

Huisartsgeneeskundige diagnostiek bij ouderen met cognitieve stoornissen

Een onderzoek naar de bruikbaarheid en validiteit van diagnostische richtlijnen

A.W. WIND
F.G. SCHELLEVIS
G. VAN STAVEREN
ET AL.

Wind AW, Schellevis FG, Van Staveren G, Jonker C, Van Eijk JThM. Huisartsgeneeskundige diagnostiek bij ouderen met cognitieve stoornissen. Een onderzoek naar de bruikbaarheid en validiteit van diagnostische richtlijnen. *Huisarts Wet* 1995; 38(7): 296-301.

Samenvatting De in 1989 ontwikkelde 'Richtlijnen voor huisartsgeneeskundige diagnostiek bij ouderen met cognitieve stoornissen' zijn vergelijkbaar met het diagnostisch gedeelte van de NHG-Standaard Dementiesyndroom. Een groep van 30 huisartsen paste de richtlijnen toe bij 81 mogelijk demente ouderen. De bruikbaarheid werd beoordeeld door de huisartsen zelf en door na te gaan in welke mate de verschillende onderdelen werden toegepast. De validiteit werd vastgesteld door vergelijking met een extern criterium, waarbij ook de samenhang met patiëntkenmerken werd betrokken. De bruikbaarheid van de richtlijnen was goed. De richtlijnen werden bij 59 procent van de demente ouderen die contact met de huisarts hadden, niet toegepast. De sensitiviteit van de diagnose op grond van de richtlijnen was 76 procent, de specificiteit 85 procent.

Dr. A.W. Wind, arts; * † Dr. F.G. Schellevis, huisarts; * † Dr. G. van Staveren, socioloog; * Dr. C. Jonker, neuroloog; † ‡ Prof.dr. J.Th.M. van Eijk, socioloog. * † * Vakgroep Huisarts- en Verpleeghuis- en Sociale Geneeskunde Vrije Universiteit Amsterdam.

† Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek Vrije Universiteit Amsterdam.

‡ Vakgroep Psychiatrie Vrije Universiteit Amsterdam.

Correspondentie: Dr. A.W. Wind, Vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde, Vrije Universiteit, Van der Boerhorststraat 7, 1081 BT Amsterdam; telefoon 020-444.8199; fax 020-444.8181.

Inleiding

In 1989 zijn binnen de vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde van de Vrije Universiteit 'Richtlijnen voor huisartsgeneeskundige diagnostiek bij ouderen met cognitieve stoornissen' ontwikkeld.¹⁻³ Het diagnostisch gedeelte van de NHG-Standaard Dementiesyndroom⁴ (1991) is voor een belangrijk deel gebaseerd op deze richtlijnen. Omdat de overeenkomsten groot zijn en de verschillen voornamelijk details betreffen, heeft een onderzoek naar de bruikbaarheid en validiteit van de richtlijnen ook waarde voor het vaststellen van de bruikbaarheid en validiteit van het diagnostisch gedeelte van de NHG-standaard.

De vraagstellingen van dit onderzoek luiden:

- Hoe wordt de bruikbaarheid van de 'Richtlijnen voor huisartsgeneeskundige diagnostiek bij ouderen met cognitieve stoornissen' beoordeeld door de huisartsen? Worden in de praktijk bij bepaalde patiënten onderdelen van deze richtlijnen vaker overgeslagen dan bij andere?
- In hoeverre worden de richtlijnen toegepast bij alle in aanmerking komende demente ouderen? Welke kenmerken hebben demente ouderen bij wie de richtlijnen niet toegepast werden?
- Hoe is het gesteld met de criteriumvaliditeit van de diagnose op basis van deze richtlijnen? In hoeverre voorspellen patiëntvariabelen, compliantie en bevindingen de juistheid van de diagnose op basis van de richtlijnen?

