VROEGTIJDIGE DETECTIE VAN DE DEMENTIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK : EEN PRAKTIJKVERBETEREND PROJECT

Leonie Vandoorne, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Peter Pype, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Marc Lemiengre

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoud

Dankwoord 4
Abstract 5
Keuze van het onderwerp 6
Inleiding 7
Situering 7
Onderdiagnose 7
Onderzoeksvraag 8
Deel 1 : Literatuurstudie 9
Methode 9
Resultaten 9
Diagnostische uitwerking MCI volgens NICE Guidelines en NHG Standaard Dementie 9
Laattijdige diagnose 10
Barrières 11
Routinematig screenen of case-finding? 13
Geschikte screeningstest in de eerste lijn 13
Besluit Literatuurstudie 15
Toekomst 16
Deel 2 : Kwaliteitsverbeterend onderzoek 16
Methode 16
Doelstelling 16
Setting 16
Methode 17
Selectie en rekrutering van doelgroep 17
Ethische commissie 18
Praktijkverbeterproject 18
Find Problem 18
Organise meeting 18
Clarify 19
Understand/uncover 20
Select strategy : start PDCA-cyclus 23
Resultaten 24
Structuurindicatoren 24
Procesindicatoren 24
Resultaatindicatoren 24
PDCA : Check 24
PDCA : Act 26

Discussie 26
Limiteringen 27
Suggesties 28
Besluit 28
Bibliografie (17) 28
Bijlagen 30
Bijlage 1 Informatiefiche voor de patiënt 30
Bijlage 2 Mini-Cog 34
Bijlage 3 GPCOG en MIS 36
Bijlage 4 Poster over dementie 39
Bijlage 5 Toestemmings- en informatieformulier 39
Bijlage 6 Aanvraag Ethische Commissie en Goedkeuring project 43

Dankwoord

Deze masterproef is het eindresultaat van een tweejaar durend project. Dit project was niet mogelijk geweest zonder de hulp en begeleiding van enkele personen. In eerste instantie wens ik mijn promotor Prof. Peter Pype en mijn co-promotor dokter Marc Lemiengre te bedanken voor hun opbouwende adviezen en begeleiding tijdens dit project. Verder een oprechte dank aan mijn praktijkopleider dokter Griet Callens en collega dokter Valentin Degryse, en onze medisch secretaresse Melissa Buyse voor de steun en begeleiding tijdens de tweejarige HAIO-opleiding en de bereidwillige medewerking aan dit project. Als laatste wens ik mijn partner Joren Biebuyck te bedanken voor de steun in de afgelopen 2 jaar.

Abstract

Context : Geheugenstoornissen en dementie komt door de toenemende vergrijzing meer en meer voor. Dementie is een trage, progressieve en neurodegeneratieve aandoening die veel invloed heeft op de patiënt en zijn omgeving. Het stellen van de diagnose is voor zorgverleners nog altijd een uitdaging. De huisarts speelt een centrale rol in de detectie van geheugenproblemen en dementie. Er zijn veel barrières gekend in de literatuur, bij zowel de patiënt, de naasten en de zorgverlener die ertoe leiden dat een diagnose pas laattijdig gesteld wordt. Hierdoor is er slechts beperkte zorg en begeleiding op maat van de patiënt met geheugenproblemen en mogelijks dementie.

Doelstelling : Het doel van dit praktijkverbeterend project is enerzijds om via een literatuurstudie te erkennen waar de barrières liggen die het stellen van een vroegtijdige diagnose van dementie verhinderen bij zowel de huisarts als in de huisartsenpraktijk. Daarnaast worden deze bevindingen via een praktijkverbeterend project getoetst in onze praktijk. Het uiteindelijke doel van dit project zal een toename van het aantal diagnoses van dementie zijn, wat resulteert in verbetering van de zorg op maat.

Methode : Voorafgaand aan het praktijkproject werd via een analyse van de literatuur nagegaan wat de barrières zijn in de detectie van dementie, wat het belang is van vroegtijdige diagnose van dementie en wat de huidige richtlijnen zijn voor de diagnose van dementie bij de huisartsen. Nadien werd er een praktijkverbeterend project opgesteld die aan de hand van de FOCUS-PCDA methode knelpunten binnen onze praktijk aan het licht bracht. Hierdoor konden concrete actiepunten opgesteld worden die onze praktijk ertoe aanzette om geheugenproblemen verder uit te werken. Dit was voornamelijk door het gebruik van de Mini-Cog als cognitieve test. Indien de score te laag was (minder dan 4/5) werd het praktijkprotocol toegepast, opgesteld volgens de huidige richtlijnen met betrekking tot de detectie van dementie.

Resultaten : Er was een verbetering van alle procesparameters in 2019 in vergelijking met 2018. Zo was er een toename in de IPCP codering P20 (geheugenstoornis) en P70 (dementie). Bij 22 mensen werd de Mini-Cog afgenomen. Veertien mensen hadden een normale score. Bij 8 mensen was de score afwijkend, dit leidde uiteindelijk bij 4 mensen tot een nieuwe diagnose van een vorm van dementie. Het protocol ter uitwerking van dementie en de Mini-Cog zal na het eindigen van het project verder gebruikt worden in de praktijk.

Besluit : Dit praktijkverbeterend project heeft geleid tot een betere structuur binnen de praktijk in de vroegtijdige detectie en uitwerking van een patiënt met vermoeden van geheugenproblemen. De Mini-Cog is een zeer handige tool gebleken bij het cognitief testen van de patiënt. Dit zullen we dan ook verder blijven gebruiken in de praktijk. Indien er een afwijkende Mini-Cog test afgenomen werd en we hierna het praktijkprotocol toepasten, resulteerde dit in nieuwe diagnoses van een vorm van dementie. We kunnen aldus besluiten dat er door dit project een toename is in de diagnoses en kwaliteit van de zorg voor onze patiënt.

IPCP code : P20 geheugenstoornis, P70 dementie

Keuze van het onderwerp

De medische wereld blijft evolueren met meer een meer mogelijkheden. Als arts zijn we daardoor in staat om meer ziekten te diagnosticeren en te behandelen, kunnen we aandoeningen voorkomen door preventie , enz.. We leven in een welvarend land waar het merendeel van de mensen een goede levensstandaard heeft. Deze goede levensstandaard brengt met zich mee dat enerzijds de mensen langer leven en anderzijds er plaats gemaakt wordt voor nieuwe aandoeningen zoals obesitas, hart- en vaatziekten, diabetes, en ook dementie. De vergrijzing zorgt er voor dat veel mensen te maken krijgen met een aandoening zoals dementie in hun nabije omgeving. In tegenstelling tot de andere 'welvaartsziekten' bestaat er rond dementie nog taboe. Er bestaat enerzijds een grote angst om ooit zelf de diagnose te krijgen van dementie, waardoor men in de toekomst zijn zelfstandigheid zal verliezen. Anderzijds is er de angst om machteloos te staan als hulpverlener en mantelzorger. Maar de 'angst en taboe' voor deze zaken nemen niet weg dat de aandoening toch evengoed zal voorkomen, ook al kijken we in de andere richting en negeren we de signalen.

Dat is de reden waarom we rond dit onderwerp willen werken. Ondanks de beperkte behandelingsmogelijkheden zijn er toch waardevolle voordelen aan het uitwerken van de diagnose dementie. Als praktijk hebben we het gevoel dat er patiënten zijn die nog geen optimale zorg krijgen omdat er twijfel bestaat rond de geheugentoestand. Het duurt dan een tijdje alvorens de stap gezet wordt door de zorgverlener naar het diagnosticeren en objectiveren van de geheugenstoornis. In tegenstelling tot wat we als zorgverlener soms denken, willen veel mensen de diagnose wel vroeg weten. We zullen dus kijken in de literatuur waar de barrières liggen om vroegtijdig dementie te diagnosticeren en willen we als praktijk actief inzetten op vroegtijdige detectie door een praktijk verbeterend project uit te voeren rond het thema geheugenstoornissen.

Inleiding

Situering

Naar schatting hebben 202.000 Belgen, volgens het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, een vorm van dementie. De kans dat iemand in zijn leven dementie krijgt is 1 op 5. Leeftijd is hierbij de belangrijkste risicofactor. Zo hebben 10% van de mensen boven de 65 jaar dementie, maar dit percentage stijgt naar 20% boven de 80 jaar en zelfs tot 40% boven de 90 jaar. Men schat dat de prevalentie nog zal verdubbelen tegen 2060 door de toenemende vergrijzing (1,2). De snelle toename van deze aandoening heeft ook een zeer grote impact op het gezondheidszorgsysteem. Hierdoor wordt dementie als een van de meest invaliderende, chronische aandoening wereldwijd aanzien. Van alle jaren die geleefd worden met een chronische ziekte, is 11,2% veroorzaakt door dementie, wat hoger is dan een beroerte (9,5%) en kanker (2,4%) (2,3).

Onderdiagnose

Prevalentiecijfers zijn moeilijk in te schatten , een grote reden hiervoor is de belangrijke mate van onderdiagnose. In eerste instantie komt dit doordat de patiënt weinig ziekte-inzicht heeft. Hierdoor signaleert de patiënt zelden iets aan de huisarts of aan andere zorgverleners. De tweede reden voor deze moeilijke inschatting is het heterogeen ziektebeeld (4,2). Zo is dementie een overkoepelende term voor een groep aandoeningen die meerdere stoornissen hebben in het cognitief functioneren. De meest voorkomende vormen van dementie zijn : de ziekte van Alzheimer, fronto-temporale dementie, vasculaire dementie en de Lewy Body dementie. Zo zal afhankelijk van de oorzaak cognitieve, gedrags- of persoonlijkheidsveranderingen op de voorgrond staan (1). Hierbij dient ook gezegd te worden dat ‘zuivere Alzheimer’ of ‘zuivere vasculaire dementie’ meer voorkomt bij jongere mensen, op latere leeftijd zijn mengvormen veel waarschijnlijker (5).

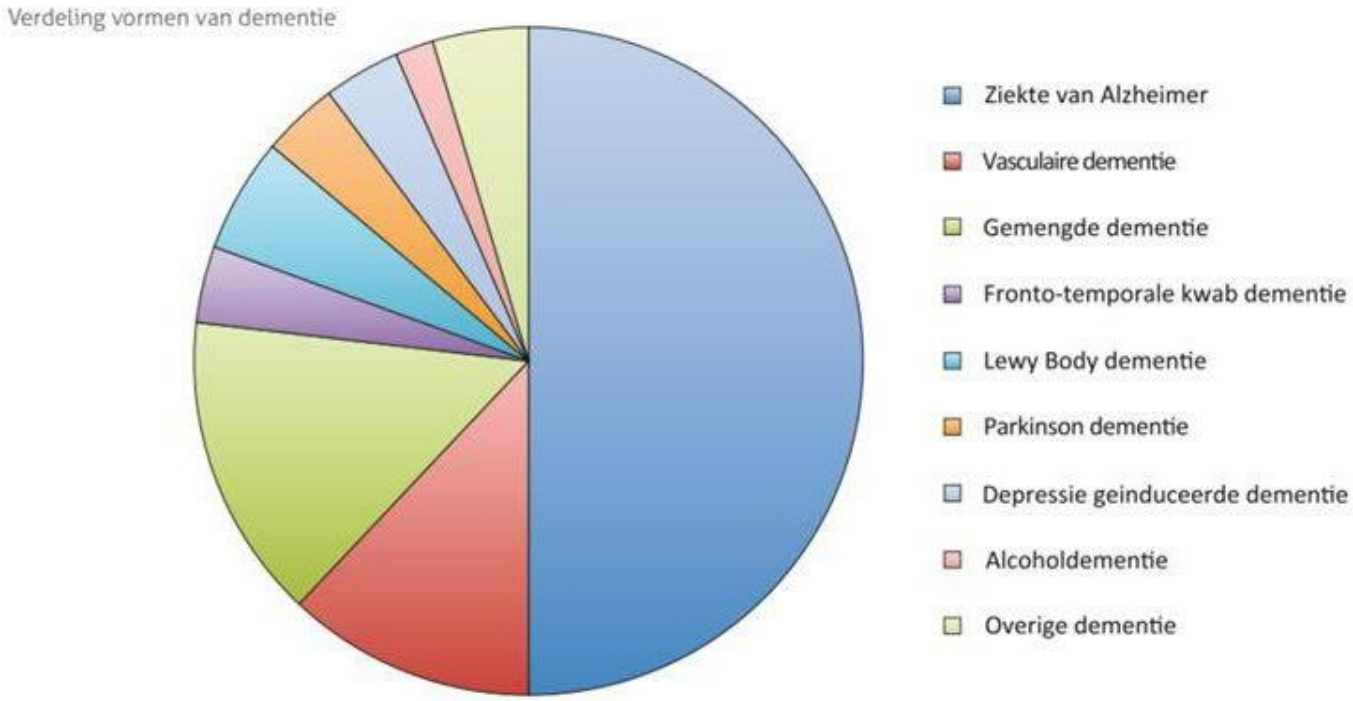


Fig. 1 Verdeling vormen van dementie (afkomstig uit Nationaal Programma Ouderenzorg Nederland)

De diagnose van dementie volgens de NHG-Standaard Dementie is een syndroomdiagnose op basis van DSM-IV-criteria , waarbij sprake is van:

1. Een geheugenstoornis; én
2. één of meer andere cognitieve stoornis(sen) in: taal (afasie), gericht handelen (apraxie), herkenning (agnosie), uitvoerende functies (zoals plannen, organiseren, opeenvolgend handelen, abstraheren); én
3. stoornissen die een significante beperking geven in het sociaal of beroepsmatig functioneren ten opzichte van het vroegere niveau van functioneren; én
4. er geen delier is (5).

