

Dementie als huisartsgeneeskundige opgave

Een pleidooi voor een actieve benadering

W. J. DE GRAAFF EN P. E. M. HUPKENS

Vaak wordt pas in een vergevorderd stadium van geestelijk verval hulp ingeroepen. Deze late alarmering komt voort uit de opvatting dat het hier gaat om een onomkeerbaar proces. Vanuit preventief oogpunt is dit te betreuren: in een aantal gevallen is de dementering wel degelijk reversibel.

Inleiding

Eén op de tien bejaarden lijdt in meerdere of mindere mate aan dementering; een modale huisartspraktijk van 2500 zielen telt zo'n 25 demente bejaarden. Dit aantal zal met de vergrijzing van de bevolking alleen maar stijgen.

Vaak wordt pas in een vergevorderd stadium van geestelijk verval hulp ingeroepen, als de patiënt een gevaar wordt voor zichzelf, of als de verzorging te belastend wordt. Deze late alarmering komt voort uit de gangbare opvatting dat het hier gaat om een onomkeerbaar proces.

Vanuit preventief oogpunt is dit te betreuren. Door een tijdige opvang is het wel degelijk mogelijk de aftakeling af te remmen, vooral als er etiologische factoren in het spel zijn, die los staan van het eigenlijke afbraakproces. De dementering blijkt dan vaak reversibel. Daarmee wordt het dus belangrijk om de signalen van een beginnende dementering op te vangen.

Als de huisarts alert is en wil luisteren, zal hij merken dat vele bejaarden in een vroeg stadium te kennen geven dat zij zich zorgen maken over hun geestelijke achteruitgang: zij krijgen last van vergeetachtigheid, alles raakt zoek, de omgeving zegt dat zij steeds in herhalingen vervallen, het tempo wordt minder, in-casseringvermogen en beslisvaardigheid nemen af. Bij enig doorvragen blijken daaronder gevoelens van grote onzekerheid, minderwaardigheid en angst voor de toekomst te leven.

Eerste opgave voor de huisarts is het vaststellen van de ernst van de dementie. Vooral de mate van geheugenstoornis en desoriëntatie zijn daarbij goede graadmeters. Voor praktisch gebruik

leent zich de indeling in lichte, matige, ernstige en diepe dementie zoals weergegeven in de *bijlage*. Daarbij is het wenselijk de cognitieve functies van de bejaarden op een voor de huisarts eenvoudige wijze te testen (*figuur 1*). Behalve geheugenvragen omvat het onderzoek enige vaardigheden als schrijven, lezen, (na)tekenen, rekenen en begrijpen. Het vergt wel enige soepelheid en soms spreiding in de tijd om verzekerd te zijn van de benodigde coöperatie, maar vanuit een goede arts-patiënt relatie lukt dit meestal wel. Ook de Sandoz-toets (tien gestandaardiseerde en gevalideerde vragen) lijkt een praktisch hulpmiddel om een achteruitgang van de verstandelijke vermogens in een

vroeg stadium snel, betrouwbaar en zelfs kwantitatief te kunnen vaststellen. Belangrijker overigens dan de vraag naar de intellectuele vermogens is het bepalen van de functionele beperkingen bij de demente bejaarde: hoe redt hij zich in het dagelijks leven, hoe hulpbehoevend is hij? Deze vragen zijn te beantwoorden met de checklist van Michels (*figuur 2*).

Bij 15-30 procent van de patiënten met dement gedrag is dit gedrag niet een gevolg van op cerebrale atrofie berustende seniele dementie, maar gaat het om een symptomatisch dementieel syndroom op basis van een andere somatische oorzaak (lichamelijke aandoening, deficiëntie, intoxicatie). Daarnaast kunnen psychische of sociale stoornissen een pseudo-dementie veroorzaken. Al deze factoren kunnen bovendien een bijkomende nadelige invloed hebben wanneer wél sprake is van seniele dementie.

Wij zijn van mening dat het tot de taak van de huisarts behoort om deze factoren aan het licht te brengen. In deze bijdrage zal vooral op dit aspect nader worden ingegaan.