Methoden

In het kader van 'the Amsterdam Study of the Elderly' (AMSTEL) werd tussen januari 1990 en augustus 1991 het cognitief functioneren van thuiswonende Amsterdamse ouderen onderzocht. Dat gebeurde in een naar leeftijd gestratificeerde steekproef van patiënten van 65-84 jaar, afkomstig uit 24 praktijken met 30 huisartsen. De registratieperiode duurde per huisarts vier tot zes maanden. Bij alle ouderen die in

deze periode contact hadden met hun huisarts, ging deze na of de patiënt voldeed aan de volgende insluitcriteria:

- hulpvraag over en/of signalen van cognitieve stoornissen;
- leeftijd ≥ 65 jaar;
- helder bewustzijn.

De richtlijnen voor de huisarts staan in een klapper¹ (tabel 1); zij omvatten drie stappen. Stap 1 leidt tot een uitspraak over het bestaan van cognitieve stoornissen. Indien deze aanwezig zijn, volgen de stappen 2 en 3. Stap 2 heeft betrekking op het bestaan van complicerende factoren, stap 3 bestaat uit een herevaluatie van de cognitie en leidt tot een uitspraak over de aanwezigheid van dementie.

Bruikbaarheid

De huisartsen vulden na afloop van de registratieperiode een formulier in over de bruikbaarheid van de richtlijnen. De volgende variabelen werden gemeten: bruikbaarheid klapper, oordeel over de tijdsinvestering, en bruikbaarheid van de verschillende onderdelen van de richtlijnen. De antwoorden konden worden gegeven op een vijfpuntsschaal. Per onderdeel werd bovendien nagegaan in hoeverre de verschillende items ook werden toegepast door de huisartsen (compliantie per huisarts per onderdeel).

Validiteit

De huisartsen registreerden per patiënt of deze aan de drie insluitcriteria voldeed en ingesloten kon worden. Indien een patiënt ingesloten werd, pasten de huisartsen de richtlijnen toe. Zij registreerden het wel of niet bestaan van cognitieve stoornissen na stap 1 en het wel of niet bestaan van dementie volgens de criteria van de CBO-consensusbijeenkomst⁵ na stap 3. Beide uitkomsten golden als diagnose op grond van de richtlijnen.

Bij elk item registreerden de huisartsen of zij het waren nagegaan. De compliantie werd berekend door per patiënt per onderdeel het percentage toegepaste items te berekenen, en te dichotomiseren bij de mediaan. Tevens registreerden de huisartsen per item of het positief (afwijkend)

Tabel 1 Overzicht van de richtlijnen in stappen, onderdelen en items

Onderdelen	Items
Insluitcriteria	<ul style="list-style-type: none">- hulpvraag over en/of signalen van cognitieve stoornissen- leeftijd ≥ 65 jaar- helder bewustzijn
<i>Stap 1</i>	
Anamnese	<ul style="list-style-type: none">- klachten patiënt- klachten omgeving- belemmering dagelijks functioneren- stoornis korte termijn geheugen- familie anamnese m.b.t. dementie
Observatie	<ul style="list-style-type: none">- verandering presentatie- verandering taalgebruik- vermindering concentratie- vermindering geheugen- confabulaties- façade
Eventueel cognitieve functie test: MMSE	
Uitkomst: cognitieve stoornissen nee / ja	
<i>Stap 2</i>	
Somatische anamnese	<ul style="list-style-type: none">- gebruik (zelf) medicatie- klachten bekende aandoeningen- andere lichamelijke klachten- bovenmatig alcoholgebruik- slechte voeding- recent (hoofd) trauma- belaste familie-anamnese
Psychische anamnese	<ul style="list-style-type: none">- recente belangrijke gebeurtenis- angst of ongerustheid- depressiviteit- psychotische symptomen
Sociale anamnese	<ul style="list-style-type: none">- relatieproblemen- eenzaamheid- verminderd sociaal functioneren
Lichamelijk onderzoek	<ul style="list-style-type: none">- problematisch zorgsysteem- afwijkingen bij gericht onderzoek- dehydratie- parkinsonsymptomen
Laboratorium onderzoek	<ul style="list-style-type: none">- afwijkingen bij gericht onderzoek- Hb $< 7,0$ mmol- glucose $> 11,0$ mmol- gestoorde TSH- kreatinineklaring < 40 ml/min
<i>Stap 3</i>	
Herevaluatie cognitie	<ul style="list-style-type: none">- stoornissen korte termijn geheugen- stoornissen lange termijn geheugen- achteruitgang sinds eerste consult- taalstoornissen- stoornissen praxis of gnosis- karakterveranderingen
Uitkomst: dementie nee / ja	

was bij de betreffende patiënt. Indien een MMSE (Mini-Mental State Examination⁶) werd afgenomen, registreerden de huisartsen alleen de somscore. Het percentage positieve bevindingen werd per onderdeel vastgesteld en gedichotomiseerd bij de mediaan.

