangstoornissen en onverklaarde klachten. We bevelen aan na te gaan of de patiënt zelf een hulpvraag heeft of dementie vermoedt. (**GRADE 1B**)

1.2.b We bevelen alle zorgverleners die een beginnende geheugenstoornis bij een patiënt vermoeden aan dit melden aan de huisarts. (**GRADE 1C**) Is er een zorgteam opgestart, dan kan de melding gebeuren tijdens een zorgteamoverleg. Zorgkundigen kunnen dit melden aan hun leidinggevende of superviserende verpleegkundige, die de huisarts of het zorgteam hiervan op de hoogte brengt. (**GRADE 1C**) We suggereren de patiënt en/of zijn omgeving/mantelzorger hierbij te betrekken. (**GRADE 2C**)

1.3 We suggereren de zorgverlener eerst een vragenlijst zoals de "Niet-Pluis-Index" af te nemen ter bevestiging van het vermoeden van symptomen van beginnende cognitieve disfunctie, alvorens over te gaan tot verdere diagnostiek. (**GRADE 2B**)

1.4 We suggereren het concept 'MCI versus dementie' te gebruiken om informatie aan de patiënt en zijn omgeving te verstrekken, met de bedoeling de patiënt en zijn omgeving gerust te stellen, zonder de mogelijkheid tot evolutie naar dementie uit te sluiten. (**GRADE 2C**)

Aanbevelingen voor de huisarts:

1.5 Huisartsen moeten alert zijn voor dementie wanneer de oudere persoon geheugenklachten heeft. (**GRADE 1C**)

1.6 We bevelen aan om bij oudere personen met subjectieve geheugenklachten de cognitieve disfunctie te objectiveren door, na overleg met de patiënt en zijn mantelzorger, een test af te nemen. Geschikte tests zijn de Mini-mental state examination (MMSE), de Montreal Cognitive Assessment (MoCA), de Elderly Cognitive Assessment Questionnaire (ECAQ) en de Global Deterioration Scale-4 (GDS-4). We suggereren deze tests af te nemen in de eerste lijn (door huisartsen, ergotherapeuten, verpleegkundigen). (**GRADE 1B**)

1.7 We bevelen aan om bij een afwijkende MMSE-test zonder effect op het dagelijks functioneren, geen verder diagnostisch onderzoek uit te voeren, maar deze test periodisch te herhalen om de evolutie van het cognitief functioneren op te volgen.

(GRADE 1A) We suggereren om, naar aanleiding van de MMSE, met de patiënt in gesprek te gaan en toch verdere diagnostiek op te starten indien hij/zij dit wenst. De keuze van de patiënt moet hierbij gerespecteerd worden. **(GRADE 2C)**

1.8 Bepaal in overleg met de patiënt en zijn mantelzorgers het geschikte moment voor diagnosestelling en communiceer dit aan de andere betrokken zorgverleners. (GRADE 1C)

Aanbeveling voor verpleegkundigen en andere hulpverleners:

1.9 Elke verpleegkundige in de eerstelijnsgezondheidszorg moet in staat zijn om geheugenstoornissen te herkennen. (GRADE 1B)

1.10 We bevelen aan verpleegkundigen aan om de patiënt en de mantelzorgers te motiveren en te ondersteunen met de bedoeling de geheugenstoornissen te objectiveren, en nadien tot verdere diagnostiek over te gaan. (GRADE 1C)

1.11 We adviseren ook aan andere hulpverleners uit het zorgteam om de patiënt en zijn mantelzorgers te ondersteunen en te motiveren met de bedoeling de geheugenstoornissen te objectiveren, en nadien eventueel over te gaan tot verdere diagnostiek. (GRADE 2C)

Toelichting

Dementie begint lang voor de eerste symptomen zichtbaar zijn. Om die reden is de overgangsfase tussen normaal cognitief functioneren en een vroeg stadium van dementie niet gemakkelijk te detecteren⁵. Oudere personen zijn frequente gebruikers van de eerstelijnszorg; daarom zijn huisartsen goed geplaatst om personen met een vermoeden van dementie te herkennen⁶.

Het is tevens zinvol om een lichte cognitieve stoornis (Mild Cognitive Impairment of MCI) te herkennen. MCI kent een progressief verloop, en er gaat vaak enige tijd over vooraleer de signalen van MCI worden herkend⁷. MCI geeft een verhoogde kans op dementie, maar hoeft er geen voorbode van te zijn⁸.

Het inzetten van verpleegkundigen kan de detectie en vroegtijdige herkenning van MCI en dementie faciliteren⁹. Ook andere eerstelijns-hulpverleners moeten

⁵ NHG-Standaard dementie, 2012: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-dementie>.

⁶ Management of dementia. Putraya, Health Technology Assessment section Ministry of Health Malaysia, 2009.

⁷ Bruscoli M, Lovestone S. Is MCI really just early dementia? A systematic review of conversion studies. Int Psychogeriatr 2004;16(2):129-40.

⁸

- Busse A, Bischof J, Riedel-Heller SG, Angermeyer MC. Subclassifications for mild cognitive impairment: prevalence and predictive validity. Psychol Med 2003;33(6):1029-38.
- Tifratene K, Robert P, Metelkina A, et al. Progression of mild cognitive impairment to dementia due to AD in clinical settings. Neurology 2015;85(4):331-8.

⁹

- Page S. Nurses making a Diagnosis of dementia – A potential change in practice? Int J Geriatr Psychiatry 2008;23(1):27-33.

dementiesymptomen signaleren en bespreken met de patiënt, zijn mantelzorgers en/of huisarts. Mogelijke tekenen van beginnende dementie zijn geheugenklachten, apathie, gewichtsverlies, gangstoornissen, onverklaarde klachten.

We adviseren om na te gaan of de patiënt zelf een hulpvraag heeft of dementie vermoedt. Het is namelijk niet altijd zinvol om snel naar een diagnose te werken, maar de diagnose te stellen op basis van de context van elke individuele patiënt ¹⁰.