Figuur 1. Eenvoudige test voor de cognitieve functies van een bejaarde

De tien-vragen test

(een score van 7 of minder is afwijkend)

1. Waar zijn we hier?
2. Hoe heet dit dorp/deze stad?
3. Wat voor dag is het vandaag?
4. Welke maand hebben we?
5. Welk jaar hebben we nu?
6. Hoe laat is het ongeveer?
7. Hoe oud bent u?
8. Wanneer bent u jarig?
9. In welk jaar bent u geboren?
10. Hoe heet de koningin die we nu hebben?

Schrijf eens uw naam op.

Schrijf eens uw geboortedatum op.

Teken eens een cirkel.

Teken eens een driehoek.

Kunt u dit eens natekenen. (De hier afgebeelde figuren van makkelijk naar moeilijk aangeboden; een niet-demente bejaarde heeft er meestal meer dan drie goed.)

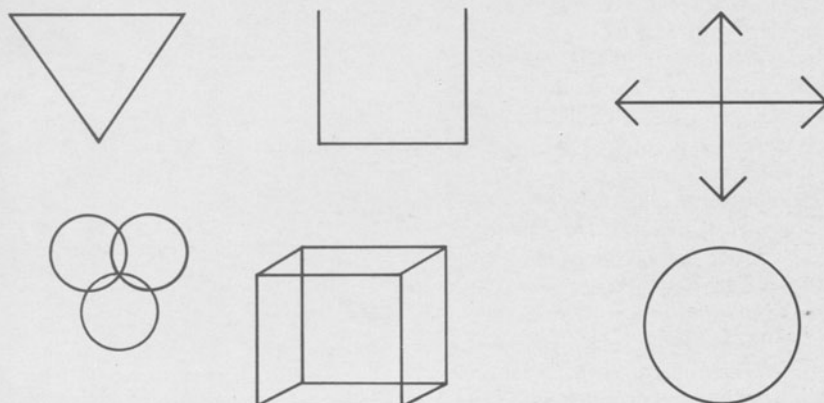
Oriëntatie op het eigen lichaams-schema.

Rekenen: $100-7$, dan weer -7 , dan weer -7 , enzovoorts; 13×7 ; $93:3$.

Lezen (hardop laten voorlezen).

Noem het verschil tussen een boom en een struik, een rivier en een kanaal.

Op de tast herkennen (met ogen dicht): een sleutel, een balpen, etc.



Somatische oorzaken van dement gedrag

In *figuur 3* wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste oorzaken van dement gedrag. Soms gaat het om vrij zeldzame afwijkingen, zoals een *normal pressure hydrocephalus* (symptomen-triade: lichte dementie, loopstoornissen in een vroeg stadium van dementering (ataxie of loopapraxie) en cerebrale incontinentie voor urine in een vroeg stadium); mits de aandoening tijdig wordt herkend, bedraagt de genezing echter 50 procent. Maar ook veel voorkomende ziekten kunnen in het geding zijn, zoals *decompensatio cordis*, infecties en metabole functiestoornissen.

In de regio Zuid-Holland Noord is in de loop van 1983 een dementie-protocol ontwikkeld door een werkgroep waarin alle ziekenhuizen, psychiatrische inrichtingen, psychogeriatrische verpleeghuizen en plaatselijke huisartsenverenigingen waren vertegenwoordigd. Uitgangspunt was de opvatting dat bij elke gedragsstoornis op oudere leeftijd een lichamelijk onderzoek vereist is, zeker als institutionalisering wordt overwogen. Ter beoordeling van eventuele somatische achtergronden van de gedragsstoornis werd een check-list opgesteld, waarmee de meest voorkomende oorzaken van dement gedrag kunnen worden opgespoord (*figuur 4*).¹

Laboratoriumonderzoek naar somatische oorzaken

Veel aandoeningen die ten grondslag liggen aan een organisch psychosyndroom, zijn alleen op te sporen via een gericht laboratoriumonderzoek. Dat geldt in het bijzonder voor metabole stoornissen, die zich op oudere leeftijd veel vager en veel minder specifiek presenteren.