Extern criterium

Onafhankelijk van de registratie door de huisartsen werd bij alle ouderen thuis de Geriatric Mental State Schedule (GMS⁷) afgenomen door getrainde interviewers. De GMS bestaat uit 140 vragen en 40 observatiepunten die betrekking hebben op de meest voorkomende psychiatrische beelden bij ouderen. Met behulp van het AGE-CAT-algoritme⁸ waarin een afweging van symptomen wordt gemaakt, kunnen op basis van de GMS verschillende syndromen gediagnostiseerd worden, zoals organische, depressieve en angstsyndromen, die naast elkaar kunnen voorkomen op verschillende waarschijnlijkheidsgraden (0 = zeker afwezig, 5 = zeker aanwezig). Vervolgens worden deze syndromen tegen elkaar afgewogen om te komen tot één eindiagnose.

Zowel GMS als AGE-CAT zijn valide en betrouwbaar gebleken.^{9,10} De AGE-CAT-diagnose 'organisch syndroom' (met afkappunt tussen waarschijnlijkheidsniveaus 2 en 3) is als extern criterium gebruikt voor het vaststellen van de validiteit van de richtlijnen. Het organisch syndroom omvat zowel het dementiesyndroom als het delier.

Patiëntvariabelen

Tijdens het interview bij de deelnemers thuis werden nog twee andere vragenlijsten afgenomen: de MMSE⁶ als maat voor het cognitief functioneren, en de IADL-schaal¹¹ als maat voor het dagelijks functioneren. Beide instrumenten worden veel gebruikt en zijn uitgebreid getest.^{12,13} De MMSE-score werd gebruikt in drie categorieën: normale cognitie (score 26-30), verminderde cognitie (22-25) en slechte cognitie (≤ 21). De score op de IADL-schaal (bestaande uit 8 items) werd eveneens gebruikt in drie categorieën: zelfstandig (geen items beperkt), verminderd

functioneren (1-2 items beperkt) en slecht functioneren (≥ 3 items beperkt).

Tevens werd gevraagd naar klachten van de patiënt of de familie over het geheugen van de patiënt en naar de eventuele duur hiervan. Ook deze variabele werd gebruikt in drie categorieën: geen geheugenklachten, ≤ 2 jaar klachten en > 2 jaar klachten. Ook werd de bekende chronische comorbiditeit vastgelegd in drie categorieën: geen ziekte, 1 ziekte en ≥ 2 ziekten.

Tenslotte werden achtergrondkenmerken van de patiënten vastgelegd: leeftijd (vier vijfjaarsklassen), geslacht en duur opleiding (≤ 6 jaar, > 6 jaar onderwijs).

Betrouwbaarheid

Ter bevordering van de uniformiteit en volledigheid bij beoordeling en registratie werden de volgende maatregelen genomen:

- Alle deelnemende huisartsen kregen na lezing van de richtlijnen¹ een training in toepassing en registratie.
- De huisartsen werden uitdrukkelijk geïnstrueerd dat bij het toepassen van de richtlijnen het principe 'niet geregistreerd = niet gedaan' zou gelden, en hierop werd gecontroleerd.
- De patiëntkaart van de ouderen die benaderd waren voor deelname aan het interview thuis, werd gemarkeerd en van een registratieformulier voorzien.
- Regelmatig werden kopieën van de ingestuurde formulieren teruggestuurd aan de huisarts.
- Tijdens de registratieperiode werd tweewekelijks contact met de huisartsen onderhouden teneinde hen ertoe te bewegen de insluitcriteria consequent toe te passen en ingesloten patiënten te vervolgen.