Bij vermoeden van een cognitief probleem zijn meerdere meetschalen voorhanden. Naast de Mini Mental State Examination (MMSE) zijn nog andere tests beschikbaar die gevalideerd werden op basis van voldoende grote groepen ¹¹. We adviseren om de test regelmatig te herhalen ¹². De MMSE kan cognitieve problemen detecteren, maar is geen diagnostisch instrument ¹³.

-
- Manthorpe J. Early recognition of dementia by nurses. *J Adv Nurs* 2003;44(2):183-91.
 - Leach K. The nurse's role in closing the gap for people with dementia. *Br J community Nurs* 2013;18(9):433-4;436,40.

¹⁰

- NHG-Standaard dementie, 2012: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-dementie>.
- Dhedi SA. Timely diagnosis of dementia: what does it mean? *BMJ Open* 2014;4(3): e004439.

¹¹

- Mitchell AJ, Malladi S. Screening and case finding tools for the detection of dementia. Part I: evidence-based meta-analysis of multidomain tests. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010;18(9):759-82. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181cdecb8
- Velayudhan L, Ryu SH, Raczek M, et al. Review of brief cognitive tests for patients with suspected dementia. *Int Psychogeriatr* 2014;26(8):1247-62. doi: 10.1017/S1041610214000416. Epub 2014 Mar 31

¹² Harrison J, Fearon P, Noel-Storr A, et al. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) for the diagnosis of dementia within a general practice (primary care) setting. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(7):CD010771. doi: 10.1002/14651858.CD010771.pub2.

¹³ Arevalo-Rodriguez I, Smailagic N, Roqué i Figuls M, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(3):CD010783. doi: 10.1002/14651858.CD010783.pub2.

Ziektediagnosefase

Klinische vraag: wat zijn de specifieke taken inzake diagnostiek van de betrokken eerstelijns hulpverleners bij vermoeden van dementie?

Aanbeveling

Aanbeveling voor alle professionele hulpverleners:

2.1 De klinische diagnose van dementie berust voornamelijk op patroonherkenning eerder dan op technische onderzoeken. We suggereren om elke professionele hulpverlener en mantelzorger uit de leefomgeving van een patiënt met vermoeden van cognitieve terugval hierbij te betrekken. (GRADE 2C)

Aanbevelingen voor de huisarts:

2.2 We bevelen aan om alle patiënten met een vermoeden van dementie hetzij grondig te onderzoeken en dit te spreiden over verschillende consultaties, hetzij om de patiënt door te verwijzen naar een gespecialiseerde dienst voor een diepgaande beoordeling. (GRADE 1C)

2.3 We bevelen aan om moeilijk hanteerbaar gedrag bij personen met dementie op routinematige basis te bevragen en indien mogelijk kwalitatief te laten beoordelen. Deze beoordeling gebeurt best in de eerste lijn door een hiervoor opgeleide professionele hulpverlener, zoals een referentiepersoon dementie. (GRADE 1C)

2.4 We bevelen aan om alle patiënten bij wie de diagnose dementie is gesteld, tevens te laten onderzoeken op depressie. Deze beoordeling gebeurt het best in de tweede of derde lijn (dagziekenhuis geriatrie, dienst neurologie of geriatrie, psychogeriatrie of gerontopsychiatrie). (GRADE 1C)

2.5 We suggereren om alle personen bij wie de diagnose dementie is gesteld routinematig te laten onderzoeken op BADL en IADL. Deze beoordeling/inschatting gebeurt in de thuissituatie van de patiënt. (GRADE 2C)

2.6 We suggereren om met behulp van specifieke diagnostische criteria na te gaan of er sprake is van een bepaald subtype van dementie. (GRADE 2B)

2.7 Nadat de diagnose van dementie is gesteld, suggereren we om de MMSE, Global Deterioration Schaal (GDS), Functional Assessment Staging Test (FAST) te gebruiken om de progressie vast te stellen. De frequentie van hertesten wordt bij voorkeur beperkt om leereffecten te voorkomen. (GRADE 2C)

Toelichting

Vroegtijdige erkenning van dementie en een aangepaste aanpak kunnen de kwaliteit van leven van personen met dementie aanzienlijk verbeteren ¹⁴. De klinische

¹⁴ Iliffe S, Koch T, Jain P, et al. Developing an educational intervention on dementia diagnosis and management in primary care for the EVIDEM-ED trial. *Trials* 2012;13:142. DOI [10.1186/1745-6215-13-142](https://doi.org/10.1186/1745-6215-13-142)

diagnose van dementie berust eerder op patroonherkenning dan op technische onderzoeken. Elke professionele hulpverlener kan betrokken worden bij deze patroonherkenning, ook de mantelzorger als hij/zij hiervoor de juiste competenties heeft.

Bij vermoeden van geheugenstoornissen voert de huisarts een basisscreening uit. Onderzoek toont aan dat het diagnostisch proces van dementie in de eerste lijn doorgaans goed is ¹⁵. Er is gebrek aan onderzoek om de 'Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly' (IQCODE) of de mini-Cog als diagnostische test voor dementie in de eerste lijn naar voor te schuiven ¹⁶.

Depressie komt voor bij 20 tot 30% van de personen met alzheimerdementie ¹⁷. Omwille van de grote prevalentie onderzoekt men personen met dementie het best ook op depressie ¹⁸.

Voor verder onderzoek kan de huisarts doorverwijzen naar gespecialiseerde diensten ¹⁹. Als de huisarts zelf het assessment kan uitvoeren, adviseren we om dit te spreiden over verschillende consultaties ²⁰.

Belangrijke componenten bij de diagnosestelling zijn anamnese, lichamelijk en neurologisch onderzoek. Wanneer de diagnose dementie onduidelijk is, zijn bijkomende neuropsychologische tests aanbevolen ²¹.