De heterogene presentatie van de symptomen en de ontbrekende hulpvraag van de patiënten zorgt ervoor dat de diagnose al in een vergevorderd stadium van de ziekte gesteld wordt (1,5).

Onderzoeksvraag

Door de grote prevalentie en de progressieve aard van de aandoening, heeft de huisarts een belangrijke rol in het opvangen van signalen bij de patiënt die ons kunnen wijzen op een geheugenstoornis. Door de jarenlange zorg voor de patiënt en het volledige gezin heeft de huisarts een goed zicht op het functioneren van de patiënt en het gezin. Ondanks de sterke positie van de

huisarts wordt de diagnose toch vaak laattijdig gesteld (6). Vanuit deze bedenking wordt de onderzoeksvraag van deze scriptie geformuleerd : *Wat zijn de barrières voor vroegtijdige detectie van dementie bij huisartsen en in de huisartsenpraktijk?*

Eerst zullen we opzoek gaan naar in de literatuur beschreven barrières die ervoor zorgen dat de diagnose van dementie vaak uitgesteld wordt. Hierna zullen we deze informatie toepassen en toetsen aan de ervaring in de praktijk door middel van een praktijkverbeterend project.

Deel 1 : Literatuurstudie

Methode

De bekomen studies uit de literatuur dateren van de periode 1999 tot 2017. Hierbij werden relevante artikelen opgezocht via PubMed, Minerva, EBM Practicenet en de Cochrane database. Volgende Mesh-termen werden gebruikt : Dementia, Alzheimer's Disease, Primary Health Care, Timely recognition. Als vrije zoektermen werd aanvullend nog gebruikt : early, detection, diagnosis, suspect. Er werd voornamelijk via het waterval systeem gewerkt. Na het ingeven van enkele zoektermen bekwamen we een aantal hits, waarvan er enkele geselecteerd worden op basis van het abstract. Nadien wordt er na grondig doornemen van de studie, het artikel geselecteerd. De voorkeur ging vooral uit naar systematische reviews, meta-analyses en richtlijnen. Vooral de richtlijnen voor dementie van NHG en WHO werden doorgenomen. Het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen heeft via de website www.dementie.vlaanderen ook een zeer goede bron aan informatie.

Resultaten

Diagnostische uitwerking MCI volgens NICE Guidelines en NHG Standaard Dementie

Volgens de NICE richtlijnen dient men bij vermoeden van geheugenstoornissen de volgende stappen te ondernemen (9):

- Grondige anamnese en hetero-anamnese : tekenen van depressie bevragen, de start van de geheugenklachten (snelle evolutie of traag progressief) en het medicatie gebruik nagaan.
- Klinisch onderzoek : hierbij ook speciale aandacht voor zicht- of gehoorproblemen.
- Bloedonderzoek : PBO, lever- en nierfunctie, foliumzuur, vitamine B12 en TSH. Hiermee kan bijvoorbeeld hypothyroïdie of vitamine B12 deficiëntie als oorzaak van geheugenstoornis uitgesloten worden.
- Afname van een cognitieve test

- Eventueel beeldvorming van de hersenen : Normal Pressure Hydrocefalie (NPH), hersentumoren of vasculaire defecten kunnen hiermee uitgesloten worden. Atrofie aanwezig in de hippocampus regio kan aanwijzend zijn voor dementie.

Indien hieruit geen behandelbare oorzaken aan te tonen zijn voor de MCI van de patiënt en de cognitieve test is afwijkend neemt de kans op dementie toe. Hierdoor is het zinvol om eventueel nog door te sturen naar een geheugenkliniek of de neuroloog waarbij er nog aanvullende een lumbale punctie en gespecialiseerde (MRI) beeldvorming kan gebeuren om verdere te differentiëren over welke type dementie het hier gaat (7,6,11,12). De NHG-Standaard Dementie heeft een zeer gelijklopende aanbeveling betreffende het diagnostisch proces van dementie (5).

Laattijdige diagnose

In welk stadium van de aandoening is de diagnose 'vroegtijdig'?

Dubois et al. omschrijft in hun studie hoe dementie een neurodegeneratieve aandoening is die progressief verloopt. Op het figuur 2 kan men zien hoe deze aandoeningen gekenmerkt is door een 'continuüm'. Vaak zijn er al neurodegeneratieve veranderingen bezig ter hoogte van de hersenen alvorens de eerste symptomen zich presenteren. Vanaf hier begint het 'vroeg' stadium. In de literatuur wordt de diagnose als tijdig beschreven indien de mensen zelf , of de mantelzorgers, veranderingen merken in het dagelijks functioneren van de patiënt (rond fase T2 en T3 op figuur 2) (6).

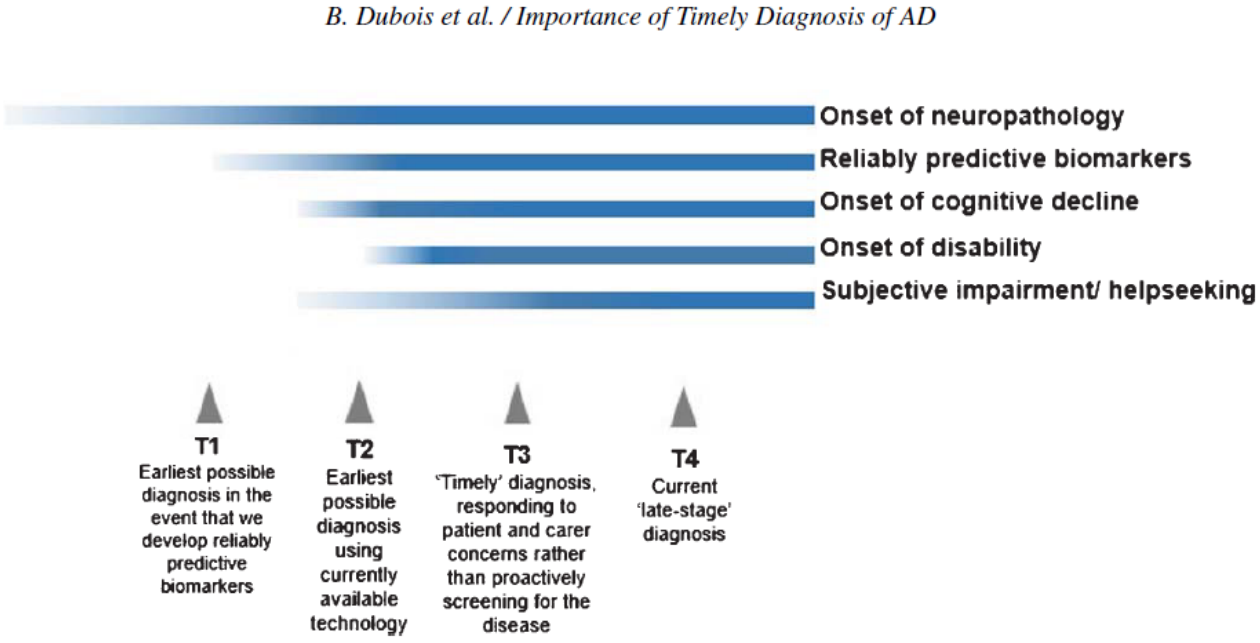


Fig. 2. Tijdslijn van de progressie van de ziekte van Alzheimer met vermelde diagnostische momenten in het ziekte continuüm (6)

Wat is het belang van een vroegtijdige diagnose?

De diagnose wordt vaak gesteld op een crisismoment waarbij er opname noodzakelijk is, dit resulteert uiteindelijk in een vroegtijdig institutionalisering in een rust en verzorgingstehuis (RVT) (3,6). Zo'n crisissituaties brengen hoge kosten met zich mee. Daarnaast kunnen er gevaarlijke situaties ontstaan zoals patiënten die nog met de auto rijden of niet meer goed functioneren in het huishouden (6). Ook voor het opstarten van een behandeling (al is de medicamenteuze therapie beperkt bewezen) is het belangrijk dat we in een vroeg stadium van de aandoening zitten. Maar van nog groter belang is de organisatie en het uitwerken van de professionele thuiszorg rond de patiënt (mantelzorg, verpleging, maaltijden aan huis,…) zodat deze zo lang mogelijk op zelfstandige basis thuis kan blijven wonen (7,8). Indien er milde cognitieve beperkingen zijn, heeft de patiënt ook tijd om praktische zaken zoals financiën en toekomstplannen beter uit te werken. Ook voor de omgeving, namelijk de zorgverleners en mantelzorgers is een vroege diagnose zinvol. Zo kan de arts rekening houden met bijvoorbeeld therapietrouw en het begrijpend vermogen voor een nieuwe, andere aandoeningen (8,9). Een vroegtijdige erkenning van de geheugenstoornis is ook zeer belangrijk voor de mantelzorgers. In de literatuur beschrijft men de grote impact op de het leven van de familie en mantelzorgers. Heel vaak moeten de mantelzorgers hun eigen leven volledig aanpassen om zorg te kunnen verlenen aan de zieke. Laattijdige diagnose en slechte omkadering kan uiteindelijk leiden tot depressie bij de mantelzorger en mishandeling van de demente persoon (10).

Barrières

Welke verschillende factoren zorgen nu voor het uitblijven van een diagnose?

Om een grotere focus te vestigen op vroegtijdige diagnose bij dementie is het allereerst belangrijk om te weten waar nu juist de barrières liggen om tot een diagnose van dementie te komen. Volgens Aminzadeh et al. duurt het maanden tot jaren na de start van de eerste symptomen voor er een diagnose volgt. Als eerste struikelblok is er de familie, zij wachten na de eerste symptomen één tot twee jaar om iets te melden aan de zorgverleners. Zij zien de trage achteruitgang in functioneren en geheugen als een normale evolutie in het verouderingsproces. Ook is er de algemene tendens eerder fysieke klachten prioriteit te geven bij het consulteren van een arts (9). Na de eerste aanmelding door de omgeving duurt het nog gemiddeld 20 maanden alvorens de professional de diagnose objectiveert. Uit de literatuur blijken de volgende elementen de barrières te zijn bij zorgverleners in de eerste lijn (3,2,6) :

a. **Het tekort aan kennis en vaardigheden van de zorgverleners**. Het complexe biomedische, psychosociale karakter van de aandoening zorgt ervoor dat dementie

geen makkelijke diagnose is. Er bestaat nog geen gouden standaard binnen de diagnostische testen om met zekerheid de diagnose te kunnen stellen. Daarnaast is er ook slechts een beperkte kennis bij de artsen betreffende de mogelijke cognitieve testen. Studies (2,10,6,3) geven aan dat veel huisartsen zich onzeker voelen in hun eigen kunde om de diagnose te stellen. Uit peilingen blijkt dat ze onvoldoende kennis hebben uit de opleiding om de diagnose te stellen en dan ook graag de bevestiging wensen door een specialist.

b. **Het stigma van dementie en de beperkte behandelingsmogelijkheden.** Artsen stellen hierdoor vaak hun diagnose uit. Zo is er de perceptie dat er geen voordeel is voor een vroege diagnose betreffende therapie ('therapeutisch nihilisme'). De zorgverleners zijn vaak bezorgd over emotionele schade en stigma die de diagnose tot gevolg kan hebben. Bijvoorbeeld de perceptie dat dementie een psychische stoornis is, waarbij er vaak een opname noodzakelijk is in RVT, wat resulteert in verlies van autonomie en onafhankelijkheid. Bij de arts speelt er ook de angst om een behandelbare aandoening te missen zoals depressie (3,2,8). Dit alles zou, volgens huisartsen, hun arts-patiënt relatie nadelig kunnen beïnvloeden.

c. **Tijd en financiële tegemoetkoming**. Binnen ons gezondheidszorgsysteem is er in de huisartsenpraktijk geen tijd en ruimte voor een uitgebreide diagnostiek die dementie vereist. Zo blijkt uit een peiling bij huisartsen dat een tekort aan tijd naar voor geschoven wordt als belemmerende factor om een goede diagnose te stellen. De patiëntencontacten zijn vaak danig kort dat er onvoldoende tijd is om een vermoeden te doen rijzen van geheugenstoornissen of om bv. een Mini Mental State Examination (MMSE) af te nemen. Volgens enkele studies is verloning per prestatie ook een reden waarom minder tijd genomen wordt voor patiënten (2,3,10). Echter dienen we wel te bemerken dat er in de 2^{e} lijn wel toegankelijke geheugenkliniek zijn die over de middelen en het gespecialiseerde personeel beschikken om de diagnostiek verder uit te werken.

d. **Onvoldoende ondersteuning**. Er heerst het gevoel dat er onvoldoende ondersteuning is voor zowel de mantelzorgers, als voor de huisarts. Zo heeft de huisarts nood aan laagdrempelig overleg met de 2^{e} lijn (bv. de geheugenklinieken). Daarnaast is de kennis van lokale initiatieven onmisbaar voor een goede ondersteuning voor de patiënt en de familie, dit verlicht niet alleen de mantelzorger maar ook de huisarts (10,2).