Vaak zal dit onderzoek echter niets opleveren en dan lijkt het of onnodig kosten zijn gemaakt. Het is goed dan te bedenken dat deze kosten (circa f 500,-) in geen verhouding staan tot de kosten van een screenend onderzoek in een psychogeriatrische kliniek (duur zeker 6 weken, kosten circa f 12.500,-). Ook wordt door velen dit soort uitgebreide ambulante onderzoek afgewezen als ongewenste medicalisatie. De drie ziektegeschiedenissen die bij dit artikel zijn opgenomen, demonstreren echter de wenselijkheid van goed onderzoek. Van verdwalen in het medische kanaal hoeft geen sprake te zijn, zolang de huisarts het onderzoek maar zelf in handen houdt. Medicalisatie wordt een mo-

Figuur 2. Functioneel onderzoek van de thuiswonende bejaarde
(Dit onderzoek is onafhankelijk van de medewerking van de patiënt)

ADL		Buitenwereld
- eten;	- telefoneren.	- boodschappen doen;
- kleden;		- wandelen;
- toilet;	Huishouding	- op bezoek gaan;
- baden;	- koken;	- vervoer.
- incontinentie.	- maaltijden;	
	- boodschappenlijstje;	Recreatie
Communicatie	- verzorging;	- hobbies;
- zien;	- de was doen;	- dagvulling.
- horen;	- het bed opmaken;	
- spreken;	- huis schoonhouden.	Sociale invaliditeit
- begrijpen;		- tempo van handelen;
- lezen;		- uithoudingsvermogen;
- schrijven;		- esthetisch handelen.

Figuur 3. Somatische oorzaken van dement gedrag

Intracranieel		- leverfunctiestoornissen.
- normal pressure hydrocephalus;		
- tumor cerebri (cave langzaam groeiend meningeoom 5-15 jaar);	Deficiënties	- vitamine B ₁₂ ;
- chronisch subduraal haematoom (klein, vaak vergeten trauma, sluipend beloop);	- vitamine B ₁ ;	- vitamine B ₂ , foliumzuur, e.a.
- lues cerebri;		
- tuberculose, abces.	Anoxie	- decompensatio cordis (15% „silent” infarct);
	- anemie.	
Infecties		
- urinewegen;		
- longen.	Toxisch	- CO;
	- organische verbindingen;	- lood;
Metabool	- alcohol, barbituraten;	- digoxine;
- hypothyreoïdie;	- andere medicijnen (in relatieve overdosering).	
- hypoparathyreoïdie;		
- panhypopituitarisme;		
- Morbus Cushing;		
- hypoglykemie;		
- uremie;		

Figuur 4. Dementieprotocol voor de huisarts¹

I. Algemeen lichamelijk onderzoek		ramidale symptomen;
• Anamnese		- reflexen: biceps, triceps, radius, ulna, KPR, APR, VZR, buikhuid; palmomentaltaai, schnautz, grijp, masseter, nasopalpebraal;
- speciale anamnese, aan te vullen met hetero-anamnese;		- fundoscopie.
- voorgeschiedenis, vroegere operaties;		
- mictie, defecatie;		
- tabak, alcohol;		
- medicatie;		
- familiale ziekten.	III. Laboratoriumonderzoek	
• Onderzoek	• Bloed	- BSE, Hb, Ht, leukocyten, erythrocyten;
Algemene indruk, voedingstoestand, huidturgor, gewicht, pols, tensie, CVD, temperatuur. Onderzoek van hoofd, hals, borst, buik en extremiteiten.	- kreatinine, kalium;	- alkalische fosfatase, LDH, gamma GT;
	- zure fosfatase;	- glucose;
	- calcium;	- T ₄ ;
II. Eenvoudig neurologisch onderzoek	- vitamine B ₁ en B ₁₂ ;	- luesserologie.
- anamnese;	• Urine	glucose, eiwit, sediment.
- hersenzenuwen;		
- kracht;	IV. X-thorax	
- sensibiliteit;		
- coördinatie: lopen, staan, Romberg, tremoren, cerebellaire symptomen, extrapy-		

Somatische oorzaken

De heer A woont sinds een week in mijn praktijk. Hij is 71 jaar, oud generaal, met een keurig voorkomen. Uit de gegevens van zijn vorige huisarts, aangevuld door zijn vrouw, blijkt dat zijn geheugen sinds twee jaar hard is achteruitgegaan. Hij is ernstig gedesorïenteerd, herkent zijn eigen vrouw niet meer en leeft in de veronderstelling dat zijn ouders nog leven. Hij begrijpt niets meer, leest niet meer en moet geholpen worden met aankleden, eten en toiletgang (hij plast op de vreemdste plaatsen en in de gekste voorwerpen). Hij is snel geagiteerd, soms zelfs agressief en is 's nachts erg onrustig. Het probleem is de ondraaglijke belasting voor zijn vrouw. Zijn medische voorgeschiedenis is verder blanco. In de familie is geen vroegtijdige of seniele dementering bekend.

