

Ernst van dementie bij thuiswonende demente patiënten

J.B. MUSKENS
A. GIELES
M.J.F.J. VERNOOIJ-DASSEN
ET AL.

De meeste demente patiënten wonen thuis, maar er is weinig onderzoek gedaan naar de toestand van deze groep; de meeste studies zijn uitgevoerd in de kliniek. Dit onderzoek is gericht op de ernst van de dementie van thuiswonende ouderen met een primaire vorm van dementie. De onderzoeksgroep bestond uit 44 mannen en 97 vrouwen, die allen werden ondersteund door een centrale verzorger. De gemiddelde leeftijd was 79 jaar en de gemiddelde ziekte duur sinds het begin van de aandoening was 4 jaar. De ernst van dementie werd bepaald met de Brief Cognitive Rating Scale (BCRS) en de Global Deterioration Scale. De Beoordelingsschaal Oudere Patiënten (BOP) werd gebruikt voor onderzoek naar het verband tussen enerzijds cognitieve en gedragsstoornissen en anderzijds de ernst van de dementie. De meeste patiënten waren matig dement, maar meer dan een kwart vertoonde ernstige dementie. Hieronder waren relatief meer vrouwen dan mannen. Er werd een verband gevonden tussen de ernst van dementie en de ziekte duur, maar niet tussen de ernst van de dementie en gedeprimeerd of agressief gedrag.

Muskens JB, Gieles A, Vernooij-Dassen MJFJ, Persoon JMG, Van Weel C. Ernst van dementie bij thuiswonende demente patiënten. Huisarts Wet 1992; 35(6): 230-4.

Vakgroep geneeskunde buiten het ziekenhuis, Katholieke Universiteit Nijmegen.

J.B. Muskens, huisarts; A. Gieles arts, destijds medisch student; M.J.F.J. Vernooij-Dassen, sociologe; Prof. dr. J.M.G. Persoon, hoogleraar Medische Sociologie; Prof. dr. C. van Weel, hoogleraar Huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: J.B. Muskens, Bachstraat 22, 6521 EJ Nijmegen.

Inleiding

Dementie wordt in de recente literatuur in het algemeen omschreven aan de hand van expliciete criteria.^{1,2} Op basis van deze criteria is tijdens de Consensus-bijeenkomst over dementie de volgende definitie geformuleerd: dementie is 'een klinische toestand, gekenmerkt door een achteruitgang van twee of meer cognitieve functies (waaronder het geheugen) bij een helder bewustzijn, leidend tot een verstoring van de dagelijkse bezigheden'.³

Met behulp van deze criteria kan wel een diagnose worden gesteld, maar de *ernst* van de dementie kan er niet mee worden bepaald. De ernst kan op grond van het cognitief functioneren en het gedrag worden ingedeeld in *stadia*, zoals licht, matig en ernstig dement;^{4,5} een voorbeeld van een dergelijk meetinstrument is de Global Deterioration Scale (GDS).⁴ Ook zijn er *glijdende schalen* om de ernst van de dementie vast te stellen.⁶⁻⁸

Er is betrekkelijk weinig literatuur over de ernst van de dementie bij thuiswonende demente patiënten, en over de relatie van de aandoening met gedragskenmerken. Bovendien spreken de onderzoeksresultaten elkaar tegen. Volgens sommigen zouden de gedragsstoornissen variëren met de ernst van het dementiesyndroom. Depressieve gedragsstoornissen zouden bij Alzheimer-dementie primair reactief zijn en in een vroeg stadium optreden. Verder zou er een sterk verband bestaan tussen de cognitieve toestand en de gedragsstoornissen van demente patiënten.^{4,9,10} Volgens anderen is er geen eenduidige relatie tussen de mate van cognitieve achteruitgang en gedragsveranderingen.^{11,12} Volgens Swearer *et al.*¹³ bestaat er geen verschil in aard en ernst van de gedragsstoornissen tussen patiënten met een multi-infarctdementie, patiënten met de ziekte van Alzheimer en patiënten met een combinatie van beide aandoeningen.

De populaties van deze studies bestonden uit thuiswonende patiënten, die waren verwezen naar een kliniek of polikliniek,^{4,9-11,13,14} of waren geselecteerd op de ernst van het ziektebeeld.¹⁵ Deze groepen zijn dus niet representatief voor de totale populatie van thuiswonende demente pa-

tiënten. Verder is niet onderzocht hoe vaak ernstig demente patiënten thuis wonen en welke gedragscomplicaties in het algemeen te verwachten zijn.