Routinematig screenen of case-finding?

Routine screening of systematische screening naar dementie vanaf een bepaalde leeftijd is controversieel, terugkoppelend naar de eerder vermelde barrières. Screenen bij een patiëntenpopulatie waar er vermoeden is van Mild Cognitive Impairment (MCI of mild cognitieve achteruitgang) zou volgens enkele studies zinvol blijken. Bij de studie van Sandholzer et al (11) bekeken ze of patiënten het nuttig vonden om actief dementie op te sporen binnen de eerste lijn. Negenentachtig procent van de patiënten vonden dit zinvol en prefereren om een diagnose vroeg te horen krijgen. Ook in verscheidene andere systematische reviews besloot men dat patiënten het prefereerden om de diagnose te weten (10,13). Opvallend was ook dat screenen in de huisartspraktijk vanaf een bepaalde leeftijd en zonder rekening te houden met aanwezigheid van MCI toch onverwachte diagnoses aan het licht bracht. Zo bleekt dat huisartsen in de studie van Sandholzer et al. dachten dat slechts 4,6% van hun patiënten ouder dan 70 jaar geheugenstoornissen hebben terwijl blijkt dat indien men diezelfde 70-plussers screent via MMSE, 21% een geheugenstoornis had. Hierdoor besloten verschillende reviews dat er een groeiende consensus is om bij alle ouderen boven de 70 jaar voor te stellen om een screening te doen (7). Echter deze conclusies werden misschien snel getrokken. Zo is er geen duidelijke richtlijn vanaf welke leeftijd men screening zou moeten voorstellen. Tot nu toe is de tendens volgens de belangrijkste richtlijnen, NICE guidelines en de Nederlandstalige richtlijn van NHG over dementie, om aan case-finding te doen. Hierbij wordt er enkel bij patiënten waar er maar iets van vermoeden is van een geheugenstoornis dit verder uitgewerkt volgens een bepaald stramien. Voorlopig zijn er dus nog onvoldoende argumenten en voordelen om routinematig geheugenproblemen op te sporen en blijft case-finding de beste methode (9,5).

Geschikte screeningstest in de eerste lijn

De MMSE is een veel gebruikte en de best gekende tool onder de huisartsen die toelaat de cognitieve toestand te evalueren door verschillende onderdelen te bestuderen : de ruimtelijk oriëntatie, het geheugen, de opmerkzaamheid, het taalgebruik en de constructieve praxies. De NHG-Standaard Dementie raadt ook deze cognitieve test aan, gecombineerd met de kloktest (5). Echter deze test heeft enkele tekortkomingen. Zo is deze tijdsintensief en is er een educatie-bias. Een systematische review bracht aan het licht dat de accuraatheid van de MMSE voor de diagnose van MCI matig gebleken is (14). Er is nood aan een kortere, eenvoudigere test om te implementeren in de huisartspraktijk. Kelvin et al (15) heeft dit bestudeerd aan de hand van een grote meta-analyse met meer dan 49 000 deelnemers. Zij besloten dat de Mini-Cog en de ACE-R de beste alternatieven zijn voor de MMSE in de screening naar MCI (10). Daarnaast vergeleek Brodaty et al 16 verschillende testen. Uit hun studie bleken 3 testen (GPCOG, Mini-Cog en MIS) een beter alternatief te zijn voor de MMSE in de eerste lijn,

onder andere door een betere validiteit (zie figuur 3). De MIS (Mild Impairment Screen) is niet gevalideerd in het Nederlands en dus voorlopig niet bruikbaar in België. De GPCOG (The General Practitioner assessment of Cognition) is wel in een Nederlandstalige versie beschikbaar maar bij deze test wordt er bij afwijkende score ook een hetero-anamnese afgenomen. Dit vereist dus meer inspanning want er is best een mantelzorger aanwezig. Door de goede specificiteit en sensitiviteit van de Mini-Cog, de zeer vlotte afname mogelijkheid en de korte afnametijd, is deze test zeer geschikt in de eerste lijn. Ook volgens de NICE guidelines is de Mini-Cog één van de 6 voorkeurstesten om te screenen naar dementie(9).

TABLE 2. Performance of Instruments Validated in General Practice, Community or Population Samples

Instrument	Sensitivity (%) (95% CI)[d]	Specificity (%) (95% CI)[d]	Area Under the Curve (95% CI)	Positive Predictive Value[d] (95% CI)[d]	Negative Predictive Value[d] (95% CI)#	Misclassification (%)[d]	Education Bias	Language/Culture Bias	Interrater Reliability	Test–Retest Reliability	Internal Consistency	Face Validity[f]	Time in Minutes
Abbreviated Mental Test	100 (0.70–1.00)	82 (0.72–0.90)	0.89	0.42 (0.23–0.63)	1.00	16	c	c	c	c	a, 69	a	3[16]
Cambridge Cognitive Examination	88 (0.64–0.99)	75 (0.67–0.83)	0.92[e]	0.32 (0.19–0.47)	0.98 (0.93–1.00)	23	Yes	Yes	c	c	c	a	20
Clock Drawing Test	76 (0.60–0.88)	81 (0.77–0.84)	c	0.24 (0.17–0.32)	0.98 (0.96–0.99)	20	Yes	No	c	c	c	b	2[16]
General Practitioner Assessment of Cognition	85 (0.76–0.92)	86 (0.81–0.91)	0.89 (0.85–0.94)	0.71 (0.61–0.80)	0.93 (0.89–0.97)	14	Yes	c	a	a	a	a	4.5
Mini-Cog	76 (0.65–0.85)	89 (0.87–0.91)	c	0.34 (0.27–0.41)	0.98 (0.97–0.99)	12	No[36]	No[36]	c	c	c	a	2–4
Memory Impairment Screen	80 (0.66–0.90)	96 (0.94–0.98)	0.94	0.70 (0.57–0.82)	0.98 (0.96–0.99)	5.6	No	No	c	c	a	b	4
Mini-Mental Status Examination	69 (0.66–0.73)	89 (0.87–0.92)	c	0.63 (0.58–0.67)	0.92 (0.90–0.94)	15	Yes[15]	Yes[15]	c	a, 19	a, 19	a	5–10
Short and Sweet Screening Instrument	94 (0.88–0.96)	91 (0.90–0.92)	c	0.40 (0.32–0.48)	1.00 (0.99–1.00)	8.5	c	c	c	c	c	a	10
Short Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly	79 (0.65–0.90)	82 (0.79–0.85)	0.85	0.26 (0.20–0.34)	0.98 (0.96–0.99)	18	No	No	c	a	c	a	30 s[c, g]

Fig 3. Resultaten van gevalideerde testinstrumenten in de huisartspraktijk, steekproef van gemeenschap of populatie (afkomstig van Brodaty et al. (7)*)*

Table 3. Meta-analyses for Diagnostic Accuracy on Dementia

Screening Test	No. of Study Cohorts	Pooled (95% CI)		Pooled LR (95% CI)	
		Sensitivity	Specificity	Positive	Negative
MMSE[7]	108	0.81 (0.78-0.84)	0.89 (0.87-0.91)	7.45 (6.25-8.88)	0.21 (0.18-0.25)
Very brief (≤5 min)					
CDT					
Shulman et al[29]	9	0.83 (0.75-0.89)	0.84 (0.69-0.92)	5.02 (2.61-9.64)	0.20 (0.14-0.29)
Sunderland et al[28]	9	0.76 (0.69-0.83)	0.85 (0.76-0.91)	5.09 (3.18-8.13)	0.28 (0.20-0.38)
Mini-Cog test[10]	9	0.91 (0.80-0.96)	0.86 (0.74-0.93)	6.56 (3.25-13.24)	0.10 (0.04-0.25)
MIS[30]	6	0.797 (0.68-0.86)	0.91 (0.84-0.96)	9.18 (4.81-17.55)	0.23 (0.15-0.36)
VF test[33]	7	0.80 (0.73-0.86)	0.82 (0.73-0.88)	4.38 (2.82-6.79)	0.24 (0.17-0.35)
Brief (≤10 min)					
AMT[27]	14	0.88 (0.82-0.92)	0.85 (0.81-0.89)	5.94 (4.46-7.91)	0.15 (0.10-0.22)
GPCOG[11]	5	0.92 (0.81-0.97)	0.87 (0.83-0.90)	6.79 (5.33-8.64)	0.10 (0.04-0.22)
MoCA[31]	20	0.91 (0.84-0.95)	0.81 (0.71-0.88)	4.78 (3.10-7.39)	0.12 (0.07-0.20)
Detailed (≤20 min)					
ACE-R[9]	13	0.92 (0.90-0.94)	0.89 (0.84-0.93)	8.60 (5.62-13.16)	0.09 (0.06-0.11)
IQCODE					
Short form[13]	7	0.89 (0.85-0.92)	0.82 (0.63-0.93)	4.91 (2.19-11.01)	0.14 (0.11-0.18)
Long form[12]	17	0.84 (0.81-0.87)	0.82 (0.75-0.87)	4.73 (3.42-6.55)	0.19 (0.16-0.22)
3MS[32]	9	0.86 (0.83-0.89)	0.85 (0.74-0.92)	5.81 (3.20-10.55)	0.17 (0.13-0.21)

Fig. 4 : Meta-analyse van de diagnostische accuraatheid voor dementie (16)

Besluit Literatuurstudie

De laatste aanbevelingen door NICE (daterend van december 2018) is een goede up-to-date conclusie van wat er in de literatuur te vinden is over dementie. Hierbij wordt sterk aangestuurd op het zo tijdig mogelijk herkennen van de dementie tekenen. Een 'timely diagnosis' kan voor de patiënten een sterke zorgwinst zijn. Ook halen ze aan dat door de sterk stijgende incidentie van de aandoening het belangrijker wordt om op maatschappelijk niveau goed te sensibiliseren. Hierbij denkt men aan educatieve programma's die mensen helpt om de eerste tekenen van dementie te herkennen en hiermee naar een zorgverlener te stappen. Echter door het heterogeen ziektebeeld blijft het heel uitdagend om goede campagnes op te stellen. Men concludeert dat een vroege diagnose veel voordelen met zich meebrengt : goede organisatie van de zorg rond de patiënt, de nood aan de diagnose dementie om in aanmerking te komen voor een opname in een RVT, invloed op de levensstijl van de patiënt, vroegtijdige zorgplanning en begeleiding van de mantelzorgers. De huisarts is in staat om de eerste signalen op te vangen van dementie en de uitwerking van de diagnose op zich te nemen.

De voorkeur gaat hier uit naar een uitgebreide anamnese, klinisch onderzoek, laboratoriumonderzoek en cognitieve testing. Bij onduidelijkheid kan de 2e lijn uiteraard nog aanvullende uitwerking doen (9).

Toekomst

Op volgende vlakken kunnen we mogelijke verbeteringen op zorgniveau aanhalen : (3,2,8)

1. Multidisciplinaire aanpak door artsen in de 1e en 2e lijn, thuisverpleging, mantelzorgers en sociale dienst. Dit zou bijvoorbeeld het volgende zorgpad kunnen zijn. De bestaande geheugenklinieken zijn op dit moment vooral diagnostische centra. Echter na de diagnose zouden de geheugenkliniek ook veel actiever kunnen inzetten samen met de huisarts en een verpleegkundige voor het zorgbeheer en regelmatige follow-up.
2. Een goede opleiding rond dementie bij de zorgverleners, en vooral voor de huisartsen. Regelmatig bijscholing en up-to-date richtlijnen versterken de diagnostische alertheid van de zorgverleners. Ook zou educatie op maatschappelijk niveau belangrijk zijn om mantelzorgers aan te sporen de huisarts te signaleren bij eerste tekenen van dementie (2). Een zeer goed voorbeeld van informatiefiche voor de patiënt in België is deze van Farmaka. Voor de arts is er als goed voorbeeld de LOK uit 2012 gepubliceerd door Domus Medica rond vroegtijdige detectie van dementie.
3. Goede bekendmaking van lokale initiatieven en liga's rond Dementie, ter ondersteuning van de zorgverlener.
4. Een goede financiële organisatie van de gezondheidszorg die het mogelijk maakt om voldoende tijd te nemen voor de patiënten.

Deel 2 : Kwaliteitsverbeterend onderzoek

Methode

Doelstelling

Het doel van deze masterproef is enerzijds het creëren van een grotere alertheid voor geheugenstoornissen en het belang van een vroegtijdige diagnose. Anderzijds is het doel van dit praktijk project om door middel van een andere cognitieve test dan de MMSE (bv. de Mini-Cog) meer vroegtijdige diagnoses van dementie te stellen in onze eigen praktijk.

Setting

Het praktijk verbeterend project werd uitgevoerd in praktijk ' Ter Walle' in Waregem. Hier werken twee vaste artsen en één HAIO. Daarnaast is er halftijds een verpleegkundige aanwezig die administratieve taken op zich neemt, bloedafnames doet en de telefoon opneemt. Bijna alle

consultaties zijn op afspraak echter de vaste artsen hebben elk nog 2 blokken van 1 uur vrije consultaties in de week. De afspraken kunnen online of telefonisch gemaakt worden. Voor een consultatie wordt 15 tot 20 minuten gerekend. De praktijk heeft in 2018 een totale patiëntenpopulatie van 5185 patiënten, waarvan er 2500 een actief GMD hebben. Het medisch programma die gebruikt wordt is 'Care Connect'.