Verder moeten gedragsproblemen routinematig bevraagd worden en waar mogelijk kwalitatief ingeschat worden. In het kader van de terugbetaling van medicatie voor

¹⁵

- Wilcock J, Iliffe S, Turner S, et al. Concordance with clinical practice guidelines for dementia in general practice. *Aging Ment Health* 2009;13(2):15.
- Eichler TS, Thyrian JR, Hoffmann W. Rates of formal diagnosis in people screened positive for dementia in primary care and the effect of screening on diagnosis rates: Results of the delphi trial. *Alzheimers Dement* 2014;10:610.

¹⁶

- Harrison J, Fearon P, Noel-Storr A, et al. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) for the diagnosis of dementia within a general practice (primary care) setting. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(7):CD010771. doi: 10.1002/14651858.CD010771.pub2.
- Fage BA, Chan CCH, Gill SS, et al. Mini-Cog for the diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias within a community setting. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;3(2):CD010860. doi: 10.1002/14651858.CD010860.pub2

¹⁷ Enache D, Winblad B, Aarsland D. Depression in dementia: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Curr Opin Psychiatry* 2011;24(6):461-72. doi: 10.1097/YCO.0b013e32834bb9d4.

¹⁸ Wilcock J, Iliffe S, Turner S, et al. Concordance with clinical practice guidelines for dementia in general practice. *Aging Ment Health* 2009;13(2):15.

¹⁹ Management of dementia. Putraya, Health Technology Assessment section Ministry of Health Malaysia, 2009.

²⁰ Royal Australian College of General Practice. Australia Practice Guidelines for GP. "Care of Patients with Dementia in General Practice". NSW Department of Health, 2003.

²¹ Management of dementia. Putraya, Health Technology Assessment section Ministry of Health Malaysia, 2009.

de ziekte van Alzheimer dient de Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI) te worden afgenomen om gedragsmatige symptomen (en de zwaarte ervan voor de zorgverlener) te documenteren ²². De expertengroep stelt voor om tevens de Gedragsmatige en Psychologische Symptomen van Dementie (GPSD) te gebruiken. Dat is de Nederlandstalige versie van de Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia-scale (BPSD). De expertengroep merkt daarnaast op dat er binnen een multidisciplinair zorgsysteem een deskundige beschikbaar moet zijn naar wie kan worden verwezen om moeilijk hanteerbaar gedrag te beoordelen. Om achteruitgang op vlak van activiteiten te beoordelen, dienen alle personen met dementie routinematig te worden getest op activiteiten van het dagelijks leven (BADL en IADL). De tests moeten aangepast zijn aan de cultuur, de taal en de opleidingsgraad van de populatie ²³.

²² Formulier voor eerste aanvraag tot terugbetaling van een specialiteit ingeschreven in § 2230000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

²³ Management of dementia. Putraya, Health Technology Assessment section Ministry of Health Malaysia, 2009.

Zorgdiagnosefase

Klinische vraag: wat zijn de specifieke taken van de verschillende eerstelijns hulpverleners aangaande interventies bij personen met dementie?

Aanbeveling

Aanbeveling voor alle eerstelijns hulpverleners:

3.1 We bevelen aan om personen met dementie bewegingsoefenprogramma's aan te bieden. (GRADE 1B)

3.2 We bevelen aan om personen met dementie cognitieve stimulatie/training/rehabilitatie aan te bieden. (GRADE 1B)

3.3 We bevelen aan om personen met dementie ADL-training aan te bieden, uitgevoerd door ergotherapeuten of andere bevoegde zorgverleners. (GRADE 1C)

3.4 We bevelen aan om personen met dementie die gedragsproblemen vertonen gedragsmatige en psychologische begeleiding aan te bieden. (GRADE 1C)

Aanbeveling voor artsen, apothekers en andere eerstelijns hulpverleners:

3.6 We suggereren om de inbreng van alle hulpverleners mee op te nemen bij het bepalen van farmacologische en niet-farmacologische interventies bij personen met dementie. (GRADE 2C)

Toelichting

Dementie is een syndroom dat gekenmerkt wordt door beperkingen op het vlak van gedrag, cognitie en emoties. Deze complexe problematiek beïnvloedt niet alleen de kwaliteit van leven van de oudere persoon met dementie, maar ook die van zijn mantelzorger. Een accurate zorgdiagnostiek is een belangrijke voorwaarde om de ondersteuning van patiënten en hun verzorgers, al dan niet door professionele hulpverleners, te doen slagen.

Een adequate aanpak van de symptomen moet indirect leiden tot:

- een afname van de draaglast of een toename van de draagkracht van de omgeving;
- een toename, behoud of beperking van de afname van de zelfstandigheid van de oudere persoon;
- een toename of behoud van kwaliteit van leven van de oudere persoon en zijn omgeving;
- het uitstellen van een opname in een residentiële instelling.

Het is belangrijk om de oorzaken van moeilijk gedrag op te sporen, in de eerste plaats om advies te kunnen geven aan de mantelzorgers hoe zij met deze gedragsproblemen het best kunnen omgaan. Mantelzorgers en zorgverleners moeten de nodige ondersteuning (of coaching) krijgen ²⁴. De richtlijn 'Probleemgedrag' van

24

Verenso ²⁵ biedt handvatten om het probleemgedrag inhoudelijk in regie te nemen. Men gaat ervan uit dat het beter hanteren van probleemgedrag zal resulteren in het minder voorkomen ervan.

Bij het stellen van de diagnose van dementie kan de arts overwegen om medicatie te starten. Voor de indicaties voor opstart van medicatie bij dementie, verwijzen we de EBMPracticeNet-richtlijn 'De ziekte van Alzheimer' ²⁶.

In een multidisciplinaire setting, en op basis van een multidisciplinair teamoverleg, hebben niet alleen medici, maar alle eerstelijns hulpverleners een taak/inbreng bij het bepalen van de farmacologische (en niet-farmacologische) interventies voor personen met dementie; er zijn beperkte aanwijzingen dat niet-farmacologische interventies zinvol zijn ²⁷.