Wij recruteerden een aantal thuiswonende demente patiënten, die allen werden verzorgd door een eigen 'centrale verzorger' – iemand uit het sociale netwerk van de patiënt die de verantwoordelijkheid voor diens zorg op zich had genomen.¹⁶ De vraagstelling van het onderzoek luidde als volgt:

- Welke kenmerken – in termen van leeftijd, geslacht, duur van de aandoening en ernst van de aandoening – vertonen thuiswonende demente bejaarden?
- In hoeverre bestaat bij deze patiënten een verband tussen deze kenmerken enerzijds en gedragsstoornissen, agressief en gedeprimeerd gedrag anderzijds?

Methode

Onderzoekspopulatie

Het onderzoek vond plaats in de periode van 1 november 1984 t/m 31 juli 1985. De patiëntengegevens zijn afkomstig uit het Sociaal Netwerk-onderzoek Gedragsgestoorde Ouderen ('Songo-project'), waarin de effecten van interventie in de thuiszorg bij demente ouderen werden onderzocht.¹⁶ Nagenoeg alle huisartsen in de regio Arnhem/Nijmegen werden benaderd voor de recrutering van de onderzoekspopulatie. In totaal 166 huisartsen (91 procent) gaven 431 oudere patiënten op uit de eigen praktijk, en 179 patiënten via derden (eerstelijns instanties). De diagnose dementie werd steeds eerst door de huisarts geverifieerd.

De volgende insluitcriteria werden gebruikt:

- de patiënten moesten lijden aan een vorm van primaire dementie;
- de patiënten moesten thuis wonen en ouder zijn dan 55 jaar;
- er moest een – al dan niet inwonende – centrale verzorger zijn (partner, kind of goede bekende); deze verzorger was onder andere nodig voor het invullen van de vragenlijsten.

Tot de uitsluitcriteria werden gerekend: vormen van secundaire dementie en ernstige gehoor-, visus-, en spraakstoornissen,

omdat deze een te grote belasting zouden vormen bij het verzamelen van de noodzakelijke gegevens.¹⁶

Meetinstrumenten

De in eerste instantie geselecteerde patiënten werden door huisarts-onderzoekers medisch onderzocht. Op grond van dit onderzoek werd de uiteindelijke diagnose gesteld. De ernst van de cognitieve en gedragsstoornissen werd bepaald met de Brief Cognitive Rating Scale (BCRS), een vragenlijst waarmee acht aspecten (assen) van cognitief functioneren en gedrag worden onderscheiden. De assen 1 t/m 4 hebben betrekking op cognitieve kenmerken, de assen 5 t/m 8 op gedragskenmerken. Elke as heeft zeven antwoordmogelijkheden, lopend van '1' (functie niet gestoord) tot en met '7' (functie zeer ernstig gestoord). Het gaat om de volgende kenmerken:

- concentratie en rekenvaardigheid;
- recent geheugen;

- lange termijn geheugen;
- oriëntatie;
- zelfstandig functioneren en zelfverzorging;
- taal;
- motorisch functioneren;
- stemming en gedrag.^{17 18}

Ter aanvulling werd gebruik gemaakt van de Beoordelingsschaal Oudere Patiënten (BOP), die is ontwikkeld (en tot op heden uitsluitend gebruikt) voor onderzoek bij patiënten in het verpleeghuis;¹⁹⁻²³ volgens de ontwerpers zou dit instrument echter ook geschikt zijn voor observaties in de thuissituatie. De 35 vragen van de BOP zijn ingedeeld in zes schalen:

- hulpbehoevendheid;
- hinderlijk en agressief gedrag;
- lichamelijke invaliditeit;
- gedeprimeerd gedrag;
- psychische invaliditeit;
- inactiviteit.

De vragenlijsten werden – na de benodigde training – ingevuld door de huisarts-onderzoeker tijdens een semi-gestructureerd vraaggesprek met de patiënt en de centrale verzorger. Aan de centrale verzorger werd tevens gevraagd zo nauwkeurig mogelijk op te geven op welk moment de eerste tekenen van dementie waren opgemerkt. Het verband tussen de ernst van de dementie en de ziekteduur bij de aanvang van het onderzoek werd onderzocht door de populatie in te delen in twee groepen met een ziekteduur van respectievelijk ≤ 2 jaar en > 2 jaar. Daarnaast werd de populatie ook ingedeeld in twee leeftijdsklassen, van respectievelijk ≤ 80 jaar en > 80 jaar.