Voorheen bestond er geen afgesproken protocol in de praktijk betreffende de aanpak van MCI. De diagnostiek gebeurt voornamelijk via case-finding. Indien er dan een geheugentest gedaan werd, was dit de MMSE die door de arts of door de verpleegkundige afgenomen werd.

Methode

De eerste stap van het project is het opstellen van het praktijkverbeterend project. Grouwels et al. beschrijft in het boek 'Dokteren met kwaliteit' hoe dit best gedaan wordt (16). Via FOCUS (Find problem – Organise meeting – Clarify problem – Uncover problem – Select strategy & Start PDCA) wordt het probleem geanalyseerd en een plan opgesteld ter verbetering. Hierna kan dit plan via de PDCA-cyclus (Plan-Do-Check-Act) in de praktijk ingevoerd worden.

Als tweede stap zullen we na het beëindigen van praktijkproject nagaan hoeveel mensen er naar aanleiding van de Mini-Cog een nieuwe diagnose van een vorm van dementie gekregen hebben en of we dit project in de toekomst willen verderzetten in onze praktijk.

Selectie en rekrutering van doelgroep

Via de optie statistiek in het programma 'Care Connect' lijsten we alle patiënten op met zorgelement 'dementie' met IPCP-2 code P70 of zorgelement 'geheugenstoornis' P20. Hierbij bekomen we 48 patiënten met een diagnose van dementie of geheugenstoornis. Dit is 0,92% van de actieve populatie. Deze patiënten hebben al een diagnose en worden geëxcludeerd uit het praktijkproject.

De rekrutering gebeurde enerzijds via een poster in de wachtzaal (zie bijlage 4). Deze poster hangt uit vanaf de start van het praktijkproject namelijk 1 september 2018. De doelgroep zijn mensen met een leeftijd tussen de 65 en 85 jaar waarbij er een vermoeden, door zichzelf, de artsen of de omgeving bestaat van een geheugenprobleem. Bij personen onder de 65 jaar is er sprake van jongdementie, dit is de reden waarom de leeftijdsgrens van onze doelgroep start vanaf 65 jaar. Zowel mannen als vrouwen komen in aanmerking. Anderzijds zullen de artsen ook zelf proactief voorstellen aan patiënten om mee te doen aan het project indien zij een vermoeden hebben van een geheugenstoornis. Zo is er tijdens de vergadering een lijst opgesteld van patiënten die nog geen diagnose hebben via codering in het programma maar waar de artsen wel een vermoeden hebben van een geheugenstoornis. Dus enerzijds zullen we als zorgverleners zelf voorstellen aan mensen om de

test te mogen af nemen en op die manier het thema bespreekbaar te maken. Anderzijds kan iedereen die zich aangesproken voelt door de poster in de wachtzaal deelnemen aan de test.
Voor de afname van de test werden de geselecteerde patiënten aan de hand van een informatieformulier geïnformeerd over het project. Er werd toestemming gevraagd om de medische gegevens te gebruiken voor het onderzoek, waarbij de patiënt een toestemmingsformulier ondertekende (bijlage 5). Geen enkele patiënt heeft medewerking aan het project geweigerd.

Ethische commissie

Er werd een aanvraag ingediend bij de ethische commissie van het Universitair Ziekenhuis Gent. Op 18 mei 2018 werd een positief advies gegeven (bijlage 6). De deelnemende patiënten werden over het onderzoek geïnformeerd aan de hand van een informatieformulier (bijlage 5). Er werd toestemming gevraagd om de medische gegevens te gebruiken voor het onderzoek, waarbij de patiënt een toestemmingsformulier ondertekenden (bijlage 5).

Praktijkverbeterproject

Find Problem

De zorg rond chronische patiënten is in iedere huisartsenpraktijk een uitdaging. Op het wekelijks overleg bespreken we moeilijke casussen maar ook chronische patiënten die meer aandacht verdienen. Dementie is ondertussen een belangrijke morbiditeit geworden bij een groot deel van de oudere patiëntenpopulatie. Aangezien huisartsen een centrale rol spelen in de detectie en zorgorganisatie rond deze patiënten vinden we dit een werkpunt binnen onze praktijk. Graag zouden we meer inzetten om de recentste aanbevelingen met betrekking tot vroegdetectie van dementie voor huisartsen toe te passen in onze praktijk.

Organise meeting

Iedere donderdagmiddag, zonder uitzondering, zitten de drie artsen van de praktijk ongeveer 1 uur samen ter bespreking van chronische patiënten, interessante casussen en organisatorische aspecten. Rond oktober 2017 hebben we de eerste maal besloten dat het verbeterend project over het thema dementie zou gaan (**clarify**). Na de goedkeuring van de ethische commissie organiseerden we een interactieve presentatie over dementie waarbij we de knelpunten rond de diagnose van dementie binnen onze praktijk aan het licht te brengen. Na het opstellen van een visgraatanalyse

(**understand/uncover**) bekeken we in de literatuur welke cognitieve test geschikt zou kunnen zijn om te gebruiken. Ook de recentste richtlijn over het beleid bij MCI (NICE en NHG standaard Dementie) werden nagelezen om een goed praktijkprotocol te kunnen opstellen. Nadien werden tijdens die wekelijkse vergadering regelmatig de resultaten, de moeilijkheden, de vooruitgang en de nodige aanpassingen van het project besproken.

Clarify

Aan de hand van de interactieve presentatie tijdens ons wekelijks overleg bespreken we ons huidig beleid binnen de praktijk rond de detectie van dementie. Daarnaast toetsen we de kennis van alle artsen over hoe het beleid zou horen te zijn volgens de huidige richtlijnen voor huisartsen. Ter voorbereiding van de interactieve presentatie werd er een studie gedaan van de statistische gegevens van dementie binnen het EMD van de praktijk. Ook werd er in de literatuur gekeken wat gekende barrières zijn om tot over te gaan tot de uitwerking van een geheugenklacht en werd dit getoetst aan de kennis binnen onze eigen praktijk. Het overleg werd opgenomen en uitgewerkt zodat we enkele knelpunten konden bekomen om nadien samen een visgraatanalyse op te stellen. Dit was het resultaat van de bespreking:

- **Onderdiagnose** : de collega's schatten dat ze samen ongeveer 60 patiënten in de praktijk hebben. Na analyse van de statistieken in Care Connect blijkt dat wij 49 patiënten hebben met de diagnose dementie of geheugenstoornis (P20 en P70). Als we dan naar de prevalentie kijken van dementie of geheugenproblemen bij de 65-plussers in onze praktijk komen we aan een percentage van 3%. De prevalentie van 65 plussers in België met de diagnose dementie is 10%. We concluderen hier samen uit dat we te weinig de diagnose stellen of de codering in het dossier niet voldoende goed doen.
- Het **beleid** van de praktijk voor de start van het project : bij een niet-pluis gevoel (case-finding) stellen ze de patiënt voor om een MMSE te doen. Indien de score lager is dan 24 verwijzen ze deze door naar de specialist neuroloog. De diagnose van dementie wordt soms door de huisarts zelf gesteld namelijk bij het niet-pluis gevoel en een afwijkende MMSE test. Zelden doen de collega's zelf een CT-scan van de hersenen. Om te differentiëren tussen de types dementie wordt er naar de specialist doorverwezen. De officiële richtlijnen en adviezen rond de vroegdetectie van dementie zijn niet goed gekend door de 3 artsen binnen de praktijk.
- **Barrières** : Er is weinig tijd beschikbaar om een MMSE af te nemen, ook willen de artsen vaak zelf de diagnose niet voor hun patiënt waardoor het gesprek uitgesteld wordt. Tenslotte speelt het therapeutisch nihilisme ook een rol bij het uitstellen van de diagnostiek.

- Bestaande **initiatieven** in de streek Waregem gekend bij de artsen in de praktijk: De Manège is een dagopvang in het RVT van de Meers te Waregem en is soms een goede tussenoplossing om de mensen nog zoveel mogelijk thuis te laten wonen en de mantelzorger enkele dagen in de week te ontlasten. Echte thuiszorg, gespecialiseerd in dementie is niet gekend door de artsen in regio Waregem.

Understand/uncover

Na deze vergadering stellen we een visgraatanalyse op om in kaart te brengen waarom er weinig systematische vroegdetectie van dementie is door de huisarts en in onze huisartsenpraktijk.

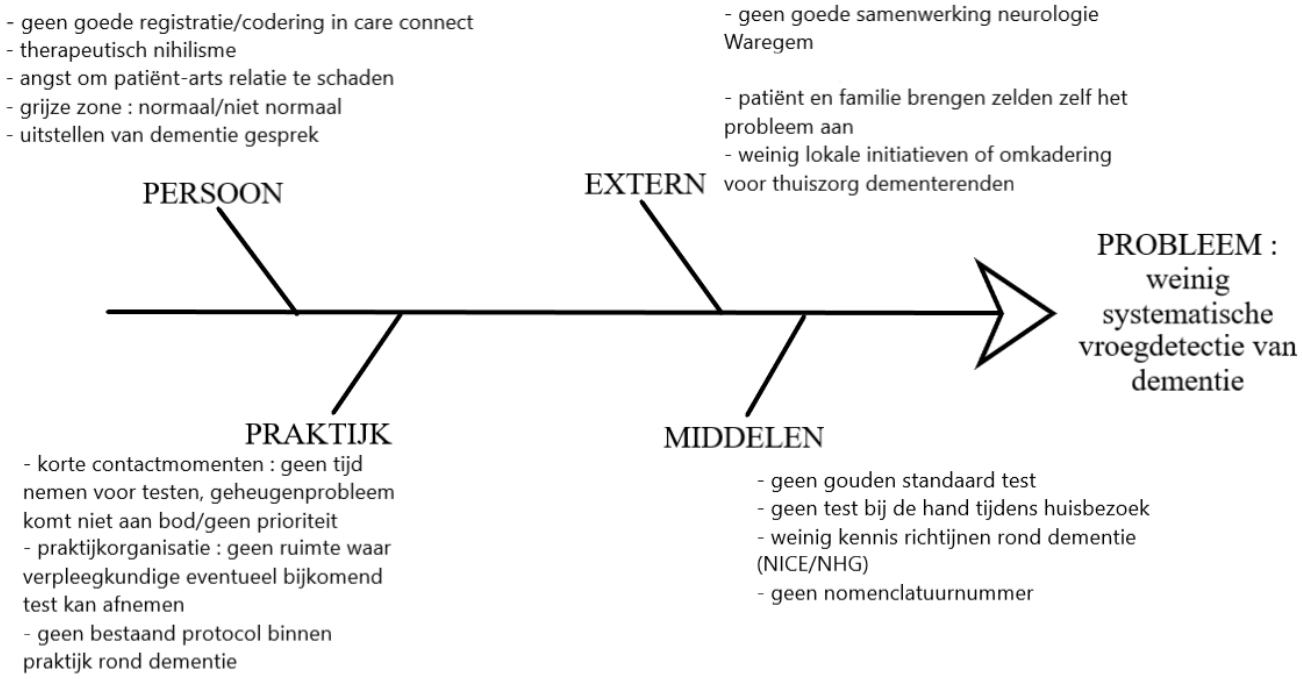


Fig.5. Visgraatanalyse

Uit deze visgraatanalyse bekomen we enkele knelpunten. Aan de hand van deze knelpunten worden er ook mogelijke actiepunten gekoppeld , opgelijst in onderstaande tabel (zie tabel 1). Per actiepunt wordt er ook een verantwoordelijke aangeduid die regelmatig checkt of dit wel effectief gedaan wordt, daarnaast wordt er ook een realistische deadline voorgesteld om deze actiepunten te kunnen verwezenlijken.

