

Dementie bij oudere migranten

Rosa Vissenberg, Özgül Uysal-Bozkir, Miriam Goudsmit, Bianca Buurman-Van Es, Jos van Campen

Taal, cultuur en opleidingsniveau maken het vaak lastig dementie vast te stellen bij patiënten met een niet-westerse migratieachtergrond. De veelgebruikte MMSE is niet geschikt voor laagopgeleide patiënten en de NHG-Standaard Dementie adviseert anderstalige patiënten sowieso te verwijzen voor nadere diagnostiek. Er zijn echter instrumenten die de huisarts kunnen helpen een vermoeden van dementie te onderbouwen. De Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) is speciaal ontwikkeld voor laagopgeleide patiënten met een diverse culturele achtergrond. De Nederlandse versie kan in een klein half uur worden afgenomen door een huisarts of praktijkondersteuner, met behulp van een familielid als tolk. In negen huisartsenpraktijken is de RUDAS onderzocht en geschikt gebleken als screeningstest. Met een sensitiviteit en specificiteit voor dementie van 74% doet de lijst niet onder voor de MMSE en zowel de testafnemers als de patiënten waren tevreden. De RUDAS kan het best worden gebruikt in combinatie met de IQCODE, een informantenvragenlijst voor de familie.

EEN 64-JARIGE TURKSE VROUW DIE VERGEETACHTIG WORDT

Een 64-jarige Turkse vrouw komt met haar dochter op uw spreekuur. Ze is bekend met hypertensie en diabetes mellitus. De dochter geeft aan dat ze de situatie thuis niet meer onder controle heeft. Met moeder kunt u niet praten door een taalbarrière. Al jaren blijkt moeder last te hebben van vergeetachtigheid en haar gedrag is veranderd. Ze kan ineens agressief reageren, lijkt de interesse in haar man en kinderen te zijn verloren en komt regelmatig thuis met de verkeerde boodschappen. Het lukt haar niet meer iets anders te koken dan linzensoep en ze verdwaalt soms. Haar dochters zijn bezorgd en slapen om beurten in het ouderlijk huis.

U vraagt zich af of er sprake is van een depressie, van delier of van dementie, en welke zorg nu georganiseerd moet worden. Laboratorium- en urineonderzoek laten geen afwijkingen zien. Een delier lijkt uitgesloten. U adviseert een verwijzing naar een geheugenkliniek. De oudste zoon geeft echter aan dat zijn vader en hij dit niet zien zitten. Zij zijn bang voor de reactie van de omgeving en vrezen dat het onderzoek hun moeder alleen maar meer in de war brengt. Om toch een indruk te krijgen of er sprake is van dementie, neemt u de RUDAS af met de dochter als informele tolk. De lage score zou kunnen wijzen op dementie. De familie geeft aan dat zij geen behoefte heeft aan thuiszorg, maar wel graag regelmatig contact wil via de praktijkondersteuner Ouderenzorg. De familieleden zijn blij dat hun moeder lichamelijk goed is onderzocht en dat zij op de hoogte zijn wat er speelt. Dat is voor nu voldoende.

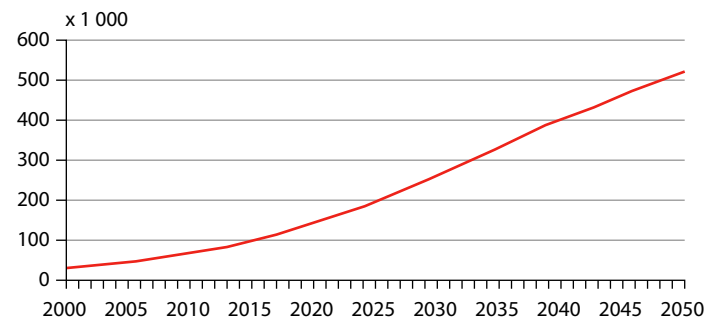


Een tijdige diagnose 'dementie' leidt tot betere zorg, zowel voor de patiënt als voor de mantelzorger.