Bij de analyses werd gebruik gemaakt van de Chi-kwadraattest; daarbij werd $p < 0,05$ aangehouden als significantiegrens.

Resultaten

Algemeen

In de onderzoeksperiode werden 610 ouderen aangemeld, van wie er om verschillende redenen 469 afvielen (tabel 1). De resterende onderzoekspopulatie bestond uit 44 mannen en 97 vrouwen.

Van twee patiënten waren geen gegevens van de BOP beschikbaar.

Evenals de ontwerpers van de vragenlijst^{17 18} vonden wij hoge onderlinge correlaties tussen de acht assen van de BCRS. Bij factoranalyse bleken alle assen onder één factor te vallen: de eigenwaarde was 4,8, het percentage verklaarde variantie was 60 procent. Hierdoor was het toegestaan de scores van de assen te sommeren. De coëfficiënt voor de interne betrouwbaarheid was hoog (alfa = 0,90).

De ernst van de dementie kon op basis van de somscore worden ingedeeld in zowel een glijdende schaal (van 8 t/m 56) als in zeven stadia (tabel 2).*

Kenmerken

De leeftijden varieerden van 58 tot 95 jaar; 70 patiënten waren ≤ 80 jaar en 71 waren > 80 jaar. De gemiddelde leeftijd bedroeg 79 jaar (SD = 7 jaar); de gemiddelde leeftijd

* Een Nederlandse versie van de Global Deterioration Scale en de Brief Cognitive Rating Scale is schriftelijk op te vragen bij de auteur.

Tabel 1 De stadia van de Global Deterioration Scale (GDS) met de verdeling van de somscores vastgesteld aan de hand van de Brief Cognitive Rating Scale (BCRS).

GDS-stadium	BCRS-somscore
1 Normaal	8
2 Vergeetachtigheid/ beginnende dementie	9 t/m 16
3 Lichte dementie	17 t/m 24
4 Matige dementie	25 t/m 32
5 Matig ernstige dementie	33 t/m 40
6 Ernstige dementie	41 t/m 48
7 Zeer ernstige dementie	49 t/m 56

Tabel 2 Verloop patiënten voor aanvang onderzoek. Aantallen.

Onjuiste diagnose	92
Opname in verpleeg/verzorgings/ziekenhuis	108
Overlijden patiënt	33
Geen centrale verzorger (meer)	109
Weigering medewerking*	127
Totaal	469

* Van 79 procent van de weigeraars konden leeftijd en geslacht worden achterhaald. Hun gemiddelde leeftijd was 79 jaar (SD 6); De man/vrouw-verhouding was 2/3.

van de vrouwen was 80 jaar (SD=7 jaar), die van de mannen 79 jaar (SD=8 jaar).

In zes gevallen kon de ziekte duur niet worden achterhaald. De ziekte duur van de overigen liep uiteen van 4 maanden tot 20 jaar; 52 patiënten hadden een ziekte duur van ≤ 2 jaar, 83 van > 2 jaar. Bij de aanvang van het onderzoek was 32 procent van de mannen en 38 procent van de vrouwen langer dan vijf jaar dement (tabel 3).

De leeftijd waarop de eerste kenmerken van dementie waren opgemerkt, liep uiteen van 50 tot 91 jaar (tabel 4). De gemiddelde beginleeftijd was 75 jaar (SD=8 jaar); bij de mannen 75 jaar (SD=9 jaar) en bij de vrouwen 75 jaar (SD=7 jaar).

De meeste patiënten bevonden zich in de matige-dementiefase (tabel 5). Van de gehele populatie bevond zich 30 procent in de drie ernstigste dementiefasen. Vrouwen bleken vaker ernstig tot zeer ernstig dement; op de afzonderlijke BCRS-assen waren hun scores voor concentratievermogen, recent geheugen, langdurig geheugen, oriëntatie en taal aanzienlijk hoger dan bij de mannen.

Verder bleken patiënten > 80 jaar ernstiger dement dan jongere patiënten. Op de afzonderlijke BCRS-assen kwam dit verschil naar voren bij recent geheugen, oriëntatie en zelfstandig functioneren. Het verschil was minder groot bij concentratievermogen en psychomotoriek.