KNELPUNTEN	ACTIEPUNTEN	VERANTWOORDELIJKE EN DEADLINE
1. PERSOONSGEBONDEN FACTOREN		
Geen goede registratie/codering in Care Connect	Systematisch alle patiënten overlopen met P20 en P70 codering en patiënten met gekende diagnose van dementie de juiste codering geven.	Verantwoordelijke : Alle drie de artsen Deadline : 31 december 2018
Barrières om tot dementie gesprek te komen van de arts (nihilsme, stigma, angst patiënt-arts relatie…)	Actief het gesprek aangaan met de mensen, bij vermelden van geheugenklacht hier een werkpunt en zorgelement van maken. Uitgebreide anamnese doen.	Verantwoordelijke : Alle drie de artsen Deadline : geen
Patiënt en familie brengen weinig zelf probleem aan	Door poster over dementie het gesprek laagdrempelig en bespreekbaar maken	Verantwoordelijke : Leonie Deadline : september 2018
2. EXTERNE FACTOREN		
Minder goede samenwerking neurologie Waregem (andere golflengte in beleid)	Meer samenwerken met geheugenkliniek in AZ Groeninge. De uitwerking kan door de huisarts vrij compleet gedaan worden.	Verantwoordelijke : de drie artsen Deadline : geen
Omkadering thuiszorg gespecialiseerd in dementie	Alle bestaande initiatieven in Waregem beter in kaart brengen op de sociale kaart van de praktijk	Verantwoordelijke : Leonie Deadline : Maart 2019
3. PRAKTIJKGEBONDEN FACTOREN		
Korte contactmomenten : geen tijd voor de MMSE af te nemen	Mini-Cog te gebruiken, evenwaardig en duurt enkele minuten.	Verantwoordelijke : de drie artsen Deadline : geen
Geen ruimte voor praktijkassistente om zelf	In de toekomst wordt een aparte ruimte voorzien voor de	Verantwoordelijke : de drie artsen en praktijkasistente

afname te doen van cognitieve testen	praktijkassistente, er wordt een nieuwe praktijk gebouwd. Hier gaat er meer plaats zijn voor taken voor de praktijkassistente die deze aparte ruimte kan gebruiken voor situaties die meer voor privacy vereisen	Deadline : April 2020
Geen bestaand protocol binnen de praktijk over dementie	praktijkprotocol opstellen gebaseerd op de NICE en NHG richtlijnen. Online aanvraagformulier van het labo aanpassen door een sjabloon aan te maken : 'geheugenprobleem'	Verantwoordelijke voor praktijkprotocol : Leonie Verantwoordelijke voor labo-formulier : Valentin Deadline : september 2018
4. MIDDELEN		
Geen diagnostische **gouden standaard** test	MMSE en Mini-Cog zijn twee goede testen. Voorlopig is er in literatuur nog geen gouden standaard	Verantwoordelijke : Leonie voorziet in beide kabinetten de uitgegeprinte Mini-Cog Testen Deadline : september 2018
Geen test bij de hand op **huisbezoek**	De Mini-Cog kan je laten uitvoeren op een blanco blad (kloktest), de test bij documenten opslaan op de computer die je altijd meehebt op huisbezoek. Ook de test bij 'documenten' in Care Connect zetten.	Verantwoordelijke **:** Griet Deadline : september 2018
Geen nomenclatuurnummer	Door kortere duur van de test die afgenomen kan worden vereist dit minder een apart nomenclatuurnummer.	**/**

Tabel 1. Knelpunten uit visgraatanalyse en gekoppelde actiepunten

Select strategy : start PDCA-cyclus

Aan de hand van deze tabel bekijken we samen de knelpunten en de mogelijke actiepunten (**PLAN**) die we hieraan kunnen koppelen. Hierbij stelden we telkens ook een verantwoordelijke aan met een gekoppelde deadline. Concreet betekende dit in de praktijk (**DO**) :

- Lijst opstellen van patiënten met het vermoeden van MCI op een gemeenschappelijk document via google documenten. Al de artsen kunnen deze lijst aanpassen. Als deze patiënten op consultatie komen het thema 'geheugenprobleem' aankaarten.
- Nieuwe test implementeren in de praktijk namelijk de Mini-Cog. Interpretatie van de Mini-Cog test : een score onder de 4/5 is afwijkend en vraagt verdere uitwerking. We gebruiken de gestandaardiseerde versie van Borson et al (zie bijlage 2).
- Beleid opstellen aan de hand van de recentste richtlijnen (NICE/NHG) :
    - Bloedonderzoek : PBO, nier en leverfunctie, vitamine B12, foliumzuur en TSH. Opmaken van een digitaal sjabloon 'geheugenprobleem' voor online labo-aanvragen.
    - Beeldvorming CT-scan hersenen
    - In overleg met de patiënt, afhankelijk van bovenstaande resultaten doorverwijzing naar geheugenkliniek in AZ Groeninge of neurologie in het ziekenhuis van O.L.V. Waregem ter verder uitwerking.
- Indien er een Mini-Cog afgenomen wordt, wordt dit document opgeladen in Care Connect bij de desbetreffende patiënt (door de praktijkassistente) zodat ten allen tijde in de toekomst deze test vlot teruggevonden kan worden.
- De sociale kaart van de praktijk aanpassen zodat bij een nieuwe diagnose van dementie er ook goede zorg kan voorgesteld worden :
    - **Camino** van Familiezorg West-Vlaanderen vzw biedt oppas en assistentie thuis bij personen met dementie. Gespecialiseerde vrijwilligers staan in voor aanvullende ondersteuning en/of aflossing van de partner en familie.
    - **Dagverzorgingscentrum De Manège** is er voor ouderen met dementie. Bij opname is een diagnose van een geneesheer-specialist noodzakelijk.
    - **Alzheimer Liga Vlaanderen :** familiegroepen worden opgericht en er worden activiteiten op maat georganiseerd.
    - **Regionaal expertisecentrum** dementie **Sophia** te Kortrijk : veel relevante info via de website en brochures ter beschikking over dementie.

Resultaten

Zowel structuur-, proces- als resultaatindicatoren werden gebruikt ter evaluatie van het praktijkverbeterend project (**CHECK**).

Structuurindicatoren

Onder structuur wordt verstaan of in de praktijkruimte alle voorwaarden aanwezig zijn om de handeling kwaliteitsvol te laten verlopen. Indicatoren zijn knelpunten die tijden de FOCUS analyse naar voor worden geschoven om te verstaan waarom de zorg voor de patiënt nog niet optimaal is. Bijvoorbeeld na de Focus is er gekozen voor een kortere cognitieve test (Mini-Cog) die ook op huisbezoek kan uitgevoerd worden. Plannen worden opgemaakt om een extra praktijkruimte voor de praktijkassistente te voorzien zodat zij zelfstandig testen kan afnemen. Andere structuurindicatoren zijn bijvoorbeeld de optimalisering van de samenwerking met 2^{e} lijn en andere hulpverleners.

Procesindicatoren

Onder proces verstaan we vooral de wijze waarop de zorg verleend wordt. Indicatoren hiervoor, resulterend uit de visgraatanalyse (Fig 5.) zijn de mogelijke knelpunten die het proces bemoeilijken. Voorbeelden hiervan zijn het opmaken van een praktijkprotocol voor de diagnose van dementie, de correcte codering in het EMD van de patiënt en de communicatie rond het thema ‘vergeten’.

Resultaatindicatoren

Resultaatindicatoren geeft het effect van de kwaliteitsverbetering weer. In dit geval verwachten we als resultaatindicator een toename van IPCP-codering P20 en P70 (geheugenstoornis en dementie) in Care Connect in onze patiëntenbestand. Daarnaast zullen we ook nagaan hoeveel keer we het protocol toegepast hebben na afname van de test (bloedafname en CT-scan), hoeveel doorverwijzingen er naar de specialist of geheugenkliniek waren, en hoeveel gesprekken er gevoerd zijn rond het thema dementie naar aanleiding van het praktijkproject.

PDCA : Check

In de CHECK-fase evalueren we de eerste resultaten van het project. Aan de hand van bovenvermelde indicatoren kunnen we nagaan of we onze doelstellingen behalen. Onze PDCA-cyclus duurde 6 maand. Hierbij doorliepen we Plan-Do-Check-Act. Indien er in de check fase problemen aan het licht komen zullen we die in de Act fase modificeren zodat we opnieuw de PDCA cyclus kunnen doorlopen. Als

Als eerste resultaat op het einde van de eerste cyclus bekomen we 22 patiënten die willen deelnemen. Deze worden opgedeeld in patiënten boven de 65 jaar en patiënten en (op vraag van de patiënt) onder de 65 jaar. Bij alle patiënten onder de 65 jaar was geen enkele Mini-Cog afwijkend. Dit resulteerde

verder in een gesprek over hun angst rond geheugenproblemen. Bij de patiënten boven de 65 jaar was bij 8 patiënten de test afwijkend. Zes patiënten scoorden goed. Bij 2 patiënten kon de test niet afgenomen worden wegens analfabetisme en ander taligheid. Bij de patiënten met een afwijkende Mini-Cog werd aanvullend een labo volgens het sjabloon 'geheugenprobleem' en CT scan van de hersenen gedaan. Uiteindelijk werd er bij 4 patiënten een nieuwe diagnose weerhouden (subtype van dementie, depressie,…). Bij vier patiënten werd er geen geobjectiveerde diagnose van dementie gesteld omdat zij geen verdere uitwerking wensten, ondanks dat de patiënt vooraf geïnformeerd werd over het protocol. De weigering voor verdere uitwerking sterkt het vermoeden van een vorm van dementie.

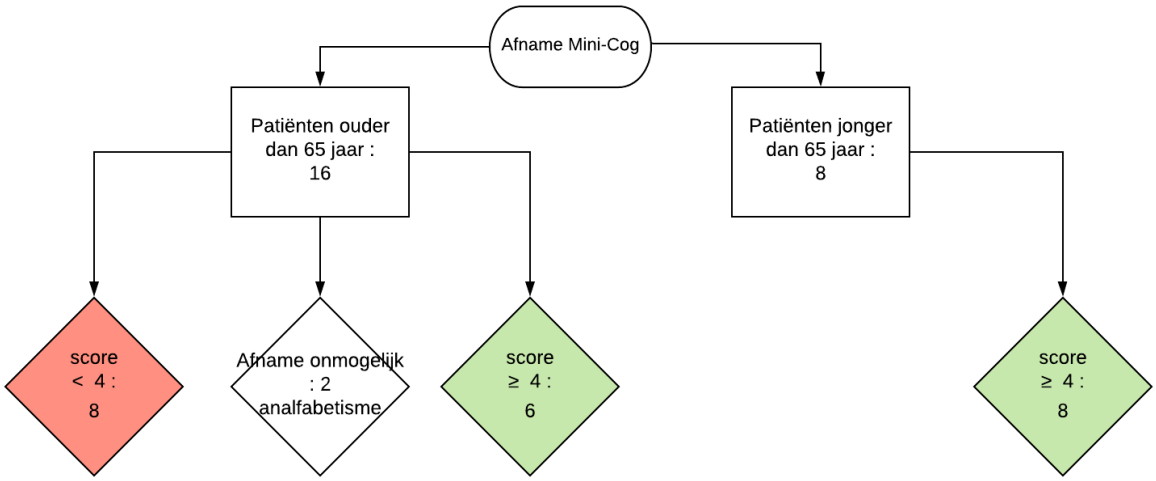


Fig 6. Stroomdiagram afname Mini-Cog in Praktijk Ter Walle

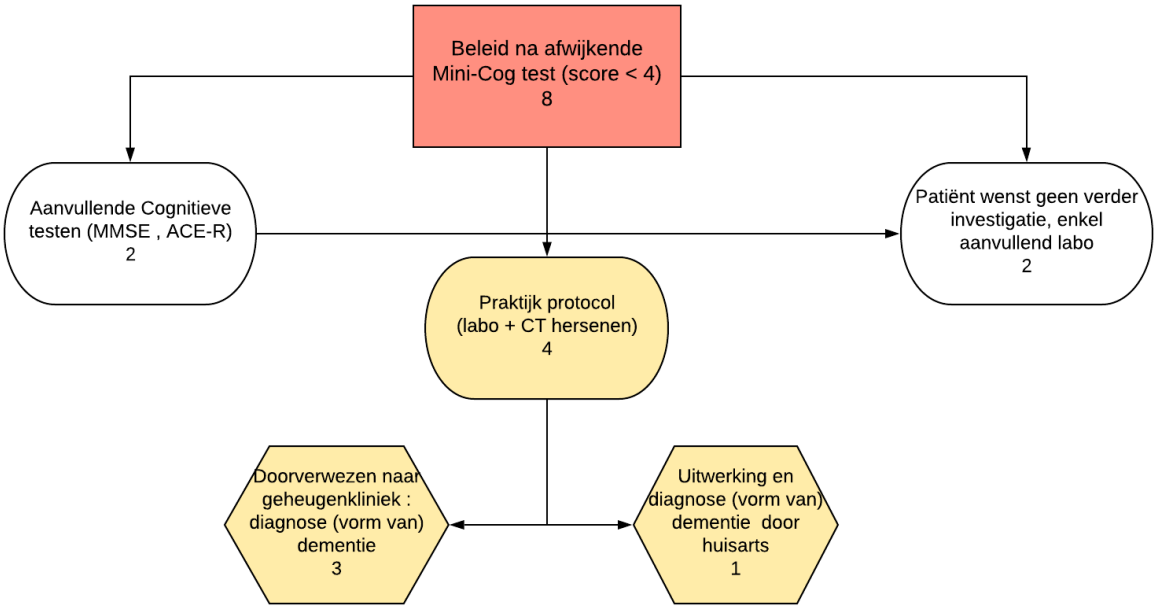


Fig 7. Stroomdiagram beleid na afwijkende score Mini-Cog in Praktijk Ter Walle

Bij het bekijken van de statistiek in Care Connect in april 2019 in vergelijking met de statistiek bij de start van het project zien we een toename in de IPCP codering P20 en P70. De stijging bij de 65 plussers met de diagnose dementie gaat van 49 patiënten (2,9%) naar 68 (4,1%) patiënten. Dit is enerzijds door nieuwe diagnoses naar aanleiding van praktijkproject enerzijds, en anderzijds door het herbekijken van de dossiers waarbij de codering nog niet juist toegepast was.