Een maand geleden is hij door zijn vorige huisarts verwezen naar een psychiater, die vervolgens een CT-scan heeft laten maken. De verwijding van ventrikels, sulci en cisternen wees op cerebrale atrofie en de diagnose seniele demencie leek hiermee wel vast te staan. Wat echter werd nagelaten, was een lichamenlijk onderzoek. Toch vind ik daarbij meer dan zes tevoren onbekende organische stoornissen die de psychische toestand minstens hebben verslechterd: uremie, hypertensie, diabetes mellitus, arteriosclerose (met een perifere arteriële doorbloedingsstoornis van het linker been en waarschijnlijk ook elders), normochrome anemie en een niet te bepalen visus. Bij nader laboratoriumonderzoek blijkt de nierinsufficiëntie verder te hebben geleid tot een metabole acidose, een hyperkaliëmie en een proteïnurie. Ook bestaat er een onvoldoende zuurstofsaturatie.

Een CT-scan kan nooit de plaats innemen van het lichamenlijk onderzoek, dat is wel duidelijk. Vooral de snelheid van de geestelijke aftakeling moet worden toegeschreven aan de gevonden stoornissen. Wanneer die in de beginfase aan het licht zouden zijn gebracht, had het hele proces kunnen worden afgeremd, wat ook voor zijn vrouw een belangrijke verlichting zou hebben betekend.

Laboratoriumonderzoek

Mevrouw B wordt op 79-jarige leeftijd in het bejaardentehuis opgenomen. Het is een sombere vrouw, die ook bij haar vorige huisarts altijd maar klaagde over moeheid, een onzeker gevoel in het hoofd, nervositeit, lage rugpijn, enzovoort.

Een jaar later vertoont zij een acute psychotische opwindingsstoestand, die een opname noodzakelijk maakt in een psychiatrisch ziekenhuis, waar men verband legt met een coronarialijden (stil infarct?). Weer een jaar later wordt zij opgenomen bij de neuroloog wegens aanvullend van

bewusteloosheid en een loopstoornis. Er worden alleen enkele oude herseninfarcten gevonden, terwijl de internist een anemie en een urineweginfectie vaststelt. Ondanks adequate behandeling gaat mevrouw B geestelijk achteruit. Zij wordt vergeetachtig, is nu eens apathisch en dan weer paranoïde en geagiteerd. Volgens de ervaren bejaardenverzorgster is zij dement.

In het kader van het onderzoek volgens het protocol wordt voor het eerst een T4 bepaald. Die blijkt sterk verlaagd (32 mmol/l, FTI 30) en de TSH is sterk verhoogd. Nu pas valt mij op hoe bleek, pafferig en mimiek-arm haar gelaat is. Ik ken haar niet anders dan met dit myxoedeem en voor de internist is het niet anders. Zo wordt zo vaak een hypothyreoïdie gemist.

Patiënte wordt voorzichtig opklimmend behandeld met levothyroxine (zonder ziekenhuisopname, wel onder ECG-controle). Na drie maanden is de schildklierfunctie genormaliseerd. Patiënte is zowel lichamenlijk als geestelijk enorm opgeknapt; zij is veel minder moe en ik zie haar alleen nog op mijn spreekuur voor controle van de T4 (zij is nu ingesteld op 1 dd Thyrox 0,1 mg). Van „dementie” is geen spoor meer te bekennen.

Mevrouw C is 75 jaar oud en woont alleen in een bejaardenflat. Zij staat al jaren onder controle wegens hypertensie (die goed is ingesteld met 1 dd 1 tablet Dytenzide). In 1982 klaagt zij bij een van haar tensiecontroles voor het eerst over een „raar” gevoel. Zij kan haar gedachten niet meer bepalen bij de dingen waar ze mee bezig is en zij is volgens haar zeggen vergeetachtig en verward. Bij het navragen is de enige andere klacht een afgenomen eetlust. Bij algemeen lichamenlijk onderzoek wordt een urineweginfectie gevonden en behandeld met Furadantine. Haar algehele toestand verbetert duidelijk en ik zie haar pas twee jaar later terug.