Tot slot werd er een positief verband gevonden tussen de ernst van de dementie (uitgedrukt in somscores van de BCRS-assen) en de ziekte duur.

In tabel 6 wordt de frequentieverdeling van de patiënten naar scores op de BCRS-assen weergegeven.

Tabel 3 Ziekte duur bij aanvang van het onderzoek. Percentages per geslacht.

Ziekte duur in jaren	Mannen n=44	Vrouwen n=91	Totaal N=135
< 2	29	16	2
2- 5	39	46	44
5-10	23	32	29
≥ 10	9	6	7
Gemiddelde ziekte duur	4 jr	4 jr	4 jr
SD	4 jr	3 jr	3 jr

Tabel 4 Beginleeftijd van de dementie. Percentages naar geslacht.

Beginleeftijd in jaren	Mannen n=44	Vrouwen n=91	Totaal N=135
≤ 64	14	8	10
65-74	32	36	34
75-84	43	47	46
≥ 85	11	9	10
Gemiddelde leeftijd	75 jr	75 jr	75 jr
SD	9 jr	7 jr	7 jr

Tabel 5 Ernst van de dementie volgens de stadia van de Global Deterioration Scale (GDS). Percentages per geslacht.

GDS-stadium	Mannen n=44	Vrouwen n=97	Totaal N=141
1 Normaal	—	—	—
2 Vergeetachtigheid/ beginnende dementie	5	9	8
3 Lichte dementie	30	25	26
4 Matige dementie	43	33	36
5 Matig ernstige dementie	20	15	17
6 Ernstige dementie	2	12	9
7 Zeer ernstige dementie	—	5	4

Tabel 6 Verdeling van de scores op de BSRC-assen over de zeven GDS-stadia. Percentages per as (N=141).

Score	Concentratie/ rekenvaardigheid	Recent geheugen	Lange termijn geheugen	Oriëntatie	Zelfstandig functioneren	Taal	Motorisch functioneren	Stemming en gedrag
1	6	3	8	18	6	16	15	23
2	14	4	18	22	5	31	4	21
3	33	14	30	25	6	26	21	18
4	16	31	19	10	36	15	16	17
5	12	25	13	14	12	7	17	14
6	10	19	9	9	22	4	21	6
7	9	4	3	2	13	1	6	1

Tabel 7 Scores op de schalen van de Beoordelingsschaal Oudere patiënten (BOP) en correlatie-coëfficiënten met de gemiddelde somscore van de Brief Cognitive Rating Scale (BCRS) (N=139).

BOP-schaal	Scorebereik	Gemiddelde score	SD	Correlatie
1 hulpbehoevendheid	0-46	8,3	7,4	0,78
2 agressiviteit	0-10	1,1	1,6	ns
3A lichamelijke invaliditeit	0- 6	1,2	1,4	0,68
3B psychische invaliditeit	0- 6	0,7	1,4	0,68
3C gedeprimeerd gedrag	0- 8	2,0	1,5	ns
4 inactiviteit	0-14	4,9	3,6	0,66

Gedragstoornissen

Uit tabel 7 blijkt dat er geen verband bestond tussen enerzijds de ernst van de dementie en anderzijds de mate van agressief dan wel gedeprimeerd gedrag. Evenmin bleken bij deze twee gedragstoornissen verbanden met geslacht, leeftijd of ziekte duur te bestaan. Bij vergelijking van de groep ≤ 80 jaar en de groep > 80 jaar constateerden wij een sterk verband tussen hulpbehoevendheid en ernst van de dementie; patiënten > 80 jaar waren meer hulpbehoevend en hun ziekte duur was langer. Tevens bleek er een verband te bestaan tussen lichamelijke en psychische invaliditeit en de ernst van de dementie. Patiënten > 80 jaar vertoonden in beide functies een ernstiger invaliditeit. Tot slot werd er een verband gevonden tussen inactiviteit en ernst van de dementie; patiënten met een ziekte duur ≥ 2 jaar waren ernstiger gestoord.

Beschouwing

Het recruterende van de onderzoekspopulatie bleek een zeer intensieve en langdurige aangelegenheid, ondanks de algemeen heersende mening dat dementie zo vaak zou voorkomen bij bejaarden.^{16 24} Verder viel een zeer groot aantal patiënten na de aanmelding uit; bij de aanmelding behoorden ze nog tot de doelgroep, bij het begin van het eigenlijke onderzoek niet meer.²⁵ Van deze patiënten zijn geen gegevens meer verzameld. Deze niet-onderzochte patiënten waren niet noodzakelijkerwijs dement, maar naar alle waarschijnlijkheid bevonden zich in deze groep naar verhou-

ding meer ernstig dementen dan in de uiteindelijke onderzoeksgroep.