Voor de werkzaamheid van oefenprogramma's voor het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven (ADL) is er beperkt wetenschappelijk bewijs ²⁸. Er is geen bewijs dat aerobe fysieke activiteiten het cognitief vermogen beïnvloeden ²⁹. In een vroege fase van dementie kan cognitieve stimulering, training of revalidatie een invloed hebben op het cognitief functioneren ³⁰. Psychologische begeleiding van patiënten

-
- Management of dementia. Putraya, Health Technology Assessment section Ministry of Health Malaysia, 2009.
 - Kroes M, Garcia-Stewart S, Allen F, Eyssen M, Paulus D. Dementie: welke niet-pharmacologische interventies? Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 160A. D/2011/10.273/35.

²⁵ Richtlijn probleemgedrag. Utrecht: Verenso, 2008. Te raadplegen op: <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Richtlijnen/VER00316Probleemgedragherzien02.pdf>

²⁶ De ziekte van Alzheimer:

<https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00756>

²⁷ Kroes M, Garcia-Stewart S, Allen F, et al. Dementie: welke niet-pharmacologische interventies? Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2011. KCE Reports 160A. D/2011/10.273/35.

²⁸ Forbes D, Forbes SC, Blake CM, et al. Exercise programs for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev 2015;15;(4):CD006489. doi: 10.1002/14651858.CD006489.pub4.

²⁹ Young J, Angevaren M, Rusted J, Tabet N. Aerobic exercise to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev 2015;(4):CD005381. doi: 10.1002/14651858.CD005381.pub4.

³⁰

- Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. Cochrane Database Syst Rev 2013;(6):CD003260. doi: 10.1002/14651858.CD003260.pub2.
- Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. Cochrane Database Syst Rev 2012;(2):CD005562. doi: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.

met een milde vorm van dementie kan de depressieve symptomen en angst reduceren ³¹.

Er zijn studies van betere kwaliteit nodig vooraleer we volgende interventies kunnen aanbevelen of afraden: acupunctuur, lichttherapie, communicatie/interactie, reminiscentietherapie, validatietherapie, snoezelen, aromatherapie, therapie gebaseerd op gesimuleerde aanwezigheid, muziektherapie, therapie gebaseerd op stimuleren van activiteiten, aanpassing van de omgeving aan de patiënt, respite care ³², massage, specifieke voeding, individuele gedragstherapie met de patiënt, Montessori-methode, self-maintenance therapy ³³, geïndividualiseerde instructie, geïntegreerde belevingsgerichte ondersteuning en milieutherapie.

³¹ Orgeta V, Qazi A, Spector AE, Orrell M. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(1):CD009125. doi: 10.1002/14651858.CD009125.pub2.

³²

- Kroes M, Garcia-Stewart S, Allen F, et al. Dementie: welke niet-pharmacologische interventies? *Good Clinical Practice (GCP)*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2011. KCE Reports 160A. D/2011/10.273/35.
- Forrester LT, Maayan N, Orrell M, Spector AE, Buchan LD, Soares-Weiser K. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Feb 25;(2):CD003150. doi: 10.1002/14651858.CD003150.
- Maayan N, Soares-Weiser K, Lee H. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jan 16;(1):CD004396. doi: 10.1002/14651858.CD004396

³³ Therapievorm gebaseerd op milieutherapie, validatietherapie en reminiscentietherapie met als doel het gevoel van persoonlijke identiteit zo lang mogelijk te behouden.

- Kroes M, Garcia-Stewart S, Allen F, et al. Dementie: welke niet-pharmacologische interventies? *Good Clinical Practice (GCP)*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2011. KCE Reports 160A. D/2011/10.273/35.

Monitoringfase

Klinische vraag: welke ondersteuning is voor zorgverstrekkers in de eerstelijnszorg doeltreffend bij de aanpak van personen met dementie?

Aanbeveling

Aanbevelingen voor alle eerstelijnszorgverleners:

4.1. Wij bevelen de volgende gecombineerde psycho-educatieve/psychosociale interventies aan om de vaardigheden van de mantelzorgers te bevorderen (GRADE 1B):

- routinematige evaluatie van de behoeften/noden van mantelzorgers;
- 'Spouse Counselling';
- lotgenotencontact ('Support Groups');
- aanleren van copingstrategieën om met specifieke situaties om te gaan en om het welbevinden te bevorderen.

4.2. We adviseren om de betrokkenheid van de mantelzorgers, ter waardering van zijn aanwezigheid en 'expertfunctie', te ondersteunen via de methodiek van inspirerend coachen. (GRADE 1C)

4.3. Naargelang de noden en behoeften van de mantelzorgers kan cognitieve herstructurering en 'Family Counseling' hier ook een plaats hebben. (GRADE 2C).

Toelichting

Onderzoek ³⁴ toont aan dat de educatie en ondersteuning van mantelzorgers een positieve invloed hebben op:

- stresshantering,
- het ontwikkelen van copingstrategieën om met gedragsproblemen van de persoon met dementie om te gaan,
- het verminderen van gedragsproblemen,
- het verlagen van de draaglast en de kwaliteit van leven van de mantelzorgers.

Hierbij kan men de methodiek van inspirerend coachen ('Appreciative Inquiry') toepassen. Deze methodiek is gericht op de ontwikkeling van een positieve dynamiek om met problemen om te gaan en van een bekwame manier om spanningen en stress te hanteren ³⁵.

³⁴

- Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Rikkert MG., 2006 Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ*. 2006 Dec 9;333(7580):1196. Epub 2006 Nov 17.
- Kroes M, Garcia-Stewart S, Allen F, et al. Dementie: welke niet-pharmacologische interventies? *Good Clinical Practice (GCP)*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2011. KCE Reports 160A. D/2011/10.273/35

³⁵ Cooperrider D, Whitney D, Stavros J. *Appreciative inquiry handbook*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler, 2005: p. xvii.