Analyse

De eerste vraag werd beantwoord op basis van beschrijvingen van de huisartsscores betreffende de drie aspecten van bruikbaarheid. Hiertoe werd het aantal huisartsen dat 4 of 5 (goed en zeer goed) scoorde geteld. De daadwerkelijke toepassing wordt per stap-onderdeel en per item weergegeven. Ten behoeve van het tweede

gedeelte van de vraag werd de samenhang vastgesteld tussen enerzijds de genoemde patiëntvariabelen en anderzijds het wel/niet volledig toepassen van onderdelen die relatief vaak werden overgeslagen.

De tweede vraag werd beantwoord door te berekenen welk percentage van de volgens het criterium demente patiënten niet was ingesloten. Daarnaast werd nagegaan ten aanzien van welke patiëntvariabelen 'niet-ingesloten dementen', verschilden van 'ingesloten dementen'.

Ten behoeve van de derde vraag werden de sensitiviteit en specificiteit berekend van de diagnose op grond van de richtlijnen. Het antwoord op het tweede gedeelte van de vraag werd verkregen door de mate van voorspelling van de juistheid van de diagnose op grond van de richtlijnen apart na te gaan voor patiëntvariabelen, compliantie en bevindingen.

Bivariate analyses werden uitgevoerd met behulp van kruistabellen, multivariate analyses met behulp van logistische regressie-analyse. Bij beide werd een significantieniveau van $p < 0,05$ aangehouden. De meeste variabelen zijn dichotoom. De variabelen met meer dan twee categorieën konden gebruikt worden als intervalvariabelen.

De hoogte van de odds ratio (OR) per variabele is een maat voor de invloed van die variabele op de afhankelijke variabele. Huisartsen met veel patiënten in de onderzoekspopulatie leggen meer gewicht in de schaal. Eventuele vertekening van de verbanden door grotere invloed van huisartsen met veel (> 5 procent) patiënten in de onderzoekspopulatie, werd op drie manieren onderzocht:

- Door na te gaan of de groep patiënten van huisartsen met veel en huisartsen met minder patiënten in de onderzoekspopulatie verschilden.
- Door in de logistische regressie-analyse het effect van toevoeging van de indicatorvariabele 'huisarts' op de verschillende regressiecoëfficiënten te beoordelen.
- Door na te gaan of de spreiding van patiënten over huisartsen evenwichtig was.

Resultaten

Van de 1135 patiënten bij wie de 30 huisartsen de insluitcriteria van de richtlijnen nagingen, hadden 99 een hulpvraag over en/of signalen van dementie. Zij werden door de huisartsen ingesloten en bij hen werden de richtlijnen toegepast.

Bruikbaarheid

Tabel 2 (eerste kolom) geeft een overzicht van de bruikbaarheid van de richtlijnen. De klapper werd bruikbaar gevonden: toegankelijk en informatief. De richtlijnen sloten redelijk goed aan bij de normale werksituatie. Meer dan de helft van de huisartsen (18) gaf aan aanvankelijk meer tijd kwijt te zijn geweest door volgens de richtlijnen te werken. Bij het vaker toepassen van de richtlijnen werd de tijdsinvestering minder; nog 8 huisartsen gaven aan meer tijd kwijt te zijn geweest door het werken volgens de richtlijnen.

De verschillende onderdelen van de richtlijnen werden bruikbaar gevonden, zoals bleek uit de algemene evaluatie en uit de toepassing van items (tabel 2, tweede kolom). Bij alle onderdelen ligt de mediaan van de compliantie per onderdeel per huisarts bij 90 procent of hoger, behalve bij de onderdelen laboratoriumonderzoek en herevaluatie cognitie. Bij analyse op itemniveau bleek dat alleen het item 'familie-anamnese met betrekking tot dementie' minder vaak werd toegepast. Bij het laboratoriumonderzoek en de herevaluatie waren geen specifieke items die minder vaak toegepast werden; deze onderdelen werden in hun geheel minder vaak verricht dan de andere onderdelen.