De vergeetachtigheid is dan voor haar gevoel toegenomen. Zij merkt dat niet alleen met boodschappen doen, maar zij is nu ook geregeld spullen kwijt in huis, vergist zich in de naam van de dag en slaat maaltijden over. Bij het testen van de cognitieve functies maakt zij fouten bij het natekenen van figuren. Bij het lichamenlijk onderzoek is de tensie 190/100 mm Hg, de fundus oculi toont een hypertensiebeeld graad II en verder is er een systolische soufflé over de aorta. Het Vitamine B12-gehalte in het serum is 96 pg/l. Dat is flink verlaagd en dat terwijl het bloedbeeld nog volkomen normaal is en er neurologisch geen afwijkingen zijn (psychiatrische verschijnselen ontstaan nogal eens eerder dan de pernicious anemie).

Patiënte wordt sindsdien gesubstitueerd met hydrocobamine. zij had het geluk zich in een vroeg stadium te hebben gepresenteerd en maakt nu een redelijke kans volledig te herstellen.

dewoord als het gebruikt wordt als uitvlucht om noodzakelijk handelen achterwege te laten, op gevaar af van ernstig nadeel voor de patiënt.

Psychische oorzaken van pseudodementie

Een depressie kan op oudere leeftijd sprekend lijken op een demencie. Aanwijzingen in die richting zijn de neerslachtige stemming, zelfverwaarlozing, uitingen van apathie en onmacht („ik weet het niet”), hypochondere preoccupatie met het eigen lichaam en een bradyfrene indruk. De verstandelijke vermogens vallen vaak mee en er zijn geen confabulaties. Iedere redelijke verdenking op een depressie rechtvaardigt een proefbehandeling met antidepressiva.

Ook angststoelstanden kunnen een pseudodementie geven. Een dergelijke pseudodementie onderscheidt zich van echte demencie doordat in het eerste geval geheugen en oriëntatie altijd intact zijn.

Tenslotte moeten nog enkele andere psychische oorzaken van pseudodementie worden genoemd:

- sensorische deprivatie: een gemis aan zintuigelijke prikkels o.a. bij slechte visus en gehoor en onnodige bedrust;
- geestelijke inactiviteit, verlies van bestaanszin;
- ontworteling, bijvoorbeeld door institutionalisering;
- eenzaamheid;
- syndroom van Ganser: een hysterische reactie als vorm van probleemoplossend gedrag in een zeer moeilijke levenssituatie.

Sociale achtergronden van dement gedrag

Een extreem geval als de hier beschreven casus maak je als huisarts zelden mee. Toch is prikkelarmoede vaak in het geding bij dementering: niet alleen in de zin van sensorische deprivatie (verblijf in een stille donkere ruimte als de heer E), maar evenzeer als sociale deprivatie (gemis aan contact met de buitenwereld, sociale verwaarlozing). Andere sociale momenten die luxerend kunnen werken zijn:

- verandering van omgeving (verhuizing, ziekenhuisopname);
- verlies van sociale positie (maatschappelijke functies);
- vereenzaming (verlies van burens, vrienden; dood van partner);
- afwijzing (een intolerante omgeving);
- conflicten (ruzie met kinderen);

– een te snel uit handen genomen zelfverzorging (hospitalisatie).

Uit preventief oogpunt moeten dan ook verandering, stress, gevoelens van bedreiging en angst voor controleverlies zoveel mogelijk worden vermeden.

Besluit

In de ontmoeting met psychisch dysfunctionerende bejaarden wordt ook de huisarts gemakkelijk overvallen door een gevoel van machteloosheid, dat nauw verwant is aan het fatalisme van de familie. Hopelijk is met dit artikel aannemelijk gemaakt dat daar geen reden voor is. De huisarts kan meer dan hij denkt.

In de eerste plaats kan hij zich een scherper beeld vormen van de mate van geestelijke achteruitgang. Belangrijker nog is dat hij drie aandachtsvelden verkennt – het somatische, het psychische en het sociale – als mogelijke bronnen van dementering. Ook de demente patiënt heeft recht op een integrale benadering, een meersporen-beleid. Lichamelijk onderzoek en psychosociale aandacht horen tenslotte tot de competentie van de huisarts.