Foto: Shutterstock

Figuur 1

Aantal Nederlanders van 65 jaar of ouder met een niet-westerse migratieachtergrond



Bron: CBS, 2017.⁹

De kans dat u een oudere migrant met dementie op uw spreekuur tegenkomt wordt steeds groter, zeker als u in een van de grote steden werkt. Dementie lijkt namelijk vaker voor te komen onder ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond dan bij ouderen met een van oorsprong Nederlandse achtergrond.¹ Dit kan verwondering wekken, omdat huisartsen in de dagelijkse praktijk niet vaak vragen krijgen van migranten over dementie. Maar hoe bewust bent u zich eigenlijk van de vroege signalen van dementie in deze doelgroep? En bent u in staat de diagnose 'dementie' betrouwbaar te stellen? De NHG-Standaard Dementie adviseert patiënten die geen Nederlands spreken te verwijzen naar de tweede lijn,² maar niet iedere patiënt wil dat en er zijn ook niet overal geheugenklinieken die gespecialiseerd zijn in dementie bij migranten. Dit artikel beschrijft nieuwe diagnostische mogelijkheden voor de huisarts bij een vermoeden van dementie bij oudere niet-westerse migranten.

EPIDEMIOLOGIE

In de grote steden zal in 2030 één op de drie ouderen een niet-westerse achtergrond hebben [figuur 1].^{3,4} In het Verenigd Koninkrijk en Denemarken is al eerder geconstateerd dat de prevalentie van lichte cognitieve achteruitgang of *mild cognitive impairment* (MCI) en dementie bij patiënten met een migratieachtergrond hoger was dan bij autochtone patiënten.^{5,6} In 2014 is in het Academisch Medisch Centrum (AMC) en het Medisch Centrum Slotervaart in Amsterdam een groot onderzoek afgerond naar de prevalentie van MCI en dementie bij de grootste groepen niet-westerse migranten.¹ De onderzoekers brachten bij ruim tweeduizend thuiswonende Turkse, Marokkaanse en Surinaamse patiënten het cognitief functioneren in kaart met de Cross-Culturele Dementiescreening (CCD), een cognitief screeningsinstrument voor dementie bij niet-westerse migranten.^{7,8} De prevalentie van dementie en MCI, geoperationaliseerd als een afwijkende score op de CCD, bleek significant hoger te zijn dan bij autochtone Nederlanders. Het onderzoek had beperkingen – de diagnose werd gesteld op basis van een cognitieve screeningstest, een

klinische diagnose ontbrak en de resultaten zijn nog niet gereproduceerd in vervolgonderzoek –, maar toch benadrukken de bevindingen het belang van extra aandacht voor deze groep patiënten. De hogere prevalentie van dementie in de bevolking met een niet-westerse migratieachtergrond kan te verklaren zijn uit het vaker voorkomen van cardiovasculaire ziekten en het gemiddeld lagere opleidingsniveau.^{9,10}

KNELPUNTEN IN DE DIAGNOSTIEK

De diagnostiek van dementie bij niet-westerse migranten is een uitdaging. De arts moet rekening houden met barrières in taal, cultuur en opleidingsniveau, maar ook onbekendheid met dementie, schaamte en andere zorgverwachtingen spelen een rol.^{11,12} Uit onderzoek in Australië en de Verenigde Staten blijkt dat mensen uit etnische minderheidsgroepen zich later in het ziekteproces aanmelden bij geheugenpoliklinieken dan mensen van Europese herkomst.¹³ Dat kan allerlei redenen hebben: ze herkennen dementie niet als ziektebeeld, schaamte, taalbarrière, angst voor discriminatie of onbekendheid met zorgvoorzieningen.¹

Recentelijk is onderzocht welke knelpunten huisartsen in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht ervaren in de dementiezorg bij de oudere migrant.¹⁵ Ruim 90% van de respondenten rapporteerde knelpunten, een van de belangrijkste was het ontbreken van een gevalideerd diagnostisch instrument voor de eerste lijn.

MMSE en CCD

De veelgebruikte Mini-Mental State Examination (MMSE) geeft bij laagopgeleide patiënten te veel foutpositieve uitslagen.¹⁶⁻¹⁸ De NHG-Standaard Dementie, die op dit moment wordt herzien, adviseert daarom patiënten die geen Nederlands spreken te verwijzen naar de tweede lijn voor verdere diagnostiek. Geheugenklinieken gebruiken de Cross-Culturele Dementiescreeningstest (CCD), maar de afname van deze test duurt ongeveer dertig minuten en voor de interpretatie is een

DE KERN

- De incidentie van dementie bij mensen met een niet-westerse migratieachtergrond neemt snel toe.
- Het meest gebruikte screeningsinstrument, de MMSE, is niet geschikt om dementie vast te stellen bij patiënten die laagopgeleid zijn en het Nederlands onvoldoende beheersen.
- Bij mensen met een niet-westerse migratieachtergrond worden vroege signalen van dementie niet altijd als zodanig herkend en de drempel om naar de huisarts te gaan is hoog.
- De Rowland Universal Dementia Assessment Scale [RUDAS] is speciaal ontwikkeld voor laagopgeleide patiënten met een diverse culturele achtergrond.
- De Nederlandse versie van de RUDAS is een goed en simpel alternatief voor de MMSE.

psycholoog nodig. Dat maakt de CCD minder geschikt voor de eerste lijn.