Er hingen geen patiëntvariabelen samen met het wel/niet volledig uitvoeren van het laboratoriumonderzoek. Het uitvoeren van de volledige herevaluatie hing samen met de cognitie: bij een verdachte of slechte cognitie (lagere MMSE-score) werd vaker een volledige herevaluatie uitgevoerd.

Toepassing bij alle demente ouderen?

De populatie van 1135 ouderen bestond voor 35 procent uit mannen. De gemiddelde leeftijd was gelijk voor mannen en vrouwen: 74 jaar (SD 6 jaar).

Tabel 2 Bruikbaarheid richtlijnen en huisartscompliance stap-onderdelen. N=30

	Bruikbaarheid* (zeer) goed	Compliance (%)† mediaan
Bruikbaarheid klapper	19	
Tijdsinvestering aanvankelijk	3	
Tijdsinvestering later	10	
Bruikbaarheid insluitcriteria	26	
Bruikbaarheid stap 1	23	
– anamnese		91
– observatie		100
Bruikbaarheid MMSE	20	
Bruikbaarheid stap 2	21	
– somatische anamnese		100
– psychische anamnese		100
– sociale anamnese		100
– lichamenlijk onderzoek		100
– laboratorium onderzoek		80
Bruikbaarheid stap 3	17	
– herevaluatie cognitie		75

* Gemeten op een vijfpuntsschaal: 1 = zeer slecht, 5 = zeer goed. Aantallen met scores 4 en 5.

† Mediaan van het gemiddelde percentage toegepaste items per staponderdeel per huisarts.

Tabel 3 Relatie tussen patiëntkenmerken en het (niet) toepassen van de richtlijnen* bij volgens het extern criterium demente ouderen. N=66

Patiëntkenmerken		Odds ratio†	(95%-BI)
MMSE (cognitie)	≤21 = slecht	1	
	22-25 = suspect	3,9	(1,4 - 10,0)
	26-30 = goed	14,9	(2,0 - 100,0)
IADL (dagelijks functioneren)	≥3 items beperkt = slecht	1	
	1-2 items beperkt = suspect	2,0	(1,1 - 5,0)
	0 items beperkt = zelfstandig	4,1	(1,2 - 25,3)

* Richtlijnen niet toegepast (n=39) versus richtlijnen wel toegepast (n=27, referentiepopulatie)

† Gecorrigeerd voor IADL-score, respectievelijk MMSE-score.

Tabel 4 Diagnose op grond van de richtlijnen vergeleken met de diagnose op grond van het extern criterium (GMS/AGECAT). N=81

Richtlijnen	Extern criterium		
	dement	niet dement	totaal
dement	16	9	25
niet dement	5	51	56
totaal	21	60	81

Sensitiviteit: 16/21 = 76% (95%-betrouwbaarheidsinterval 67-85)

Specificiteit: 51/60 = 85% (95%-betrouwbaarheidsinterval 77-93)

Bij alle ouderen werd de GMS/AGECAT afgenomen; dit leverde 66 ouderen met een 'organisch syndroom' op. In 27 gevallen had de huisarts de richtlijnen toegepast (patiënt ingesloten), in 39 niet (59 procent, 95%-betrouwbaarheidsinterval 53-65). Deze 39 ouderen voldeden volgens de huisarts niet aan het insluitcriterium 'hulpvraag over en/of signalen van cognitieve stoornissen'.

De patiëntvariabelen van 'ingesloten' en 'niet-ingesloten dementen' verschilden op een aantal punten van elkaar. De 'niet-ingesloten dementen' hadden een lagere leeftijd, een hogere MMSE-score (betere cognitie) en een lagere IADL-score (minder problemen in het dagelijks functioneren). De grootte van de verbanden is weergegeven in tabel 3. Leeftijd was in de multivariate analyse niet meer significant.

Criteriumvaliditeit diagnose op grond van richtlijnen

Bij 18 van de 99 ingesloten patiënten ontbraken gegevens over volgende stappen in de richtlijnen, doordat de patiënt na het eerste contact niet opnieuw op het spreekuur was verschenen wegens ziekenhuisopname of doordat de registratieperiode was beëindigd. Vier van deze uitvallers hadden een organisch syndroom volgens GMS/AGECAT. Van de 81 resterende patiënten hadden er 21 een organisch syndroom. Het percentage dementen in deze twee groepen verschilde niet significant.