PDCA : Act

Na het in kaart brengen van de resultaatverschillen is het van belang dat er bijgestuurd wordt in de praktijk. Als we de bekomen resultaten bekijken aan de hand van de vooropgestelde indicatoren merken we dat we onze target nog niet gehaald hebben. Zo is de resultaatindicator 'prevalentie van dementie bij 65 plussers' in onze praktijk nog altijd te weinig. We hebben een stijging van het aantal patiënten maar we zitten nog niet dicht bij de prevalentie van dementie van 10% in België. Om toch in de toekomst dichter bij dit resultaat te komen moeten we een aantal zaken bijsturen alvorens te starten aan onze nieuwe PDCA-cyclus. Volgende werkpunten zijn naar voren gekomen tijdens een overlegmoment :

- Er zouden altijd Mini-Cog testen beschikbaar moeten zijn in de praktijkruimtes.
- Er is nog geen extra praktijkruimte voor de praktijkassistente, dit is in opbouw.
- Er moet meer pro-actief doorverwezen worden naar de geheugenkliniek AZ Groeninge.
- De sociale kaart is aangepast, maar er moeten nog meer contacten gelegd worden met de lokale initiatieven.
- Blijvend alert zijn voor goede codering binnen het EMD van de patiënt.
- Nieuwe poster in de wachtzaal hangen die de patiënten motiveert om te spreken over geheugenproblemen.
- Lijst met mensen met vermoeden van geheugenproblemen zeker up-to-date houden en in kader van privacy beter aan te maken in Care Connect onder tabblad 'taken' dan via google documenten.

Discussie

Na het doorlopen van alle stappen voor een kwaliteit verbeterend project in onze praktijk kunnen we met voldoening terugkijken op de resultaten. Dit project heeft veel nieuwe inzichten met zich meegebracht en het belangrijkste is dat de kwaliteit van onze zorg toegenomen is. Vooral het gebruik van de voorheen ongekende Mini-Cog test is een sterke vooruitgang voor de artsen in de praktijk. Indien we kijken naar de resultaten van het project, voorgesteld volgens figuur 6 en 7, was er bij 24 patiënten de intentie om deel te nemen. Bij 2 patiënten was het jammer genoeg niet mogelijk door

belemmerende factoren zoals analfabetisme en ander taligheid. Doordat de testen niet gestandaardiseerd zijn in andere talen kunnen we geen test gebruiken in de moedertaal van de eerste patiënt. Bij de andere patiënte kwam door het aankaarten van de Mini-Cog het analfabetisme aan het licht. Dit was eigenlijk ongekend bij deze vrouw. Hierdoor hebben we de zorg rond deze patiënte ook kunnen verbeteren door rekening te houden met het feit dat ze instructies of voorschriften niet kan lezen.

Acht patiënten die deelnamen aan de test waren onder de 65 jaar en strikt genomen niet onze doelgroep. Dit omdat we onder de 65 jaar spreken van jongdementie. De deelname aan de test was dan ook telkens op vraag van de patiënt naar aanleiding van de poster in de wachtzaal. Vaak waren dit mensen die zelf mantelzorger zijn voor mensen met dementie of mensen die angst hebben om dement te worden. Hierdoor is dit ook een zinvolle interventie geweest. Door het gesprek aan te gaan kan er gesproken worden wat er nu gekend is in de wetenschap, wat de mogelijkheden zijn voor vroegtijdige zorgplanning etc.

Bij 14 mensen die ouder waren dan 65 jaar hebben we de Mini-Cog afgenomen. Acht hadden een score van minder dan 4. Hierbij moeten we stellen dat enkele patiënten die wij als cognitief goed ervaren toch slecht scoorden op de test. Dit waren dan ook de patiënten die aanvullend geen verdere uitwerking wensten. Uiteindelijk hebben 4 patiënten het volledige protocol doorlopen en is er een diagnose gesteld van een vorm van dementie (gemengde vorm van dementie, vasculaire dementie en alzheimer dementie,…). Er is ook bijkomende therapie en begeleiding op maat opgestart.

Limiteringen

Na het doorlopen van het project en het analyseren van de resultaten zijn er nog enkele reflecties. Door het opstarten van dit project is de alertheid voor geheugenstoornissen sterk toegenomen door ons als zorgverleners. Door de poster in de wachtzaal spraken veel mensen ons hierover aan. Het is dus een onderwerp die sterk leeft bij de mensen. Echter veel mensen hadden bij het lezen van de poster toch grote verwachting omtrent ‘het onderzoek’. Deze verwachting moesten dan vaak toch bijgestuurd worden. Er waren informatiebrochures beschikbaar bij de praktijkassistente maar dit kon eventueel duidelijker als folder in de wachtzaal gelegen hebben zodat de mensen zich nog beter kon informeren over wat het project nu precies ging.

Daarnaast merkten we zelf bij het uitvoeren van het project dat er toch enkele barrières, gekend in de literatuur, ook tot uiting kwam bij de artsen. Zo was het soms moeilijk om te geloven dat de test afwijkend was en voelt de arts ook weerstand om de diagnose te stellen. Hierbij zou er dan de neiging zijn om de verder uitwerking uit te stellen. Maar door het feit dat het protocol vastlag en op voorhand

besproken werd met de patiënt, werd dit toch telkens systematisch voorgesteld en indien de patiënt akkoord was verder uitgewerkt.

Suggesties

Op enkele maanden tijd zijn er 4 nieuwe diagnoses gesteld. Daarnaast zijn er nog 4 patiënten dat we nu weten dat we best extra zorg voorzien en in de toekomst het onderwerp opnieuw kunnen aansnijden. Onze praktijk is tevreden over het resultaat , maar ook zeker over de verandering in de kwaliteit van onze zorg rond geheugenproblemen. De aangebrachte knelpunten zijn efficiënt aangepakt geweest, echter na de evaluatie van de resultaten zijn er nieuwe suggesties naar voor gekomen die in de volgende cyclus kunnen toegepast worden. Het zou bijvoorbeeld zinvol zijn om een nieuwe poster in de wachtzaal te hangen zodat mensen blijven spreken tegen de artsen. Eventueel goede brochures in de wachtzaal leggen zodat ze zelf al meer kunnen lezen en weten waar ze goede informatie kunnen vinden (vb. Dementiewijzer via organisatie Sophia). Daarnaast moeten wij als zorgverlener zeer alert blijven voor mensen met mogelijks moeilijkheden met geheugen en het gesprek zelf actief blijven aangaan.

Besluit

Als besluit kan er gesteld worden de het project zijn doel niet gemist heeft en veranderingen teweeggebracht heeft in onze praktijk. Dit enerzijds door een grotere alertheid en ondernemingszin te creëren bij de zorgverleners. Verder leidde dit project tot een betere structuur in de vroegtijdige detectie en uitwerking van een patiënt met vermoeden van geheugenproblemen. De Mini-Cog is een zeer handige tool gebleken bij het cognitief testen van de patiënt. Dit zullen we dan ook verder blijven gebruiken in de praktijk. Daarnaast blijkt dat bij het toepassen van het protocol, na een afwijkende Mini-Cog, er nieuwe diagnoses van dementie gesteld worden. We kunnen aldus besluiten dat er door dit project een toename is in de kwaliteit van de zorg voor onze patiënt.

Bibliografie (17)

1. Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw. www.dementie.be. [Online]. Available from: https://www.dementie.be/.

2. Koch T. Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care : a systematic review. BMC Family Practice. 2010 Nov; 52.

3. Faranak Aminzadeh FJMWBDDA. A Review of barriers and Enablers to Diagnosis and Management of Persons with Dementie in Primary Care. Canadian Geriatrics Journal. 2012 september ;(Volume 15, issue 3).

4. Steyaert J. Prevalentie hoeveel personen in Vlaanderen hebben dementie? In Vlaanderen ED. Dementie, van begrijpen naar begeleiden. Handboek Dementie ed. Brussel; 2016. p. Hoofdstuk 3.

5. Moll van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen MJFJ, Boswijk DFR, Stoffels J, Achthoven L, Luning-Koster MN. NHG-Standaard Dementie. Huisarts Wet. 2012.

6. Dubois B. Timely diagnosis for Alzheimer's disease : a literature review on benefits and challenges. Journal of Alzheimer's disease. 2015 August;(49).

7. Brodaty H. What is the best dementia screening instrument for general practitioners to use? Clinical review. AM J Geriatr Psychiatry. 2006 May; 14.

8. Boustani M. Screening for dementia in primary care : A summary of the evidence for the U.S.A. Preventive services task force. Annals of Internal medicine. 2003 June.

9. Iliffe S. The UK experience of promoting dementia recognition and managment in primary care. Zeitschrift für gerontologie und geriatrie. 2017 January.

10. Bradford. Importance of dementia screening in the primary care setting. In Alzheimer's associations facts; 2009; Duluth.

11. Sandholzer H BAFG. Early diagnosis and early treatment of cognitive disorders : A study of geriatric screening of an unselected patient population in general practice.. Z Gerontol Geriatr. 1999; 32(172-8).

12. Garcia-Ptacek S. Differences in diagnostic process, treatment and social support for Alzheimer's dementia between primary and specialist care : results from the Swedish Dementia Registry. Age and Ageing. 2016 november; I(89).

13. Eichler T. Rates of formal diagnosis of dementia in primary care : The effect of screening. Elsevier. 2015; 1, 87-93(Alzheimer's & Dementia : Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring).

14. Arevalo-Rodriguez I. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with mild cognitive impairment.. Cochrane database. 2015;(3).

15. Kelvin. Cognitive tests to detect dementia : A systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med.. 2015 june; 175(1450-1458).

16. Danielle G. Dokteren met kwaliteit. In Seuntjens GD. Dokteren met kwaliteit.: Reed Business; 2006. p. 248.

17. NICE. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. In NG 97; 2018.

18. Claessens H. Tijdige detectie van dementie : vormingspakket voor huisartsen. In LOK Tijdige detectie van dementie; 2012; Antwerpen. p. 46.

Bijlagen

Bijlage 1 Informatiefiche voor de patiënt

U zorgt voor een persoon die dementie heeft

"Mama heeft lang bij ons gewoond, en heeft thuis altijd veel geholpen. Ze werd droevig toen ze besefte dat hetgeen ze vroeger kon, nu niet meer lukte. We bleven haar zo veel mogelijk betrekken bij het huishouden, en vertrouwden haar de taken toe die ze wel nog kon."

Dit is niet vanzelfsprekend.

Deze folder geeft u tips om beter te communiceren en om te gaan met moeilijk gedrag.

Hoe goed communiceren met een persoon met dementie?

- Spreek de persoon aan met zijn naam
- Houd oogcontact
- Blijf op gelijke hoogte
- Gebruik lichaamstaal en gebaren
- Houd een hand van uw naaste vast, of raak de schouder aan
- Spreek in korte zinnen
- Gebruik één boodschap per zin
- Praat niet over hen alsof ze er niet bij zijn

Hoe zorgen voor een persoon met dementie?

Moedig de persoon met dementie aan om, in de mate van het mogelijke, voor zichzelf te zorgen. Stel hierbij geen hoge eisen. Help waar gewenst, of help onopvallend. Doe dingen samen.

Bied elke dag activiteiten aan, bij voorkeur zaken die uw naaste vroeger graag deed.

Voldoende bewegen, bijvoorbeeld wandelen of tuinieren, is belangrijk voor het welzijn van de persoon met dementie.

Waarom verandert het gedrag van uw naaste?

Een persoon met dementie blijft een volwaardig persoon, met gevoelens, gedachten en wensen.

Door de ziekte wordt het echter steeds moeilijker om aan de eigen noden te voldoen, en wordt het ook steeds moeilijker om dit duidelijk te maken aan anderen.

Dat kan zich uiten in veranderd gedrag. Als mantelzorger is het soms lastig om hier mee om te gaan.

Informatiefiche voor de Patiënt

Probeer u te verplaatsen in de leefwereld van iemand met dementie en neem hun gevoelens en gedachten ernstig. Laat ze weten dat u ze heeft gehoord en begrepen, en stel ze gerust.

Hoe omgaan met veranderd gedrag?

Probeer u te verplaatsen in de leefwereld van iemand met dementie en neem hun gevoelens en gedachten ernstig. Laat ze weten dat u ze heeft gehoord en begrepen, en stel ze gerust.

Weglopen of verloren lopen

- Vraag naar wat hen bezighoudt.
- Bevestig hun gevoelens.
- Leid ze af met een andere activiteit.
- ... of ga gewoon samen wandelen.

"Ga je naar de kapper? Je wil netjes voor de dag komen, hé? Zullen we even een afspraak maken?"

Achterdocht of hallucinaties

- Luister naar de klacht.
- Bevestig de gevoelens: uw naaste beleeft ze als écht.
- U kan samen zoeken naar een oplossing, of u kan uw naaste geruststellen.
- Wanneer men niet goed ziet of hoort, zal men sneller beelden of geluiden waarnemen die er niet echt zijn. Is er soms een (nieuwe) bril of een hoorapparaat nodig?

"Denk je dat de verpleegster je horloge heeft gestolen? Zo vervelend dat je mooie horloge nu plots weg is! Weet je wat, laten we samen nog eens zoeken, wie weet duikt het toch nog op?"