Daarnaast hebben educatie en ondersteuning van mantelzorgers ook een positief effect op het uitstellen van opname in een residentiële setting ³⁶.

'Family Counseling' betreft het informele netwerk van de mantelzorger, en leidt tot erkenning van mantelzorgers en de door hen opgenomen taken. Ook in dit kader adviseren we de mantelzorgers door te verwijzen naar instanties/organisaties die psycho-educatie aanbieden.

Expertisecentra Dementie (www.dementie.be) bieden psycho-educatiepakketten voor mantelzorgers aan. Andere mogelijke psycho-educatiepakketten en behandelprogramma's zijn 'Dementie en nu' ³⁷ en het EDOMAH-programma ³⁸.

Het is echter niet aangetoond dat tijdelijke ontlasting van de mantelzorger door een korte opname van de persoon met dementie een gunstig effect heeft op de mantelzorger ³⁹.

Er bestaat beperkt wetenschappelijk bewijs dat 'casemanagement' (i.e. coördinatie van de zorg rond de persoon met dementie) een gunstige invloed heeft, zowel op de persoon met dementie als op de mantelzorger ⁴⁰.

³⁶

- Kroes M, Garcia-Stewart S, Allen F, et al. Dementie: welke niet-pharmacologische interventies? Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2011. KCE Reports 160A. D/2011/10.273/35
- Martin-Carrasco M, Ballesteros-Rodriguez J, Dominguez-Panchón AI, et al. Interventions for caregivers of patients with dementia. *Actas Esp Psiquiatr* 2014;42(6):300-14.
- Marim CM, Silva V, Taminato M, Barbosa DA. Effectiveness of educational programs on reducing the burden of caregivers of elderly individuals with dementia: a systematic review. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013;21:265-75.
- Schoenmakers B, Buntinx F, De Lepeleire J. Supporting the dementia family caregiver: The effect of home care intervention on general well-being. *Aging Ment Health* 2010;14(1):44-56.
- Mittelman MS, Bartels SJ. Translating research into practice: Case study of a community-based dementia caregiver intervention. *Health Aff* 2014;4:587-95.

³⁷ Lafosse C, Dammekens E. Dementie en nu : zorgen voor de persoon met dementie, zorgen voor jezelf: psycho-educatiepakket voor mantelzorgers van een persoon met dementie. Brussel: Politeia, 2014.

³⁸ Graff M, van Melick M, Thijssen M, et al. Ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers. Het EDOMAH-programma. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.

³⁹

- Maayan N, Soares-Weiser K, Lee H. Respite care for people with dementia and their carers. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; ;(1):CD004396. doi: 10.1002/14651858.CD004396.pub3.
- Schoenmakers B, Buntinx F, De Lepeleire J. Supporting the dementia family caregiver: The effect of home care intervention on general well-being. *Aging Ment Health* 2010;14(1):44-56.

⁴⁰

- Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R, et al. Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(1): CD008345. DOI: 10.1002/14651858.CD008345.pub2.
- Tanner JA, Black BS, Johnston D, et al. A randomized controlled trial of a community-based dementia care coordination intervention: Effects of MIND at home on caregiver outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry* 2015;23(4):391-402.

Cognitieve herstructurering ⁴¹ is zinvol om negatieve gedachten van mantelzorgers te doen afnemen. De mantelzorgers bewust maken van communicatieproblemen en hen constructieve communicatiestrategieën aanleren, kan eveneens de psychische morbiditeit en ervaren stress verminderen ⁴².

Telefonische begeleiding kan een gunstige invloed hebben op het functioneren van de mantelzorger ⁴³.

Er is bewijs van wisselende kwaliteit i.v.m. het effect van lotgenotencontact ter ondersteuning van de mantelzorger ⁴⁴.

Er is enig bewijs dat multicomponentprogramma's met interventies gericht op het functionele een positief effect hebben op personen met dementie en hun mantelzorgers ⁴⁵.

Er is bewijs van wisselende kwaliteit i.v.m. het effect van technologiegebaseerde interventies voor mantelzorgers ⁴⁶.

-
- Zabalegui A, Hamers JPH, Karlsson S, et al. Best practices interventions to improve quality of care of people with dementia living at home. *Patient Educ Couns* 2014;95:175-84.

⁴¹ Cognitieve herstructurering is een techniek uit de cognitieve therapie waarbij wordt aangeleerd om negatieve gedachtekransels te vervangen door realistische positieve gedachten.

⁴²

- Vernooij-Dassen M, Draskovic I, McCleery J, Downs M. Cognitive reframing for carers of people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(11):CD005318. doi: 10.1002/14651858.CD005318.pub2.
- Eggenberger E, Heimerl K, Bennett MI. Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *Int Psychogeriatr* 2013;25(3):345-58.

⁴³

- Lins S, Hayder-Beichel D, Rücker G, et al. Efficacy and experiences of telephone counselling for informal carers of people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(9):CD009126. doi: 10.1002/14651858.CD009126.pub2.
- Martin-Carrasco M, Ballesteros-Rodriguez J, Dominguez-Panchón AI, et al. Interventions for caregivers of patients with dementia. *Actas Esp Psiquiatr* 2014;42(6):300-14.
- Williams VP, Bishop-Fitzpatrick L, Lane JD, et al. Video-based coping skills to reduce health risk and improve psychological and physical well-being in Alzheimer's disease family caregivers. *Psychosom Med* 2010;72(9):897-904. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181fc2d09. Epub 2010 Oct 26.

⁴⁴ Martin-Carrasco M, Ballesteros-Rodriguez J, Dominguez-Panchón AI, et al. Interventions for caregivers of patients with dementia. *Actas Esp Psiquiatr* 2014;42(6):300-14.