RUDAS

De Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) is een korte cognitieve test voor dementie die speciaal ontwikkeld is voor een laagopgeleide patiëntenpopulatie met verschillende culturele achtergronden [kader]. De RUDAS meet verschillende cognitieve functies en is vertaald en gevalideerd in diverse landen.¹⁹⁻²⁴ In een meta-analyse bleek de voorspellende waarde van de RUDAS voor dementie vergelijkbaar met die van de MMSE.²⁵

In een onderzoek naar de diagnostische nauwkeurigheid van de Nederlandse versie van de RUDAS en de MMSE in een Nederlandse migrantenpopulatie bleek de diagnostische nauwkeurigheid van de RUDAS minimaal even goed als die van de MMSE. De RUDAS bleek een valide test voor dementie en MCI, met een sensitiviteit en specificiteit van beide 74% voor het onderscheid tussen patiënten zonder cognitieve stoornissen en patiënten met MCI of dementie.²⁶ Omdat het opleidingsniveau de score niet beïnvloedt, is de RUDAS voor laagopgeleide patiënten geschikter dan de MMSE. De RUDAS kan dus, net als de MMSE, bijdragen aan een diagnose 'dementie' en de aanzet geven tot aanvullend (neuropsychologisch) onderzoek op bijvoorbeeld een geheugenpolikliniek. Van september 2017 tot september 2018 hebben wij de toepasbaarheid en bruikbaarheid van de RUDAS onderzocht in negen huisartsenpraktijken in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht (trialnummer NL6280). De deelnemende artsen volgden vooraf een geaccrediteerde nascholing over dementie bij migranten en afname van de RUDAS. Bij in totaal dertig patiënten van voornamelijk Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst werd de RUDAS afgenomen, in zeven praktijken door de praktijkondersteuner en in twee praktijken door de huisarts. Bij 24 deelnemers werd een (informele) tolk gebruikt. De afnametijd was gemiddeld 25 minuten (uitersten 10-45 minuten). De testafnemers moesten wel wennen, maar de afname verliep over het algemeen goed en na afloop waren zij enthousiast. Ook de patiënten en hun familie oordeelden positief over de test. Bij twee patiënten verliep de afname moeilijk, eenmaal door hemiplegie en eenmaal door vermoedelijk gevorderde dementie. De interpretatie was voor de meeste testafnemers geen probleem. Knelpunten waren dat het soms lang duurde voordat de patiënt begreep wat de bedoeling was en dat de patiënt soms geholpen werd door de tolk.

IQCODE

Naast de RUDAS is het raadzaam om familieleden te vragen hoe zij het cognitief functioneren van de patiënt beoordelen. Een gestandaardiseerd instrument daarvoor is de Informant Questionnaire for Dementia Screening in the Elderly (IQCODE) [kader].²⁷ De informant beoordeelt de cognitieve achteruitgang van de patiënt in de afgelopen tien jaar, bijvoorbeeld op het gebied van geheugen en planning. De IQCODE

TIPS VOOR DE SPREEKKAMER

- De RUDAS en de IQCODE zijn goed toepasbaar bij een vermoeden van dementie wanneer de patiënt weinig opleiding heeft en het Nederlands onvoldoende machtig is.
- Nederlandse versies van de RUDAS en de IQCODE zijn online beschikbaar [zie <https://www.nkop.nl/praktijk/meetinstrumenten/details/?instrument=37> en <https://www.nhg.org/themas/artikelen/meetinstrumenten-bij-de-nhg-standaard-dementie>].
- Voordat men de RUDAS afneemt is enige voorbereiding aan te raden, bijvoorbeeld via een instructiefilm [zie <https://www.swslhd.health.nsw.gov.au/acrs/RUDAS-video.html>].
- Gebruik bij voorkeur een formele tolk, maar als dit niet haalbaar is, is een informele tolk ook goed. Houd wel rekening met de belasting voor het betreffende familielid en met het risico van geringere objectiviteit.
- Plan voor de eerste afname ruim de tijd in en leg de (informele) tolk goed uit wat de bedoeling is.
- Een score onder het afkappunt (RUDAS) of daarboven (IQCODE) is een reden om aanvullend onderzoek te doen. Verwijs daarvoor naar een gespecialiseerde geheugenpolikliniek voor migranten.

is geschikt voor patiënten met een migratieachtergrond, ook als zij laaggeletterd zijn.²⁸ Op dit moment onderzoeken wij de optimale afkapwaarde van de IQCODE bij migranten.