Bijna een kwart van de patiënten weigerde deelname, maar behoorde wél tot de doelpopulatie. Deze weigeringen deden zich in tweede instantie voor en waren niet te voorkomen. De weigeraars onderscheidden zich niet in leeftijd en geslacht van de onderzochte groep.

Met betrekking tot de generaliseerbaarheid van de resultaten moet verder worden gewezen op de selectie door de gehanteerde in- en uitsluitcriteria. De resultaten hebben betrekking op een populatie van thuiswonende patiënten met een primaire vorm van dementie, die werden verzorgd door een centrale verzorger. Deze verzorger was niet alleen nodig voor het interventieproject, maar ook voor het bepalen van de ernst van de dementie en voor het vaststellen van gedragstoornissen; onderzoek bij alleenstaande demente patiënten of patiënten zonder duidelijke centrale verzorger zou minder betrouwbare gegevens hebben opgeleverd. Onze resultaten gelden derhalve niet zonder meer voor alle thuiswonende demente ouderen.

Voor zover kon worden nagegaan, hebben alleen Berg *et al.* op een vergelijkbare wijze geprobeerd thuiswonende patiënten met een milde vorm van dementie op te sporen.¹⁵ Zij vonden in een regio met ongeveer 300.000 bejaarden in twee jaar tijd echter slechts 548 personen die verder konden worden onderzocht. Uiteindelijk bleven er daarvan 44 over. Door registratieverschillen zijn hun recruteringsgegevens echter niet te vergelijken met de onze,

terwijl gegevens over het verloop door opname of overlijden totaal ontbreken.

De meeste patiënten bevonden zich in een matig stadium van dementie; meer dan een kwart bevond zich echter in een van de ernstigste drie stadia. Vrouwen verkeerden relatief vaker in deze stadia dan mannen.

Dit verschil kan veroorzaakt zijn door eerder overlijden van de mannen (andere aandoeningen), of door meer gedragstoornissen of een snellere progressie bij mannen, waardoor zij dan eerder waren opgenomen. Tegen dat laatste pleit echter het feit dat vrouwen over het algemeen langer leven dan mannen, waardoor er een grotere kans is dat demente mannen langer thuis worden verzorgd door hun echtgenote dan andersom. Eenzelfde observatie is gerapporteerd ten aanzien van het thuis overlijden na een ziekbed.²⁶

Het gevonden verband tussen cognitieve en gedragstoornissen (volgens BCRS en BOP) was in overeenstemming met gegevens uit de literatuur.^{10 11} Stoornissen in de gedragsfuncties nemen toe met de ernst van de dementie. Vergeleken met 'geestelijk gestoorde' patiënten in psychogeriatrische verpleeghuizen²⁰ vertoonden de door ons onderzochte groep dementen minder gedragsstoornissen, en hun dementie was waarschijnlijk ook minder ernstig.

Volgens enkele onderzoekers^{9 15} zouden depressieve stoornissen bij demente patiënten met name optreden in de vroege fase van het ziektebeeld. Wij hebben echter geen relatie kunnen aantonen tussen de ernst van de dementie en agressief en gedeprimeerd gedrag. Deze uitkomst komt overeen met de voorlopige resultaten van Teunisse *et al.*¹²

Er werd wel een verband gevonden tussen ziekte duur vóór aanvang van het onderzoek en de ernst van de dementie. De ziekte duur werd hetero-anamnestic vastgesteld en werd daarmee onder meer bepaald door de opmerksaamheid van de omgeving. Bij gebrek aan een objectief beginpunt was dit de enige mogelijkheid om het begin van de aandoening te kunnen bepalen. De gemiddelde duur van de dementie vóór de aanvang van het onderzoek illustreert dat de begeleiding van een thuiswonende demente oudere en zijn omgeving een langdurig proces kan zijn.