⁴⁵

- Moniz-Cook ED, Swift K, James I, et al. Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(2):CD006929. doi: 10.1002/14651858.CD006929.pub2.
- Graff M, van Melick M, Thijssen M, et al. Ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers. Het EDOMAH-programma. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.

⁴⁶

- Czaja SJ, Loewenstein D, Schulz R, et al. A videophone psychosocial intervention for dementia caregivers. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013;21(11):1071-81.

Klinische vraag: welke rol spelen de eerstelijns hulpverleners in de opvolging en in de communicatie naar andere hulpverleners met betrekking tot vooropgestelde doelstellingen en uitkomsten bij personen met dementie?

Aanbeveling

Aanbeveling voor alle eerstelijns hulpverleners:

5.1 We bevelen aan dat, waar wenselijk, een aanspreekpunt/zorgcoördinator de coördinatie en de monitoring van de zorg opneemt. Dat kan een verpleegkundige, sociaal werker, ergotherapeut zijn, maar ook een ander betrokken persoon die de juiste competenties bezit. De coördinatie- en monitoringtaken zijn de opmaak en de implementatie van zorgplan, de coördinatie van de zorg in de eerste lijn en met gespecialiseerde diensten en het continu opvolgen en evalueren van het zorgplan. Het is essentieel dat de werkdruk van de zorgcoördinator wordt bewaakt. (GRADE 1A)

5.2 We bevelen aan om een individueel zorgplan uit te schrijven, dat regelmatig wordt herzien samen met de persoon met dementie, de mantelzorger en de professionele hulpverleners. (GRADE 1A)

Toelichting

Zorgcoördinatie kan het moeilijk hanteerbaar gedrag van de oudere persoon, de zorglast en het aantal depressies van de mantelzorger doen afnemen en diens welbevinden doen toenemen ⁴⁷. Zorgcoördinatie dient in de eerste lijn structureel te worden ingebed.

De complexiteit van de chronische problematiek maakt dat het essentieel is om een aanspreekpunt te hebben die de zorg in de eerste lijn coördineert en organiseert in overleg met de gespecialiseerde zorg. Dat aanspreekpunt is volgens de voorkeur van

-
- Williams VP, Bishop-Fitzpatrick L, Lane JD, et al. Video-based coping skills to reduce health risk and improve psychological and physical well-being in Alzheimer's disease family caregivers. *Psychosom Med* 2010;72(9):897-904. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181fc2d09. Epub 2010 Oct 26.
 - Boots LMM, de Vugt ME, Knippenberg RJM, et al. A systematic review of internet-based supportive interventions for caregivers of patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;29:331-44.
 - Fowler C, Haney T, Rutledge C. An interprofessional virtual healthcare neighborhood for caregivers of elderly with dementia. *J Nurse Pract* 2014;10(10):829-34.

⁴⁷

- Khanassov V, Vedel I, Pluye P. Case management for dementia in primary health care: a systematic mixed studies review based on the diffusion of innovation model. *Clin Interv Aging* 2014;9:915-28.
- Brown AF, Vassar SD, Connor KI, Vickrey BG. Collaborative care management reduces disparities in dementia care quality for caregivers with less education. *J Am Geriatr Soc* 2013;61(2):243-51.
- Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R, et al. Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(1):CD008345. DOI: 10.1002/14651858.CD008345.pub2

de patiënt en zijn omgeving/mantelzorger de meest nabije persoon die over de nodige competenties beschikt om deze rol op te nemen. De kenmerken met betrekking tot het competentieprofiel van deze persoon worden beschreven door Ross et al. ⁴⁸. Belangrijke competenties voor de zorgcoördinator zijn een toegekende verantwoordelijkheid m.b.t. casemanagement voor een specifiek persoon, klinische en managementvaardigheden en kennis van de lokale zorgstructuur. Het aanspreekpunt/de zorgcoördinator maakt in overleg met de oudere persoon, zijn mantelzorger en de betrokken zorgverleners, een individueel zorgplan op en monitort de opvolging ervan. De taken van het aanspreekpunt/de zorgcoördinator dienen duidelijk vastgelegd te worden ⁴⁹.

De behoefte aan individuele, persoonsgerichte zorg kan worden voldaan door de persoon met dementie en zijn mantelzorger te betrekken bij de ontwikkeling van het zorgplan. Dit zorgplan moet zowel ondersteunende en educatieve programma's omvatten als rekening houden met de door de persoon met dementie en zijn mantelzorger zelf gepercipiëerde behoeften. Het zorgplan moet ook aandacht besteden aan de mogelijkheid om attesten uit te schrijven. Zo moeten mantelzorgers de bevoegdheid krijgen om bijvoorbeeld medicatie toe te dienen of om maatregelen te nemen om de veiligheid van de patiënt met dementie te waarborgen ⁵⁰.

⁴⁸ Ross S, Curry N, Goodwin N. Case management. What it is and how it can best be implemented? London, The King's Fund, 2011.

⁴⁹

- Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R, et al. Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(1):CD008345. DOI: 10.1002/14651858.CD008345.pub2
- Ross S, Curry N, Goodwin N. Case management. What it is and how it can best be implemented? London, The King's Fund, 2011

⁵⁰

- Robinson L, Iliffe S, Brayne C, et al; DeNDRoN Primary Care Clinical Studies Group. Primary care and dementia: 2. Long-term care at home: psychosocial interventions, information provision, carer support and case management. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25(7):657-64. doi: 10.1002/gps.2405
- Spenceley SM, Sedgwick N, Keenan J. Dementia care in the context of primary care reform: an integrative review. *Aging Ment Health* 2015;19(2):107-20.
- Specht JK, Taylor R, Bossen AL. Partnering for care: the evidence and the expert. *J Gerontol Nurs* 2009;35(3):16-22.
- Villars H1, Oustric S, Andrieu S, et al. The primary care physician and Alzheimer's disease: an international position paper. *J Nutr Health Aging* 2010;14(2):110-20.
- Een mantelzorger opleiden. Attest en achtergrond. Brussel: Juridische adviesgroep NVKVV, 2015.