BESCHOUWING

Een tijdige diagnose 'dementie' leidt tot betere zorg, zowel voor de patiënt als voor de mantelzorger.²⁹ Een belangrijk knelpunt in de huidige dementiezorg voor patiënten met een niet-westerse migratieachtergrond is echter dat de MMSE niet zonder meer toepasbaar is. De RUDAS is voor deze groep een goed en gevalideerd alternatief.

De prevalentie van dementie in groepen met een migratieachtergrond is hoger dan bij autochtone Nederlanders

Met RUDAS en IQCODE beschikt de huisarts over twee goede en gemakkelijke screeningsinstrumenten voor dementie bij patiënten met een niet-westerse migratieachtergrond. Bij een positieve uitslag kan met de patiënt worden overlegd over verwijzing naar de tweede lijn voor aanvullende diagnostiek. Maar goede diagnostiek alleen is niet genoeg. Om het groeiende aantal dementen met een migratieachtergrond goed op te vangen is meer nodig, bijvoorbeeld voldoende geschoolde zorgverleners en voldoende cultuursensitieve zorgvoorzieningen. En die zijn er nog niet. ■

LITERATUUR

1. Parlevliet JL, Uysal-Bozkir, Goudsmit M, Van Campen JP, Kok RM, Ter Riet G, et al. Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands: a cross-sectional study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;31:1040-9.
2. Moll van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen M, Boswijk D, Stoffels J, Achthoven L, et al. NHG-Standaard Dementie (derde herziening). *Huisarts Wet*. 2012;55:306-17.
3. Alzheimer Nederland. Factsheet cijfers en feiten over dementie. Amsersfoort: Alzheimer Nederland, 2015.
4. Centraal Bureau voor de Statistiek. Prognose bevolking; geslacht, leeftijd, herkomst en generatie, 2013-2060. Den Haag: CBS, 2017, geraadpleegd april 2019.
5. Rosenbaum B, Kristensen M, Schmidt J. Dementia in elderly Turkish immigrants. *Ugeskr Laeger* 2008;170:4109-13.
6. Adelman S, Blanchard M, Rait G, Leavey G, Livingston G. Prevalence of dementia in African-Caribbean compared with UK-born White older people: two-stage cross-sectional study. *Br J Psychiatry* 2011;199:119-25.
7. Goudsmit M, Uysal-Bozkir Ö, Parlevliet JL, Van Campen JP, De Rooij SE, Schmand B. The Cross-Cultural Dementia Screening (CCD): a new neuropsychological screening instrument for dementia in elderly immigrants. *J Clin Exp Neuropsychol* 2017;39:163-72.
8. Parlevliet JL, Uysal-Bozkir O, Goudsmit M, Van Campen JP, Kok R, Ter Riet G, et al. Cognitieve achteruitgang bij oudere migranten. *Huisarts Wet* 2018;61:20-5.
9. Schellingerhout R. Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. Den Haag: SCP, 2004.
10. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia, prevention, and care. *Lancet* 2017;390:2673-734.
11. Goudsmit M, Parlevliet JL, Van Campen JP, Schmand B. Dementiediagnostiek bij oudere migranten op de geheugenpolikliniek: obstakels en oplossingen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2011;42:204-14.
12. Nielsen TR, Vogel A, Riepe MW, De Mendonça A, Rodriguez G, Nobili F, et al. Assessment of dementia in ethnic minority patients in Europe: a European Alzheimer's Disease Consortium survey. *Int Psychogeriatrics* 2011;23:86-95.
13. Cooper C, Tandy AR, Balamurali TBS, Livingston G. A systematic review and meta-analysis of ethnic differences in use of dementia treatment, care, and research. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010;18:193-203.
14. Mukadam N, Cooper C, Livingston G. A systematic review of ethnicity and pathways to care in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26:12-20.
15. Vissenberg R, Uysal-Bozkir Ö, Goudsmit M, Van Campen J, Buurman-Van Es B. Barriers in providing primary care for immigrant patients with dementia: general practitioners' perspectives. *BJGP Open* 2018;2:bjgpopen18X101610.
16. Borson S, Scanlan JM, Watanabe J, Tu SP, Lessig M. Simplifying detection of cognitive impairment: Comparison of the Mini-Cog and Mini-Mental State examination in a multiethnic sample. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:871-4.