Een andere opmerkelijke bevinding was dat de meeste patiënten een ziekte duur hadden van meer dan twee jaar en dat de meeste patiënten zich in GDS-stadium 4 of hoger bevonden. Bij een vroege diagnosestelling zou men een piek verwachten van patiënten met een korte ziekte duur en in een minder ernstig stadium. Deze uitkomst ondersteunt de veronderstelling dat het enige tijd vergt om de diagnose dementie te stellen.²⁴⁻²⁷

Uit dit onderzoek komt naar voren dat de door ons onderzochte populatie variatie vertoont in de ernst van dementie: de groep bestaat niet slechts uit patiënten met een lichte vorm van dementie en lichte gedragsstoornissen. Tevens blijkt dat een aanzienlijk aantal demente patiënten langere tijd thuis wordt verzorgd. Nadere gegevens over de snelheid van achteruitgang bij deze patiënten zijn van belang om een beter beeld te krijgen van het verloop van deze aandoening en van de betekenis hiervan voor behandeling door de huisarts vanaf het moment dat de diagnose is gesteld. Tevens is het belangrijk het beloop van deze aandoening bij thuiswonende patiënten te vergelijken met het beloop bij patiënten die in een instituut worden opgenomen. Hierbij kan worden nagegaan met welke factoren of patiëntkenmerken opname voorspeld kan worden en op welke termijn.

Een standaardinstrument waarmee de ernst van dementie wordt bepaald, is van belang voor het vergelijken van onderzoeksresultaten. De door ons gebruikte instrumenten waren hiervoor zeer geschikt. Daarnaast lijkt standaardisering van belang voor de communicatie tussen de verschillende disciplines. Een glijdende schaal, zoals de BCRS, is hiervoor te gedetailleerd; een globalere indeling in stadia, zoals de GDS, voldoet beter; deze indeling wordt ook genoemd in de NHG-standaard Dementiesyndroom.²⁸

Dankbetuiging

Speciale dank gaat uit naar Ruud Harbers en Anneke van der Plaats die vooral de lasten en de lusten tijdens de recrutering hebben geproefd. Niet te vergeten een woord van dank aan Henk van den Hoogen voor zijn kritische en aanvullende opmerkingen.

Literatuur

- ¹ Anonymous. Diagnostic and statistic manual of mental disorders. DSM-III. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1980.
- ² McKahn G, Drachman D, Folstein M, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease. *Neurology* 1984; 34: 939-44.
- ³ Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) / Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Consensus 'Diagnostiek bij het dementiesyndroom'. Utrecht: CBO, 1988.
- ⁴ Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for the Assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 1136-9.
- ⁵ Hughes CP, Berg L, Danziger WL, et al. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* 1982; 140: 566-72.
- ⁶ Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Minimal state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98.
- ⁷ Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *Brit J Psychiatry* 1968; 114: 797-811.
- ⁸ Moore JT, Bobula JA, Short TB, Mischel M. A functional dementia scale. *J Fam Pract* 1983; 16: 199-503.
- ⁹ Cooper JK, Mungas D, Weiler PG. Relation of cognitive status and abnormal behaviors in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 867-70.
- ¹⁰ Teri L, Larson EB, Reifler BV. Behavioral disturbance in dementia of the Alzheimer's type. 1988; 36: 1-6.
- ¹¹ Teri L, Borson S, Kiyak HA, Yamagishi M. Behavioral disturbance, cognitive dysfunction, and functional skill. Prevalence and relationship in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 109-16.
- ¹² Teunisse S, Derix MMA, Van Crevel H. Het meten van de ernst van dementie. Patiënt en verzorgers. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 327-31.
- ¹³ Swearer JM, Drachman DA, O'Donnel BF, Mitchell AL. Troublesome and disruptive behaviors in dementia. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 784-90.
- ¹⁴ Greene JG, Smith R, Gardiner M, Timbury GC. Measuring behavioral disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives. A factor analytic study. *Age Ageing* 1982; 11: 121-6.
- ¹⁵ Berg L, Hughes CP, Coben LA, et al. Mild senile dementia of Alzheimer type. Research diagnostic criteria, recruitment, and description of a study population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1982; 45: 962-8.
- ¹⁶ Vernooij-Dassen MJFJ, Persoon JMG. Het thuismilieu van dementerende ouderen. Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde / Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1990.
- ¹⁷ Reisberg B, Schneck MK, Ferris SH, et al. The Brief Cognitive Rating Scale (BCRS). Findings in primary degenerative dementia (PDD). *Psychopharmacol Bull* 1983; 19: 47-50.
- ¹⁸ Reisberg B, London E, Ferris SH, et al. The Brief Cognitive Rating Scale. Language, motoric and mood concomitants in primary degenerative dementia. *Psychopharmacol Bull* 1983; 19: 702-8.
- ¹⁹ Van der Kam P, Wimmers MFHG. Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten, Deventer: Van Loghum Slaterus, 1971.
- ²⁰ Diesfeldt HFA. Over de interpretatie van veranderingen in BOP-scores bij longitudinaal onderzoek van individuele patiënten. *Gerontologie* 1981; 12: 212-7.
- ²¹ Trommel J, Gips CH. Prognosticated Longevity Quotient (PLQ) en Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (BOP). *Gerontologie* 1980; 11: 48-52.
- ²² Diesfeldt HFA. De BOP 10 jaar. *Gerontologie* 1981; 12: 139-47.
- ²³ Van der Kam P, Hoeksma BH. De bruikbaarheid van BOP en SIVIS voor het schatten van de werklust in het psychogeriatrisch verpleeghuis. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1989; 20: 159-66.
- ²⁴ Muskens JB, Huygen FJA, Van Weel C. Prevalentie van dementie bij ouderen. Verschil tussen gegevens uit huisartsregistratieprojecten en uit onderzoek in open populaties. *Huisarts en Wet* 1991; 34: 491-9.
- ²⁵ Mokken RJ. De vragenlijst in processie. In: De Jong-Gierveld J, Van der Zouwen J, red. De vragenlijst in sociaal onderzoek. Een confrontatie van onderzoekspraktijk en -methodiek, Deventer: Van Loghum Slaterus, jaartal: 25-47.
- ²⁶ Lagro-Janssen T. Een plek om te sterven... Voor man en vrouw gelijk? *Huisarts Wet* 1987; 30: 101-4.
- ²⁷ Meyboom-de Jong B. Bejaarde patiënten: Een onderzoek in twaalf praktijken. Lelystad: Mediteck, 1989.
- ²⁸ De Bruyne GA, Meyboom-de Jong B, Muskens JB, et al. NHG-standaard Dementiesyndroom. *Huisarts Wet* 1991; 34: 598-607. ■