Totstandkoming

Auteurs

Mevrouw Leen De Coninck is ergotherapeut-gerontoloog, onderzoeker verbonden aan het Academisch Centrum van de KU Leuven, lector Arteveldehogeschool Gent en lid van het Vlaams Ergotherapeutenverbond vzw (VE); zij was tevens projectcoördinator en redacteur van deze richtlijn;

Mevrouw Kristel De Vliegheer is verpleegkundige, verpleegkundig stafmedewerker Wit-Gele Kruis van Vlaanderen;

Dokter Gunther D'hanis is huisarts in Hemiksem;

De heer Valentin Schroyen is kinesitherapeut, lid van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Kinesitherapeuten (WVVK) en lector Opleiding Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie Universiteit Hasselt

Methodologie en literatuuronderzoek

Deze multidisciplinaire richtlijn over samenwerking in de zorgverlening voor thuiswonende oudere personen met dementie en hun mantelzorgers werd ontwikkeld volgens het stramien dat in 2007 werd vastgelegd in samenspraak met de FOD Volksgezondheid, SSMG, Domus Medica en CEBAM. Er werd meer bepaald gebruikgemaakt van de ADAPTE-methode, zoals die ook werd uitgeschreven in het handboek "Updating richtlijnen eerste lijn". Adaptatie omvat een aantal specifieke stappen: het zoeken naar richtlijnen en het beoordelen van de kwaliteit ervan, nagaan of de inhoud (kernboodschappen) overeenstemt met de gestelde klinische vragen, beoordelen van de methodologische en klinische consistentie tussen de wetenschappelijke onderbouwing en de kernboodschappen, evalueren van de aanvaardbaarheid en toepasbaarheid van de kernboodschappen in de Belgische zorgsetting, en ten slotte het selectief adapteren van de relevante kernboodschappen. Andere stappen (formuleren van de klinische vragen, het updaten van de literatuur, het toetsen bij experts en gebruikers) verliepen conform de ontwikkeling van 'de novo'- richtlijnen.

De auteursgroep formuleerde in consensus met de stakeholders zes klinische vragen, die ter goedkeuring werden voorgelegd aan de werkgroep richtlijnen eerste lijn.

- Welke rol spelen eerstelijns hulpverleners in de herkenning van symptomen bij vermoeden van dementie?
- Wat zijn de specifieke taken inzake diagnostiek van de betrokken eerstelijns hulpverleners bij vermoeden van dementie?
- Wat zijn de specifieke taken van de verschillende eerstelijns hulpverleners m.b.t. interventies bij personen met dementie?
- Welke ondersteuning is voor zorgverstrekkers in de eerstelijnszorg doeltreffend bij de aanpak van personen met dementie?
- Welke rol spelen de eerstelijns hulpverleners in de opvolging en in de communicatie naar andere hulpverleners met betrekking tot vooropgestelde doelstellingen en uitkomsten bij personen met dementie?

- Wat zijn noodzakelijke randvoorwaarden voor doelmatig en doeltreffend zorgoverleg?

De auteurs zochten naar mono- en multidisciplinaire richtlijnen m.b.t. de adequate samenwerking in de zorg voor thuiswonende oudere personen met dementie en hun omgeving. Ze zochten in eerste instantie naar Belgische gevalideerde richtlijnen, daarna in de richtlijnendatabank van EBMPracticeNet en ten slotte in de G-I-N-databank. Er werd een set van 12 bruikbare richtlijnen geselecteerd, waarvan 10 op hun geschiktheid en kwaliteit werden getoetst aan de hand van het internationaal gevalideerde beoordelingsinstrument voor richtlijnen AGREE II-instrument. Op basis van de domeinscores van AGREE II, de publicatiedatum van de richtlijnen en het feit of ze inhoudelijk een antwoord boden op de klinische vragen, beslisten de auteurs om verder te werken met twee bronrichtlijnen, de Belgische KCE-richtlijn (2011) 'Dementie: Welke niet-farmacologische behandeling?' en de HTA Unit ministry of Health of Malaysia (2009) 'Management of dementia (2nd edition)'.

Voor elke klinische vraag werd een oplisting gemaakt van aanbevelingen en hun niveau van bewijskracht uit de bronrichtlijn. Er werd gebruikgemaakt van de GRADE-methodologie om het niveau van bewijskracht en de sterkte van de aanbeveling aan te geven.

Voor elke aanbeveling werd de 'courantheid' nagegaan. Tijdens deze stap controleerden de auteurs de 'versheidsdatum' van de onderbouwing van een aanbeveling. Er gebeurde aanvullend literatuuronderzoek naar wetenschappelijk bewijs verschenen na de zoekperiode vermeld in de bronrichtlijnen. Indien er te weinig literatuur werd gevonden om de klinische vraag te beantwoorden, werd een literatuursearch zonder limietdatum uitgevoerd. Er werd gezocht in de database van Cochrane Library en Medline.

Vervolgens werden de aanbevelingen beoordeeld op 'samenhang'. Dat gebeurde in drie stappen:

- controle van gevolgde zoekstrategie en van de focus van de klinische vraag,
- beoordeling van de samenhang of consistentie tussen de geselecteerde onderbouwing en de manier waarop auteurs die hebben samengevat en geïnterpreteerd,
- beoordeling van de samenhang of consistentie tussen de interpretatie van de onderbouwing en de geformuleerde aanbeveling.

Specifieke informatie over deze stappen is op te vragen via de werkgroep richtlijnen eerste lijn.