De 81 patiënten (46 procent mannen) waren ingeschreven bij 25 van de 30 huisartsen. De gemiddelde leeftijd was gelijk voor mannen en vrouwen: 76 jaar (SD 6 jaar). Bij 48 ouderen kwamen de huisartsen op grond van stap 1 tot de conclusie 'geen cognitieve stoornissen'. Bij 33 ouderen werden de stappen 2 en 3 gevolgd. De sensitiviteit van de diagnose op grond van de richtlijnen was 76 procent en de specificiteit 85 procent (tabel 4).

In vijf gevallen werd een fout-negatieve diagnose gesteld op grond van de richtlijnen, viermaal omdat na stap 1 ten onrechte werd geconcludeerd dat er geen cognitieve stoornissen waren. Bij twee van deze vier patiënten was door de huisarts een MMSE afgenomen: scores 24 en 25. De

patiënten met een fout-negatieve diagnose hadden, vergeleken met de patiënten met een terecht-positieve diagnose, een significant minder slechte cognitie (hogere MMSE-score). Tevens waren er significant minder positieve bevindingen bij de observatie-items van stap 1.

In negen gevallen werd een fout-positieve diagnose gesteld op grond van de richtlijnen. Deze patiënten verschilden ten opzichte van patiënten met een terecht-negatieve diagnose ten aanzien van het dagelijks functioneren (dit was slechter = lagere IADL-score) en ten aanzien van het opleidingsniveau (dit was hoger). Tevens waren er significant meer positieve bevindingen bij de anamnese en de observatie-items van stap 1.

Andere patiëntvariabelen en de compliantie per patiënt hingen niet samen met de juistheid van de diagnose. Zowel de fout-negatieve, als de fout-positieve diagnoses waren evenwichtig gespreid over de huisartsen.

Beschouwing

Waarschijnlijk is in dit onderzoek selectie van huisartsen opgetreden, doordat de deelnemende huisartsen geïnteresseerd waren in het onderwerp en bereid waren de richtlijnen toe te passen. Deze selectie heeft ons inziens meer invloed op de beoordeling van de bruikbaarheid van de richtlijnen dan op hun validiteit. De bruikbaarheid is gedeeltelijk op huisartsniveau gemeten en mogelijk beoordelen geïnteresseerde huisartsen dergelijke richtlijnen als beter bruikbaar dan minder geïnteresseerde huisartsen. De daadwerkelijke toepassing van de richtlijnen en de validiteit is op patiëntniveau gemeten. Hierbij worden verschillen tussen huisartsen enigszins verkleind door de diversiteit van de patiënten van één huisarts, al blijft de huisarts van invloed.

Tevens hebben wij te maken met een zekere onderrapportage: huisartsen verga-ten formulieren in te vullen, hadden soms geen tijd of hadden de kaart niet bij zich bij een huisbezoek; soms ontbrak de markering op de patiëntenkaart of het formulier. Ook waren er huisartsen die aangaven

niet bij iedere oudere formulieren in te (willen) sturen, maar alleen bij patiënten die ingesloten konden worden. De 99 ingesloten patiënten en de 1135 ouderen bij wie de insluitcriteria getoetst werden, vormen dan ook een selectie uit de totale populatie ouderen van de huisartsen. Dit heeft consequenties voor de generaliseerbaarheid van deze cijfers. Ons inziens heeft deze selectie geen gevolgen voor de interpretatie van de bruikbaarheid of de validiteit van de richtlijnen.

Het door ons gebruikte extern criterium, de GMS/AGECAT-diagnose, is een diagnose op basis van een eenmalige meting waarin geen rekening wordt gehouden met het beloop van het cognitief functioneren. Het is denkbaar dat patiënten met een hoog opleidingsniveau in een vroeg stadium van het dementieproces niet als zodanig gediagnostiseerd worden door de GMS/AGECAT. Uit de literatuur blijkt dat door de GMS/AGECAT de diagnose vaker juist wordt gesteld naarmate het klinisch beeld meer op de ziekte van Alzheimer lijkt.¹⁴ Hoewel de diagnose 'organisch syndroom' formeel meer bevat dan 'dementie' (bijvoorbeeld ook 'delirium'), kan ze in de door ons gebruikte populatie van thuiswonende ouderen gelijk gesteld worden aan 'dementie', omdat de andere mogelijke ziekten nauwelijks voorkomen in de thuissituatie.