Abstract op pag. 256.

Tolbutamide + metformine?

Tijdens het FTO binnen onze huisartsengroep over de NHG-standaard Diabetes Mellitus type II¹ rees de vraag of de combinatie Rastinon/Glucofaag zinvol is. Volgens de Standaard lijkt er voor deze combinatie geen plaats. Toch wordt zij veel voorgeschreven, door huisarts en internisten. Kortom: tolbutamide samen met metformine – juist of onjuist?

S.J. Kool

¹ Cromme PVM, Mulder JD, Rutten GEHM, et al. NHG-standaard Diabetes Mellitus Type II. Huisarts Wet 1989; 32: 509-12.

Naschrift

Gezien de verschillende werkingsmechanismen van sulfonylureumderivaten en metformine, is er reden om te veronderstellen dat de combinatie tolbutamide-metformine een gunstige invloed op het bloedglucosegehalte zal hebben. Irrationeel is de combinatie dus niet, maar zij is niet logisch.

Wanneer met tolbutamide alleen geen adequate regulering van het bloedglucosegehalte wordt bereikt, is het zinvoller eerst het effect van een langer en sterker werkend sulfonylureumderivaat af te wachten, alvorens eventueel over te gaan op een combinatietherapie van twee medicamenten. Daarvoor zijn twee redenen: monotherapie bevordert de compliantie en metformine heeft nogal wat contra-indicaties en niet zelden ook bijwerkingen. Wanneer toch moet worden overgegaan tot combinatietherapie, dan is het onlogisch om naast metformine weer tolbutamide te gaan gebruiken.

Het antwoord luidt dus: deels juist, deels onjuist.

G. Rutten

Vallen van ouderen

In de geriatrie literatuur wordt vallen bij ouderen nogal eens in verband gebracht met een excessieve bloeddrukval bij het overeind komen uit liggende of zittende houding (orthostatische hypotensie).^{1,2} Deze relatie is echter niet zo vanzelfsprekend: bij gezonde bejaarden daalt de bloeddruk bij het overeind komen niet sterker dan bij jongere mensen.³ Waarschijnlijk wordt vallen vaker veroorzaakt door aandoeningen van het (neuro)vestibulaire apparaat dan door aandoeningen van het hart- en vaatstelsel.