De huisarts moet niet afgaan op zijn vooroordeel, maar zich de inspanning getroosten van een grondig onderzoek volgens een vast protocol. Zoals blijkt uit de weergegeven casuïstiek, wordt daarbij vaak een behandelbare aandoening of ten goede te keren factor gevonden. Daarmee zal zelden het leven worden verlengd of het eindpunt van de geestelijke neergang verlegd. Wel kan de kwaliteit van het leven worden verbeterd en het proces van aftakeling vertraagd.

Bijlage

Het graderen van de ernst van de dementie

Premanifest stadium

- men heeft problemen met het maken van plannen;
- problemen met het omgaan met nieuwe situaties;
- problemen met het beginnen van nieuwe activiteiten;
- men vermijdt keuzes en beslissingen;
- het duurt langer om dingen af te maken;
- een klein onderwerp lijkt in de beleving allesoverheersend te worden;
- de geestelijke spankracht wordt minder;
- frustratie bij te veel dingen aan zijn hoofd hebben;
- ontstaan van gevoelens van irritatie, depressie of angst.

Psychische oorzaken

Mevrouw D is 78 jaar oud, een zeer intelligente vrouw met een lange staat van dienst in het onderwijs. In 1982 vertelt zij mij voor het eerst van de teruggang van haar geheugen. Zij kan soms niet op bepaalde woorden komen, vooral bij emotionerende gebeurtenissen. Dit verontrust haar erg. Zelf legt zij verband met bepaalde zorgen over een akelige huidandoening en twijfels over haar relatie met een vriend die aan de drank is.

Pas twee jaar later komt zij erop terug. De vergeetachtigheid maakt haar bijzonder nerveus, angstig en onzeker. Zij vertelt dat het denken haar vermoeit en steeds moeilijker gaat. Een belastingaangifteformulier brengt haar in paniek. Zij ergert zich aan het kwijtraken van spullen in huis, maar nog meer aan de mensen die haar steeds corrigeren. Het meest ontevreden is zij over zichzelf. Ook de informatie van naaste familie lijkt te bevestigen dat zij begint te dementeren.

Zij wordt onderzocht volgens het dementie-protocol. De cognitieve test wordt tot mijn verbazing foutloos uitgevoerd. Lichamelijk en neurologisch onderzoek, en laboratorium- en röntgenonderzoek leveren evenmin afwijkingen op. Bij verder doorpraten blijken de verschijnselen duidelijk te zijn toegenomen na het overlijden van haar vriend, aan wie zij meer gehecht was dan zijzelf beseft. De sombere stemming, lusteloosheid, desinteresse, moeilijkheden met het doorslapen, nachtelijke paniek, weerzin tegen de komende dag bij het opstaan, doodsverlangen en schuldgevoelens brengen mij op de juiste diagnose: reactieve depressie. Met een antidepressivum verbetert snel de slaap, later ook het élan vital, en de angst neemt af. Alleen bij emoties raakt zij nog snel in paniek en is zij even de kluts kwijt.

Sociale achtergronden

De heer E is 76 jaar oud en woont samen met zijn vrouw in een oud huisje. De laatste drie jaren zie ik hem geregeld wegens klachten van beverigheid en duizeligheid, die mede op grond van het EEG door de neuroloog worden toegeschreven aan vasculaire insufficiëntie bij atherosclerose cerebri.

Twee jaar geleden verloor hij in één klap twee zoons door verdrinking. Hij wordt toenemend depressief, trekt zich terug, gaat steeds meer op bed liggen in het donkere achterkamertje en ligt daar tenslotte hele dagen nietsdoend te suffen zonder eten of drinken. In korte tijd verslechtert zijn toestand: hij krijgt een decubitus en een urineweginfectie, wordt incontinent en geestelijk stompt hij volledig af, zonder een verstaanbaar woord te uiten en met als enige emotionele respons een soort huilen dat gepaard gaat met hevige schokken van het hele lichaam.

De verzorging is abominabel. Zijn vrouw, een sterk dominerend type met een hysterisch karakter, kijkt nauwelijks naar hem om en praat honderduit met het bezoek in de zonnige voorkamer. Alle aandacht gaat naar haar. Behalve de huisarts wordt geen enkele hulpverlener toegelaten. Ook anderen krijgen geen kans om de man eens uit bed te halen, te keren of zelfs maar het nodige vocht te geven.