Bruikbaarheid

De richtlijnen werden door de huisartsen als bruikbaar beoordeeld. Wel nam het toepassen van de richtlijnen meer tijd dan het werken volgens de eigen manier, al nam deze tijdsinvestering af bij het vaker toepassen. De meeste stap-onderdelen werden vrijwel volledig toegepast; alleen het laboratoriumonderzoek en de herevaluatie werden minder vaak verricht. Het is mogelijk dat het laboratoriumonderzoek al (gedeeltelijk) in een ander kader was verricht, maar waarschijnlijker is dat dit niet in alle gevallen zinvol werd geacht. Wij vonden geen verband tussen het wel/niet volledig verrichten van het laboratoriumonderzoek en de door ons onderzochte patiëntkenmerken. De herevaluatie werd vaker uitgevoerd bij mensen met een

relatief slechte cognitie dan bij mensen met een relatief goede cognitie. Kennelijk werd dit bij die eerste groep meer zinvol geacht.

Toepassing bij alle demente ouderen?

Vrij veel demente ouderen werden niet ingesloten (59 procent). Deze patiënten hadden een relatief goede cognitie en relatief weinig problemen in het dagelijks functioneren. Huisartsgeneeskundig gezien is het, bij de huidige behandelingsmogelijkheden, verantwoord in dergelijke gevallen geen diagnostiek te doen. Het kan zijn dat deze patiënten niet ingesloten worden, omdat er geen hulpvraag gesteld werd over cognitieve stoornissen en mogelijke signalen niet uitgezonden of ontvangen werden. Het kan ook zijn dat de insluitcriteria van de richtlijnen te kort schieten. Eerder onderzoek naar het herkennen van dementie door huisartsen gaf vergelijkbare resultaten.¹⁵

Criteriumvaliditeit

De sensitiviteit en specificiteit van de diagnose op grond van de richtlijnen is redelijk tot goed. Indien de diagnose gemist werd, kwam dat in de meeste gevallen door een verkeerde beoordeling op grond van stap 1: in vier van de vijf fout-negatieve diagnoses luidde de conclusie van de huisartsen 'geen cognitieve stoornissen'.

Negen ouderen werden op grond van de richtlijnen ten onrechte dement genoemd. Bij deze ouderen was het dagelijks functioneren slechter dan bij ouderen die terecht niet dement werden genoemd. Ook deze bevinding is consistent met een eerdere uitkomst¹⁵ en leidt tot de conclusie dat voor huisartsen het dagelijks functioneren een belangrijke pijler is van de diagnose. Dat deze ouderen ook vaker een hoger opleidingsniveau hebben, kan te maken hebben met de eerder genoemde ongevoeligheid van de GMS/AGECAT. Dit zou betekenen dat meer diagnoses op grond van de richtlijnen juist zijn, dan uit de directe vergelijking met het extern criterium blijkt.

Wij konden geen samenhang aantonen tussen de huisartscompliantie en de juistheid van de diagnose. Bij stap 1 was de

huisartscompliance hoog, zodat hier mogelijk te weinig contrast was, en bij de stappen 2 en 3 was de analysepopulatie mogelijk te klein om invloed op de juistheid van de diagnose aan te tonen.

Conclusie

De richtlijnen voor dementie diagnostiek zijn een bruikbaar instrument voor de huisarts. Ze worden overwegend toegepast bij de juiste groep ouderen en de diagnose op grond van de richtlijnen is valide. Deze resultaten gelden in grote lijnen ook voor het diagnostisch gedeelte van de NHG-Standaard Dementiesyndroom.

Dankbetuiging

Het Amstel Project werd gefinancierd door het Stimuleringsfonds Geneeskundig Onderzoek. We danken Dr. C. Hooijer voor het toepassen van de AGE-CAT-procedure.