Kwaadheid of agressie

- Blijf rustig en houd afstand.
- Bevestig de gevoelens.
- Achterhaal waarom de persoon met dementie kwaad is.
- Probeer de aandacht af te leiden.
- Indien de situatie bedreigend is, voor u of voor uw naaste, bel dan de huisarts.

"Het is zo lastig als het niet lukt, hé. Ik begrijp dat je je kwaad voelt."

Weinig initiatief (apathie)

- Bied activiteiten aan die aangenaam zijn voor de persoon met dementie. Dat kan bijvoorbeeld een oude hobby zijn. Soms kan het helpen om zelf te beginnen met de

activiteit, en deze dan aan te bieden aan de persoon met dementie. (U kan bijvoorbeeld zelf een rijtje breien en het breiwerk daarna overhandigen aan uw naaste.)

- Prikkel alle zintuigen: aan bloemen ruiken, gebak proeven, een handmassage,...
- Stel geen te hoge eisen: de persoon met dementie kan ook genieten van rust.

Meer tips op ...

- omgaanmetdementie.be
- dementie.nl

Mijn echtgenoot kon zich soms kwaad maken als hij voelde dat hij bepaalde zaken niet meer kon doen. Op die momenten zei hij soms erg kwetsende dingen. Ik heb snel geleerd dat het de dementie was, en niet hij, die die dingen zei."

En medicatie? Werkt dat?

Er bestaat medicatie voor gedragsproblemen bij dementie. Uit studies blijkt echter dat deze medicatie niet bij iedereen helpt. Daarbij kunnen ze soms ernstige ongewenste effecten veroorzaken.
Daarom wordt deze medicatie enkel gebruikt als er een onmiddellijk gevaar is, of als alle andere maatregelen niet geholpen hebben.

En hoe zorgt u voor uzelf?

Zorgen voor een naaste met dementie is zwaar. Dat lukt pas als u ook goed voor uzelf zorgt.
Voorzie aangename activiteiten, onderhoud uw sociale contacten, neem contact op met lotgenoten, en gun uzelf ook voldoende rust.
Aanvaard zo veel mogelijk hulp.

Waar kan u meer informatie en hulp vinden?

- Uw huisarts
- De dienst maatschappelijk werk van uw ziekenfonds
- Alzheimer Phone National (Gratis luister- en infolijn): **0800 15 225**
- Het Expertisecentrum Dementie: dementie.be
- De portaalsite Dementie Vlaanderen: www.dementie.vlaanderen

Bijlage 2 Mini-Cog

Mini-Cog©

Instructies voor afname & score

ID: _____ Datum: _____

Stap 1: Drie Woorden Onthouden

Kijk direct naar de persoon en zeg: „Luister alstublieft goed. Ik ga zo drie woorden opnoemen, die u moet har dop mag herhalen en proberen te onthouden. De woorden zijn [selecteer een woordenlijst van onderstaande versies]. Kunt u de woorden voor mij opnoemen?" Wanneer een persoon na drie pogingen niet in staat is om de woorden te herhalen, ga verder met stap 2 (kloktekenen).

De volgende en anderen woordlijsten zijn gebruikt voor één of meerdere klinische studies.[1-3] Voor herhaalde afnames, wordt het gebruik van een alternatieve woordenlijst aangeraden.

Versie 1	Versie 2	Versie 3	Versie 4	Versie 5	Versie 6
Banaan	Leider	Dorp	Rivier	Kapitein	Dochter
Zonsopkomst	Seizoen	Keuken	Natie	Tuin	Hemel
Stoel	Tafel	Baby	Vinger	Foto	Berg

Stap 2: Klok tekenen

Zeg: „Als volgende wil ik dat u een klok voor mij tekent. Plaats eerst alle cijfers waar ze horen." Wanneer dat klaar is, zeg: „Teken nu de wijzers op 10 over 11."

Gebruik de voorgedrukte cirkel voor deze oefening (zie volgende pagina). Herhaal zonodig de instructies, het is geen geheugentest. Ga door naar Stap 3 wanneer de klok niet binnen 3 minuten klaar is.

Stap 3: Drie Woorden Herinneren

Vraag aan de persoon om de drie woorden van Stap 1 op te noemen. Vraag: „Wat zijn de drie worden die ik u gevraagd heb te onthouden?" Noteer de woordenlijst versie an de antwoorden van de persoon hieronder.

Woordelijst versie: _____ Antwoorden: _____ _____ _____

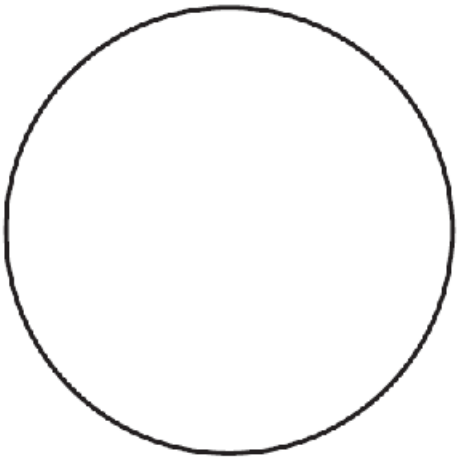
Score

Woorden herinneren: _____ (0-3 punten)	1 punt voor ieder woord dat spontaan herinnerd wordt zonder volgorde.
Klok tekenen: _____ (0 of 2 punten)	Normale klok = 2 punten. Bij een normale klok zijn alle cijfers correct geplaatst, in de correcte volgorde en op de correcte positie (bijv. 12,3,6,9 zijn op de juiste positie) zonder ontbrekende of dubbele cijfers. De wijzers zijn gericht naar de 11 en de 2 (11:10). De lengte van de wijzers worden niet gescoord. Wanneer het niet lukt om de klok te tekenen, of de persoon weigert (abnormaal) = 0 punten.
Totale score: _____ (0-5 punten)	Totale score = Woorden Herinnering-score + Klok tekenen-score.

Mini-Cog© S. Borson. Alle rechten voorbehouden. Afdrukken alleen met toestemming voor de auteur en uitsluitend voor klinische en educatieve doeleinden. Mag niet gewijzigd worden of gebruikt worden voor commerciële, marketing, of onderzoeks doeleinden zonder toestemming van de auteur (soob@uw.edu).

Klok tekeninen

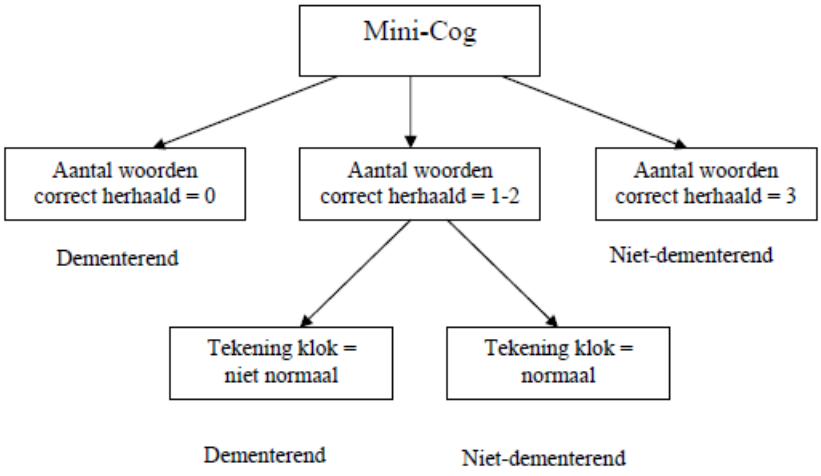
ID: _____ Datum: _____



Referentie

1. Borson S, Scanlan JM, Chen PJ et al. The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample. J Am Geriatr Soc 2003;51:1451–1454.
2. Borson S, Scanlan JM, Watanabe J et al. Improving identification of cognitive impairment in primary care. Int J Geriatr Psychiatry 2006;21: 349–355.
3. Lessig M, Scanlan J et al. Time that tells: Critical clock-drawing errors for dementia screening. Int Psychogeriatr. 2008 June; 20(3): 459–470.
4. Tsoi K, Chan J et al. Cognitive tests to detect dementia: A systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 2015; E1-E9.
5. McCarten J, Anderson P et al. Screening for cognitive impairment in an elderly veteran population: Acceptability and results using different versions of the Mini-Cog. J Am Geriatr Soc 2011; 59: 309-213.
6. McCarten J, Anderson P et al. Finding dementia in primary care: The results of a clinical demonstration project. J Am Geriatr Soc 2012; 60: 210-217.
7. Scanlan J & Borson S. The Mini-Cog: Receiver operating characteristics with the expert and naive raters. Int J Geriatr Psychiatry 2001; 16: 216-222.

Mini-CogTM © S. Borson. Alle rechten voorbehouden. Afdrukken alleen met toestemming voor de auteur en uitsluitend voor klinische en educatieve doeleinden. Mag niet gewijzigd worden of gebruikt worden voor commerciële, marketing, of onderzoeks doeleinden zonder toestemming van de auteur (soob@uw.edu).



Scoringsalgoritme Mini-Cog (Borson et al., 2000)

(18)

Bijlage 3 GPCOG en MIS

Naam patiënt: _____

Test datum: _____

GPCOG

STAP 1: ONDERZOEK PATIËNT

Tenzij anders aangegeven moet elke vraag slechts 1 keer worden gesteld.

Naam en adres voor herinneringstest

Ik ga je een naam en adres geven. Nadat ik ze gezegd heb, moet je de naam en het adres herhalen. Onthou het goed want over enkele minuten zal ik je vragen of je je de naam en het adres nog herinnert: Jan Vandamme, Kapelstraat 42, Hilversum (max 4 pogingen).

		Juist	Fout
Tijdsoriëntatie			
1.	*De hoeveelste zijn we vandaag?* (datum)	☐	☐
Klok tekening (gebruik een blanco papier)			
2.	*Schrijf alle cijfers zoals op een klok.* (juist als cijfers op correcte plaats staan)	☐	☐
3.	*Teken hoe de wijzers staan wanneer het tien minuten na elf uur is.* (11u10)	☐	☐
Informatie			
4.	*Kan je iets vertellen dat onlangs in het nieuws was?* (Onlangs = afgelopen week. Bij een algemeen antwoord, bv. "oorlog", "veel regen", vraag om details. Enkel een specifiek antwoord telt.)	☐	☐
Herinnering			
5.	*Wat was de naam en het adres dat ik je vroeg te onthouden?*		
	Jan	☐	☐
	Vandamme	☐	☐
	Kapelstraat	☐	☐
	42	☐	☐
	Hilversum	☐	☐

Tel het aantal juiste antwoorden op: **Totale score:** ☐ **op 9**

9	**Geen significante cognitieve afwijking** Verdere testen zijn niet nodig
5 – 8	**Er is meer informatie nodig** Interview een informant, zie stap 2 op de volgende pagina
0 – 4	**Deze score wijst op een cognitieve afwijking** Voer de reguliere onderzoeken uit

© University of New South Wales as represented by the Dementia Collaborative Research Centre – Assessment and Better Care;
Brodaty et al, *JAGS* 2002; 50:530-534

Naam patiënt: _____

Test datum: _____

GPCOG

STAP 2: INTERVIEW INFORMANT

Naam informant: _____

Relatie informant en patiënt, m.a.w. de informant is de patiënt's: _____

Vraag de informant:

In vergelijking met 5–10 jaar geleden,	JA	NEE	Geen idee	N.V.T.
1. *Heeft hij/zij (de patiënt) meer moeite om recente gebeurtenissen te onthouden dan vroeger?*	☐	☐	☐	
2. *Is het moeilijker voor hem/haar om zich gesprekken te herinneren een paar dagen later?*	☐	☐	☐	
3. *Heeft hij/ze het moeilijker om tijdens het spreken de juiste woorden te vinden of gebruikt hij/ze vaker de verkeerde woorden?*	☐	☐	☐	
4. *Is het moeilijker geworden voor hem/haar om met geld en financiën om te gaan (bv. rekeningen betalen)?*	☐	☐	☐	☐
5. *Is hij/zij minder in staat om zelfstandig zijn/haar medicatie op tijd te nemen?*	☐	☐	☐	☐
6. *Heeft hij/zij meer hulp nodig bij transport (privé of openbaar vervoer)?* (Als de patient moeilijkheden heeft die enkel te wijten zijn aan fysieke problemen, bv. pijn aan benen, duid 'NEE' aan.)	☐	☐	☐	☐

Tel het aantal antwoorden op voor 'NEE', 'Geen idee' of 'N.V.T.' (niet van toepassing).

Totale score: ☐ op 6

4 – 6	**Geen significante cognitieve afwijking** Verdere testen zijn niet nodig
0 – 3	**Deze score wijst op een cognitieve afwijking** Voer de reguliere onderzoeken uit

Vermeld bij doorverwijzing de afzonderlijke scores van de verschillende GPCOG stappen:

STAP 1 **Onderzoek van patiënt:** __ / 9

STAP 2 **Interview met informant:** __ / 6 of **N.V.T.**

© University of New South Wales as represented by the Dementia Collaborative Research Centre – Assessment and Better Care; Brodaty et al, *JAGS* 2002; 50:530-534

The Memory Impairment Screen

Memory Impairment Screen (MIS) evaluates episodic memory of an elderly person. This instrument is similar to the five-word test.

What does the test consist of?