Daarnaast kan het (onjuist) gebruik van onder meer sedativa tot vallen leiden.⁴ Als de huisarts

te maken krijgt met een oudere die is flauwgevalen, kan hij meestal volstaan met een grondige anamnese en gericht lichamelijk onderzoek;³ aanvullend onderzoek (zoals Holter-monitring) zal zelden nodig zijn.⁵

Prudham & Grimley Evans constateerden dat 50 procent van de door hen onderzochte 65-plussers was gevallen door struikelen.⁶ Tegen deze achtergrond lijkt de bewering dat vallen altijd veroorzaakt wordt door een combinatie van omgevings- en patiëntgebonden factoren,⁷ minder relevant dan het feit dat een bejaarde nu eenmaal minder snel op struikelen reageert, en daardoor ook in een aangepaste omgeving gemakkelijker zal vallen.

Overigens had in de literatuurlijst het boekje 'Vallen, een geriatrisch probleem'⁸ niet mogen ontbreken.

J.H.A.Dambrink

¹ Johnson RH, Lambie DG, Spalding JMK. Neurocardiology. London: Saunders, 1984: 139-42.

² Lye M. The autonomic nervous system and postural hypotension in the elderly. Grimley Evans J, Caird FI, eds. Advanced geriatric medicine. London: Butterworth & Co, 1988: 62-73.

³ Dambrink JHA. Orthostatic regulation of blood pressure in healthy individuals. A comparative study in young and old individuals. Franeker: Van Wijnen, 1991.

⁴ Halper JP, Mann JJ. Cardiovascular effects of antidepressant therapy. Br J Psych 1988; 153(suppl): 87-98.

⁵ Day SC, Eisenberg JM. Syncope. In: Griner PF, Panzer RJ, Greenland P. Clinical diagnosis and the laboratory. Chicago: Year Book Medical Publishers 1986: 107-22.

⁶ Prudham D, Grimley Evans J. Factors associated with falls in the elderly. A community study. Age Ageing 1981; 10: 141-6.

⁷ Soomers-Turlings JMSJG, Crebolder HFJM, Beusmans GHM, Bal RM. Het vallen van ouderen. Huisarts Wet 1992; 2: 57-61.

⁸ Goedhard WJA, Knook DL. Vallen: een geriatrisch probleem. Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1982.

Naschrift

Wij zijn met opzet niet ingegaan op de mogelijke betekenis van orthostatische hypotensie bij het vallen van ouderen, omdat een dergelijk verband niet blijkt uit de studie van Tinetti.¹ Het relatieve risico bedraagt 0,8 en 'postural hypotension' werd slechts bij 10 procent van de gevallen ouderen gevonden. Of er op het moment van de val sprake was van orthostatische hypotensie, is niet onderzocht. Het onderzoek van Dambrink maakt een dergelijk verband zelfs onwaarschijnlijk; hij vond geen verschil in bloeddrukval tussen jongeren en ouderen bij overeind komen.²

H.F.J.M. Crebolder

¹ Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. N Engl J Med 1988; 319: 1701-7.

² Dambrink JHA. Orthostatic regulation of blood pressure in healthy individuals. A comparative study in young and old individuals. Franeker: Van Wijnen, 1991.

Abstract

Muskens JB, Gieles A, Vernooij-Dassen MJFJ, Persoon JMG, Van Weel C. Seriousness of dementia in demented patients living at home. Huisarts Wet 1992; 35(6): 230-4.

Most demented patients live at home but there is little research as to the condition of this group, most studies having been performed in clinics. This study was directed at the seriousness of dementia in elderly patients living at home who had a primary form of dementia. The group studied consisted of 44 males and 97 females all of whom were supported by a central care. The average age was 79 years and the average duration of the disease since the beginning of the disorder was 4 years. Seriousness of dementia was estimated by means of the Brief Cognitive Rating Scale (BCRS) and the Global Deterioration Scale. The Assessment Scale for Elderly Patients (in Dutch: BOP) was used to study the relation between cognitive and behavioral disturbances on the one hand and the seriousness of the dementia on the other hand. Most patients were moderately demented, but more than one quarter showed serious dementia. There were relatively more females than males in the latter group. A relation was found between seriousness of dementia and duration of illness but not with depressive or aggressive behaviour.

Key words Dementia, senile.

Correspondence J.B. Muskens, MD, 22 Bachstraat, 6521 EJ Nijmegen, The Netherlands.