Tot slot werden de kernaanbevelingen ook beoordeeld op hun 'toepasbaarheid' in de Belgische zorgcontext. Hiervoor werd de richtlijn voorgelegd aan een groep van experts/stakeholders en aan een juridisch adviseur:

- Dr. Anne Beyen, geriater in het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart in Tienen;
- Prof. dr. Jan De Lepeleire, huisarts werkzaam in het UPC Sint-Jozef te Kortenberg en verbonden aan het Academisch Centrum van de KU Leuven;
- Mevrouw Els Devillé, expert Zorgbeleid bij Familiehulp;

- Mevrouw Sofie Favoreel, lector aan het departement kinesitherapie van de Universiteit Hasselt;
- Mevrouw Leen Janssens, ergotherapeut en overlegorganisator MDO in het regionaal dienstencentrum FSMB te Leuven;
- Mevrouw Nadine Praet, lector aan het departement ergotherapie van de Arteveldehogeschool in Gent;
- De heer Jan Steyaert, wetenschappelijk medewerker in het Expertisecentrum Dementie;
- Mevrouw Nathasha Theunis, hoofd maatschappelijk werker thuiszorg van OCMW Leuven;
- Dr. Christina Tobback, coördinerend rusthuisarts;
- Mr. Jan Vande Moortel, jurist bij het advocatenbureau Vande Moortel;
- De heer Luc Van Leemput, stafmedewerker Palliatieve Zorg en Dementie bij het Wit-Gele Kruis van Antwerpen;
- Dr. Jan Versijpt, neuroloog verbonden aan het UZ Brussel te Jette;
- Mevrouw Caroline Vincent, ergotherapeut in het dagverzorgingscentrum De Triangel te Destelbergen.

Graden van aanbeveling (GRADE)

Wanneer de voordelen van een aanbeveling ('recommendation') de nadelen of risico's duidelijk overtreffen, spreken we van een 'sterke' aanbeveling en wordt het cijfer 1 toegekend.

Wanneer er daarentegen een (twijfelachtig) evenwicht is tussen voor- en nadelen of risico's van de aanbeveling, spreken we van een 'zwakke' aanbeveling en wordt het cijfer 2 toegekend.

Afhankelijk van de kwaliteit van de onderbouwende studies krijgt de aanbeveling ook nog een letter A, B of C. Bij wijze van voorbeeld:

- 1A betekent: de voordelen overtreffen duidelijk de nadelen en de kernboodschap is onderbouwd met goede RCT 's of overtuigende observationele studies.
- 2C betekent: er is onzekerheid over de voor- en nadelen en de kernboodschap is 'slechts' onderbouwd met gewone observationele studies of gevallenstudies.

Tabel: Grade naar Van Royen et al, 2008⁵¹

Graden van aanbeveling		Voordelen versus nadelen en risico's	Methodologische kwaliteit van de studies	Implicaties
1A	Sterke aanbeveling, hoog niveau van bewijskracht	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigend bewijs van observationele studies	Sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden
1B	Sterke aanbeveling, matig niveau van bewijskracht	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	RCT's met beperkingen of sterk bewijs van observationele studies	Sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden
1C	Sterke aanbeveling, laag of zeer laag niveau van bewijskracht	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	Observationele studies of gevallenstudies	Sterke aanbeveling, maar dit kan nog veranderen als er sterker bewijs beschikbaar komt
2A	Zwakke aanbeveling, hoog niveau van bewijskracht	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigend bewijs van observationele studies	Zwakke aanbeveling; de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden
2B	Zwakke aanbeveling, matig niveau van bewijskracht	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	RCT's met beperkingen of sterk bewijs van observationele studies	Zwakke aanbeveling; de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden
2C	Zwakke aanbeveling, laag of zeer laag niveau van bewijskracht	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	Observationele studies of gevallenstudies	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen even goed te verantwoorden zijn

Validatie

Het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM) valideerde de richtlijn op 26 april 2017.

Belangenvermenging en financiering

De auteursgroep kon in alle onafhankelijkheid haar werk doen. Deze richtlijn is niet beïnvloed door opvattingen of belangen van de financierende instantie, het

⁵¹ Van Royen P. Grade – Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. Huisarts Nu 2008;37(9):505-9.

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (Riziv), of de organiserende instantie, de werkgroep richtlijnen eerste lijn.

De auteurs en experts vulden een belangenverklaring in. Leen De Coninck meldt een belangenconflict als staf lid van CEBAM. Verder werd geen belangenconflict aangegeven. Deze documenten zijn op vraag beschikbaar bij de werkgroep richtlijnen eerste lijn.

Herzieningstermijn

De auteursgroep stelt voor om de richtlijn te herzien na een termijn van 5 jaar. Van deze termijn wordt afgeweken indien een vroegere herziening zich opdringt omwille van (1) sterke evidentie waardoor de aanbevelingen op de helling komen te staan of (2) een sterke wijziging van contextuele componenten.

Implementatie

De implementatie van een multidisciplinaire richtlijn m.b.t. een chronische complexe zorgproblematiek is niet evident en gebeurt volgens een weloverwogen strategie. Een specifieke implementatiestrategie voor klinische richtlijnen, zoals het zevenstappenplan van het Netwerk Klinische Paden of de 'Toolkit: implementation of best practice guidelines' van de Registered Nurses' Association of Ontario, verhoogt de kans op welslagen van de richtlijnimplementatie ⁵².

De richtlijn wordt via het platform EBMPracticenet (www.ebmpracticenet.be) verspreid. Bepaalde zorgberoepen kunnen via een intelligente zoekrobot gekoppeld aan het elektronisch patiëntendossier rechtstreeks toegang krijgen tot deze richtlijn. De beroepsverenigingen van de beoogde eindgebruikers kunnen de link naar de richtlijn op EBMPracticenet via hun website eveneens ter beschikking stellen van hun leden.

Eindredactie

Te: ma vertalingen en redactie VOF
<http://www.temavertalingen.be>

⁵²

- Vanhaecht K, Van Gerven E, Deneckere S, et al. 7 fasen model voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van zorgpaden. Tijdschr Geneeskd 2011;67(10):473-81.
- Registered Nurses' Association of Ontario. Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario, 2012.