17. Mitchell AJ. A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. *J Psychiatr Res* 2009;43:411-31.
18. Rosselli M, Tappen R, Williams C, Salvatierra J. The relation of education and gender on the attention items of the Mini-Mental State Examination in Spanish speaking Hispanic elders. *Arch Clin Neuropsychol* 2006;21:677-86.
19. Chaaya M, Phung TKT, El Asmar K, Atweh S, Ghusn H, Khoury RM, et al. Validation of the Arabic Rowland Universal Dementia Assessment Scale (A-RUDAS) in elderly with mild and moderate dementia. *Aging Ment Heal* 2016;20:880-7.
20. Iype T, Ajitha BK, Antony P, Ajeeth NB, Job S, Shaji KS. Usefulness of the Rowland Universal Dementia Assessment Scale in South India. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006;77:513-4.
21. Limpawattana P, Tiamkao S, Sawanyawisuth K, Thinkhamrop B. Can Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) replace Mini-Mental State Examination (MMSE) for dementia screening in a Thai geriatric outpatient setting? *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2012;27:254-9.
22. Ayan G, Afacan C, Poyraz BC, Bilgic O, Avci S, Yavuzer H, et al. Reliability and validity of Rowland Universal Dementia Assessment Scale in Turkish population. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2019;34:34-40.
23. Mateos-Alvarez R, Ramos-Rios R and Lopez-Morinigo JD. Comparative analysis between the MMSE and the RUDAS for dementia screening in low educated people in a Spanish Psychogeriatric clinic. *Eur J Psychiatry* 2017;31:119-26.
24. Nielsen TR, Segers K, Vanderaspolden V, Bekkhus-Wetterberg P, Bjørkløf GH, Beinhoff U, et al. Validation of the Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) in a multicultural sample across five Western European countries: diagnostic accuracy and normative data. *Int Psychogeriatr* 2019;31:287-96.
25. Naqvi RM, Haider S, Tomlinson G, Alibhai S. Cognitive assessments in multicultural populations using the Rowland Universal Dementia Assessment Scale: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2015;187:E169-75.
26. Goudsmit M, Van Campen J, Schilt T, Hinnen C, Franzen S, Schmand B. One size does not fit all: comparative diagnostic accuracy of the Rowland Universal Dementia Assessment Scale and the Mini Mental State Examination in a memory clinic population with very low education. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra* 2018;8:290-305.
27. Jorm AF. A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation. *Psychol Med* 1994;24:145-53.
28. Cherbuin N, Jorm AF. The IQCODE: using informant reports to assess cognitive change in the clinic and in older individuals living in the community. In: A.J. Larner, editor. *Cognitive screening instruments: A practical approach*. London: Springer. p. 165-182.
29. Van den Dungen P, Van Kuijk L, Van Marwijk H, Van der Wouden J, Moll van Charante E, Van der Horst H, et al. Preferences regarding disclosure of a diagnosis of dementia: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2014;26:1603-18.

Vissenberg R, Uysal-Bozkir Ö, Goudsmit M, Buurman-Van Es BM, Van Campen JP. Dementie bij oudere migranten. *Huisarts Wet* 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0115-x.

Amsterdam Medisch Centrum, locatie AMC, afdeling Interne geneeskunde, geriatrie, Amsterdam: dr. R. Vissenberg, huisarts en postdoc onderzoeker; dr. Ö. Uysal-Bozkir, neuropsycholoog en postdoc onderzoeker; prof. dr. B.M. Buurman-Van Es, hoogleraar Acute ouderenzorg. Onze Lieve Vrouwe Gasthuis Amsterdam, afdeling Psychiatrie & Medische psychologie, Amsterdam: M. Goudsmit, klinisch psycholoog. Onze Lieve Vrouwe Gasthuis Amsterdam, afdeling Geriatrie: dr. J.P.C.M. van Campen, klinisch geriater.

Correspondentie: r.vissenberg@lumc.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Voor hun onderzoek naar RUDAS [NTR 6454] ontvingen de auteurs subsidie van ZonMw [nr. 733050704].