Tenslotte laat ik de patiënt onder heftig protest van zijn vrouw opnemen in een ziekenhuis in een toestand van dystrofie, uitdroging en diepe (pseudo) dementie. Al na een maand kom ik hem tegen, wandelend op de gang, onherkenbaar verbeterd en uitstekend aanspreekbaar. Er lijkt een wonder gebeurd. Reactivering heeft het desastreuze effect van sociale deprivatie overwonnen.

Manifest stadium (de klassieke symptomen)

Lichte dementie

- lichte geheugenstoornissen, namen schieten niet te binnen, verstrooidheid, inprentingsstoornis;
- desoriëntatie, in het begin alleen voor tijd (Alleenwonende patiënt is nog zelfredzaam indien hij/zij niet verhuist).

Matige dementie

- opvallende geheugenstoornissen, zowel inprenting als short term memory; patiënt vlucht vaak in herinneringen over vroeger;
- desoriëntatie, nu vaak ook in plaats;
- intellectuele functies nemen af (rekenen, kennis, leervermogen, algemeen begrip);
- oordeels- en kritiekstoornissen treden op;
- karaktervergroving wordt zichtbaar;
- belangstelling neemt af, belevingswereld wordt drastisch verkleind;

- de diepte van emoties neemt af (affectvervlakking);
- psychisch label;
- ADL-zelfstandigheid neemt af;
- soms optreden van hyperkinesie met onrust, dwaalneiging of omkering van dag-nachtritme.

(Bejaarde kan zich thuis handhaven met hulp van huisarts, wijkverpleging, gezinsverzorgster of bejaardenverzorgster, soms dagbehandeling, alsmede familie).

Ernstige dementie:

- desoriëntatie, ook in persoon;
- aandrift en gevoelens nemen af;
- soms ontstaat hypokinesie met rigiditeit (geen M. Parkinson!);
- decorumverlies en ernstige karaktervergroving (frontaal kwab syndroom);
- de psychische defensieve methoden worden niet meer goed toegepast en zijn niet

meer adequaat; de psychische afweer lukt niet meer;

- persoonlijke warmte voor en betrokkenheid bij anderen neemt af;
- het gevoelsleven stompt af;
- nauwelijks adequate reacties op gevaar, verlies, pijn of dood.

(Bejaarde kan zich thuis met hulp handhaven, indien gedragsstoornissen niet (meer) op de voorgrond staan, of adequaat zijn bestreden met de juiste medicatie in de juiste dosering).

Diepe dementie:

- geestelijk volledig afgestompt;
- herkent eigen familie niet meer;
- persevereren, soms hardnekkig pathologisch roepen, kreunen of zingen;
- neurologische stoornissen treden ook perifeer op.

(Somatisch intercurrente ziekten leiden doorgaans tot de dood).

¹ Het op pagina 26 afgedrukte *Dementieprotocol voor de huisarts* is een verkorte weergave van het origineel. Exemplaren van het oorspronkelijke protocol kunnen worden aangevraagd bij het RIAGG Zuid-Holland Noord, Regionaal Bureau voor psychogeriatric, Callaoweg 1, 2223 AS Katwijk.

Nota bene

Omdat met name sociale processen in de thuiszorg voor de psychogeriatrische patiënt een grote rol zullen spelen, zal veel meer inzicht in de aard en functie van deze processen noodzakelijk zijn om goede aansluiting in de eerste en tweede lijn te kunnen effectueren. Bovendien moeten we ons realiseren dat de procesgang rondom de patiënt er vaak een is van uitstoting: opname, zelfs gedurende enkele weken, is veelal voldoende om de opvang thuis geheel te ontregelen.

Diekema J, Mous C. Dagbehandeling in verpleeghuizen, *Med Contact* 1982; 37: 1515-8.

Er is nog geen enkele arts – en ook ikzelf niet – die systematisch vraagt naar de levensverwachting van de patiënt zelf, zowel kwantitatief als kwalitatief. Noch in de directe, noch in de indirecte anamnese wordt hier duidelijk op gelet.

Leering C. Prognose en therapie bij ouderen. *Gerontologie* 1980; 11: 101-11.

De armen gekruist
over zo'n boezem
daar valt
niet mee te spotten.

Weer zit in de hal
de demente bejaarde
gekleed voor de reis.

In haar schoot rusten
getekend door de jaren
haar oude handen.

De begrafenis
onderweg naar het kerkhof
mijn boterhammen.

Een nieuw verpleeghuis
maar ook hier is de uitgang
moeilijk te vinden.