Literatuur

- 1 Wind AW. Richtlijnen voor huisartsgeneeskundige diagnostiek bij ouderen met cognitieve stoornissen. Amsterdam: Vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde Vrije Universiteit, 1990.
- 2 Van der Horst HE, Wind AW. Hij wordt zo vergeetachtig... Huisartsgeneeskundige diagnostiek bij ouderen met cognitieve achteruitgang. Huisarts Wet 1991; 34: 500-3, 519.
- 3 Wind AW, Van der Horst HE, Schellevis FG, Van Staveren G. Huisartsgeneeskundige diagnostiek bij cognitieve stoornissen. In: Knipscheer CPM, Michels JJM, Ribbe MW, red. Ouder worden nu '90. Almere: Versluys, 1990: 422-5.
- 4 De Bruyne GA, Meyboom-de Jong B, Muskens JB, et al. NHG-Standaard Dementiesyndroom. Huisarts Wet 1991; 34: 598-607.
- 5 Schulte BPM. Consensus Diagnostiek bij het dementiesyndroom. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 981-5.
- 6 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state, a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-98.
- 7 Copeland JRM, Kelleher MJ, Kellett JM, et al. A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly: the Geriatric Mental State Schedule. I. Development and reliability. Psychol Med 1976; 6: 439-49.
- 8 Copeland JRM, Dewey ME, Griffiths-Jones HM. A computerized psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGE-CAT. Psychol Med 1986; 16: 89-99.
- 9 Copeland JRM, Dewey ME, Henderson AS, et al. The Geriatric Mental State (GMS) used in the community: replication studies of the computerized diagnosis AGE-CAT. Psychol Med 1988; 18: 219-23.
- 10 Hooijer C, Jonker C, Dewey ME, et al. A standardized interview for the elderly (GMS): reliability studies comparing the Dutch language version with the original. Int J Geriatr Psychiatr 1991; 6: 71-9.
- 11 Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. Gerontology 1969; 9: 179-86.
- 12 O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, et al. The reliability and validity of the Mini-Mental State in a British community survey. J Psychiatr Res 1989; 23: 87-96.
- 13 Barberger-Gateau P, Commenges D, Gagnon M, et al. Instrumental Activities of Daily Living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers. J Am Geriatr Soc 1992; 40: 1129-34.
- 14 Livingston G, Sax K, Willison J, et al. The Gospel Oak study stage II: the diagnosis of dementia in the community. Psychol Med 1990; 20: 881-91.
- 15 Wind AW, Van Staveren G, Schellevis FG, et al. The validity of the judgment of general practitioners on dementia. Int J Geriatr Psychiatr 1994; 9: 543-9. ■

Abstract

Wind AW, Schellevis FG, Van Staveren G, Jonker C, Van Eijk JThM. The feasibility and validity of guidelines in accordance with the Dutch standard 'Dementia Syndrome'. Huisarts Wet 1995; 38(7): 296-301.

We examined the value of the 'Guidelines for general practice diagnostics for elderly patients with cognitive impairment'. Developed in 1989, the guidelines were used to formulate the diagnostic part of the standard 'Dementia syndrome' of the Dutch College of General Practitioners (NHG), and show a high degree of concurrence with it. A group of 30 GPs applied the guidelines to 81 elderly patients with (possible) dementia. The feasibility of the guidelines was judged by a) the GPs themselves, and b) by investigating the degree to which its various items were applied. The validity was determined by comparison to an external criterion, with additional consideration of the influences of patient characteristics. The feasibility of the guidelines was good. The guidelines were not applied to 59 per cent of the dementia patients who had contact with the GPs during the study period. The cognitive and daily functioning of these patients was clearly better than that of the dementia patients to whom the guidelines were applied. The diagnosis based on the guidelines showed a sensitivity of 76 per cent and a specificity of 85 per cent. We concluded that the guidelines are feasible and valid, and that the same also broadly applies to the diagnostic section of the Dutch standard 'Dementia syndrome'.

Key words Dementia; Family practice; Protocol.

Correspondence Dr. A.W. Wind, Department of General Practice, Free University, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam, The Netherlands.