The examiner shows a sheet on which is written a series of 4 words that do not belong to the same category cues (we say that these words belong to different semantic categories). For example:

1. Tomato
2. Hammer
3. Cod
4. Tulip

The subject is asked to read aloud these four words from a **printed** page. Then he is asked to identify each word that matches the category cue - e.g. *'what is the vegetable ?, 'what is the tool ?'* etc.

The examinee then performs an interference task that lasts 2 to 3 minutes in order to distract the patient's attention. e.g. *ask the patient to count backwards from 20 to zero.*

Then the examiner asks the patient to identify the four words that were previously shown (this is called 'the free recall').

The examiner presents category cues for *only* those words not recalled freely (this is called 'the cued recall').

The MIS Score

2 points are attributed for each remembered word without the assistance of the examiner. This is the free-recall scoring.

1 point is attributed for each remembered word with the assistance of the examiner. This is the cued recall scoring.

Total score = [(2 x free) + cued] remembered words. It ranges from 0 to 8.

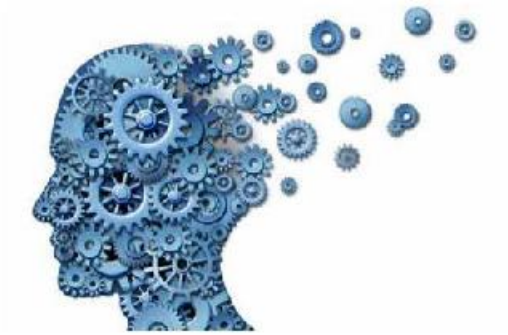
A score below or equal to 4 indicates a high probability (above 60%) that the individual suffers from Alzheimer's disease.

Bijlage 4 Poster over dementie

ICHO vzw
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

UNIVERSITEIT GENT

Dokter, de laatste tijd vergeet ik veel …



Zit je met deze vraag? Maak je je zorgen over jezelf of een van je naasten?

Bespreek uw bezorgdheid met een van de artsen en neem deel aan ons **praktijkproject over dementie** in het kader van de opleiding van Dr. Leonie Vandoorne. Vraag meer uitleg en een informatieformulier aan iemand van de praktijk.

Bijlage 5 Toestemmings- en informatieformulier

Toestemmingsformulier

Ik geef hierbij mijn toestemming voor deelname aan de screeningstest voor dementie door de dokters van praktijk Ter Walle.

Ik heb de tijd gehad om het informatieformulier te lezen en heb een antwoord gekregen op al mijn eventuele vragen.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

De patiënt kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben op de verdere behandeling en de relatie met de arts

Naam deelnemer: _____

Handtekening en datum:

Naam onderzoeker: _____

Handtekening en datum onderzoeker:

Informatieformulier

Beste mijnheer/mevrouw

Alvast vriendelijk bedankt dat u wilt meewerken aan dit praktijkproject van praktijk ter walle.

Titel van het onderzoek: Vroegtijdige detectie van dementie in de huisartsenpraktijk, een kwaliteitsverbeterproject.

Beschrijving van het project :

De dienst Ugent en onze praktijk voeren een onderzoek naar dementie. Dementie is een veel voorkomende aandoening die voor zowel de patiënt als de omgeving heel ingrijpend is. Als huisarts spelen wij dan ook een belangrijke rol in het opsporen van een geheugenstoornis. Er bestaan eenvoudige testen die wij als huisarts makkelijk kunnen uitvoeren bij de patiënt. Hiermee kan een vermoeden van een geheugenstoornis versterkt worden en verder onderzocht worden. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de levenskwaliteit van de persoon met dementie beter is indien de diagnose vroeg gesteld wordt. Daarom willen wij als praktijk hier een werkpunt van maken.

Een kwaliteitsverbeterproject houdt in dat wij als praktijk analyseren hoe we actiever kunnen screenen naar dementie bij personen met een geheugenstoornis. We gaan op zoek hoe we in de praktijk deze test frequenter kunnen gebruiken. Dit onderzoeksproject is de eerste stap in een proces dat we hopen verder te zetten in de toekomst.

Onze doelgroep zijn mensen met de leeftijd tussen 65 en 80 jaar. Maar uiteraard kan er altijd deelgenomen worden aan deze test als u dit wenst. Indien u interesse heeft kan u uw naam doorgeven aan een van de dokters van praktijk ter Walle of de secretaresse Melissa. Wij zullen dan een raadpleging vastleggen waar er een heel korte vraagstelling gedaan wordt en er verdere info op maat gegeven wordt. Dit zal ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag nemen. Uw deelname aan deze test is volledig vrijwillig. U kunt dus op gelijk welk tijdstip beslissen om toch niet verder deel te nemen aan dit project. Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan dit ziekenhuis, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Peter Pype.

Hiernaast willen we er nog op wijzen dat uw privacy gedurende het hele project steeds gerespecteerd zal worden. Alle gegevens die verzameld worden, worden uiterst vertrouwelijk behandeld. Hierbij worden het medisch geheim en de Belgische wetgeving nageleefd. (Belgische Wet van 8 december 1992 inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Belgische Wet van 22 augustus 2002 inzake rechten van de patiënt).

Er zijn geen financiële tegemoetkomingen gekoppeld aan de afname van deze geheugentest. Er wordt ook geen raadpleging aangerekend indien de komst enkel in kader van ons onderzoek is.

Verzekering: De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Indien er nog zaken zijn waarop u in dit informatieformulier geen antwoord vindt, kan u ons steeds raadplegen via onderstaand e-mailadres.

Alvast vriendelijk bedankt voor uw moeite en tijd!

Dr. Leonie Vandoorne

Bijlage 6 Aanvraag Ethische Commissie en Goedkeuring project

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS

IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

VROEGTIJDIGE DETECTIE VAN DEMENTIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK, EEN KWALITEITSVERBETERPROJECT

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. MYRIAM DEVEUGELE
- FUNCTIE : HOOFDDOCENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 21 82
- FAX: 09 322 49 67
- E-MAIL: MYRIAM.DEVEUGELE@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: AN DE SUTTER

CO-PROMOTOR

- NAAM: ANNELIES CAPIAU
- FUNCTIE: HUISARTS
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): PRAKTIJKASSISTENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 33 12
- FAX: 09 322 49 67
- E-MAIL: ANNELIES.CAPIAU@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): AN DE SUTTER

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: LEONIE VANDOORNE

- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0475 435 418
- E-MAIL: VANDOORNE.LEONIE@HOTMAIL.COM

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: GRIET CALLENS
- ADRES: WALLEGRACHT 9 8790 WAREGEM
- TELEFOONNUMMER: 056 60 43 90
- E-MAIL: GRIET.CALLENS@SKYNET.BE
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): DUO

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 01/05/2018 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 01/09/2018

7. SOORT ONDERZOEK

❑ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
- ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- ❑ VRAGENLIJSTEN
- ❑ INTERVIEW

❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ❑ WELKE PERIODE: ….

X INTERVENTIONEEL ONDERZOEK

❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
- ❑ FASE I
- ❑ FASE II
- ❑ FASE III
- ❑ FASE IV
- ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
- ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
- ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN

X ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)
- ❑ MEDICAL DEVICE
- ❑ BLOEDAFNAME, RX,…
- **X SCREENINGSINSTRUMENT VOOR DEMENTIE : MINI-COG**

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

VIA FOCUS-ANALYSE EN PCDA-CYCLUS ZULLEN WE BEKIJKEN WAAR ER BINNEN ONZE PRAKTIJK BARRIÈRES BESTAAN OM VLOT GEBRUIK TE MAKEN VAN EEN SCREENINGSTOOL ZOALS DE MINI-COG OM DEMENTIE OP TE SPOREN. OP DIT MOMENT IS DE STANDARD-OF-CARE BIJ DE HUISARTS IN DE SCREENING NAAR DEMENTIE CASE-FINDING. INDIEN ER EEN VERMOEDEN IS VAN EEN GEHEUGENSTOORNIS ZAL DE HUISARTS MEESTAL EEN MMSE AFNEMEN (TIJDSINTENSIEF) OF DOORVERWIJZEN NAAR NEUROLOGIE. WIJ KIEZEN DAAROM VOOR DE MINI-COG IN PLAATS VAN DE MMSE OMDAT DEZE VEEL MINDER TIJDSINTENSIEF IS MAAR WEL EVEN KWALITEITSVOL. PERSONEN DIE WENSEN DEEL TE NEMEN ZULLEN BIJ DE HUISARTS OP CONSULTATIE KOMEN OM DE MINI-COG IN TE VULLEN. DEZE TEST BESTAAT UIT EEN REEKS VAN 3 WOORDEN DIE MOETEN HERHAALD WORDEN EN EEN KLOKTEST. IN BIJLAGE ZIT EEN VOORBEELD VAN EEN GESTANDAARDISEERDE MINI-COGTEST. INDIEN DE SCORE VOLGENS DE SCORE INTERPRETATIE ABNORMAAL IS, IS ER EEN VERMOEDEN VAN DEMENTIE EN ZAL DIT VERDER UITGEWERKT WORDEN SAMEN MET DE PATIËNT.

ONS ONDERZOEKSOPZET IS DUS OM BINNEN ONZE PRAKTIJK VROEGTIJDIG DEMENTIE OP TE SPOREN AAN DE HAND DE MINI-COG. INDIEN DEZE TEST ONS BRENGT TOT VERDERE DIAGNOSTIEK VAN DEMENTIE BETEKENT DIT DAT WE VEEL BETERE ZORG OP MAAT KUNNEN LEVEREN VOOR DE PATIËNTEN. UIT WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK BLIJKT OOK DAT DE LEVENSKWALITEIT HOGER IS INDIEN DE DIAGNOSE VAN DEMENTIE VROEGER GESTELD WORDT. OM NA TE GAAN OF ONZE KWALITEITSVERBETEREND PROJECT ZINVOL WAS KUNNEN WE ENKELE KWALITEITSINDCATOREN TOETSEN : AANTAL AFWIJKENDE MINI-COG TESTEN, AANTAL DOORVERWIJZINGEN NAAR NEUROLOGEN, OPSTARTEN VAN BETERE MANTELZORG NAAR AANLEIDING VAN NIEUWE DIAGNOSE.

WIE ?

- ZOWEL MANNEN ALS VROUWEN
- LEEFTIJD 65 – 80 JAAR WAARBIJ EEN VERMOEDEN (DOOR ZICHZELF, DE ARTSEN OF OMGEVING) BESTAAT VAN EEN GEHEUGENPROBLEEM
- MENSEN DIE ZELF WILLEN MEEDOEN IN HET PROJECT
- EXCLUSIE : PATIËNTEN MET AL EEN DIAGNOSE VAN DEMENTIE

HOE?

- REKRUTERING VIA AFFICHE IN DE WACHTZAAL
- ZELF DEELNAME VOORSTELLEN BIJ PATIËNTEN MET EEN VERMOEDEN VAN EEN GEHEUGENSTOORNIS
- AFNAME DOOR ALLE ARTSEN IN DE PRAKTIJK (GRIET CALLENS, VALENTIN DEGRYSE, HAIO LEONIE VANDOORNE)

WAT?

- MINI-COG : ZIE BIJLAGE

OPDRACHTGEVER?

- UNIVERSITEIT GENT EN ICHO (INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VAN HUISARTSENOPLEIDING)

VERZEKERING EN FINANCIËLE ASPECTEN?

- 'NO FAULT' VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT GENT. GEEN TEGEMOETKOMING VOOR DE PATIËNT VOORZIEN VOOR HET AFNEMEN VAN DE MINI-COG. INDIEN ER GEEN ANDERE REDEN TOT CONSULTATIE IS, WORDT ER OOK GEEN CONSULTATIE AANGEREKEND.

9. IS HET ONDERZOEK

X **DIAGNOSTISCH**

☐ FYSIOLOGISCH

- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

❑ JA
X **NEEN**

INDIEN JA

❑ 1 ZIEKENHUISDIENST

❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN

- NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
- NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN) **UNIVERSITEIT GENT** (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
X **NEEN**

PATIËNTEN LIJDEND AAN : GEHEUGENPROBLEMEN ZONDER DIAGNOSE VAN DEMENTIE OF ZIEKTE VAN ALZHEIMER

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

❑ JA
X **NEEN**

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 20

D. LEEFTIJD : 65-80 JAAR

E. GESLACHT : MAN EN VROUW

HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? VIA EEN AFFICHE IN DE WACHTZAAL. VERDER ZULLEN WE ZELF EEN SELECTIE MAKEN VAN PATIËNTEN TUSSEN 65-80 JAAR WAARBIJ WE EEN VERMOEDEN HEBBEN VAN GEHEUGENPROBLEMATIEK EN VRAGEN OF ZE WILLEN MEEDOEN AAN DIT PROJECT.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

X **JA**

❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK : WE VRAGEN TOELATING VIA HET TOELATINGSFORMULIER (ZIE BIJLAGE)

X **JA**

❑ NEEN

MONDELING : TIJDENS CONSULTATIES WORDT ER MONDELINGE TOESTEMMING GEVRAAGD VOOR HET UITVOEREN VAN DE SCREENING NAAR DEMENTIE ADHV MINI-COG TEST

X **JA**

❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA

X **NEEN**

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? **NEEN**

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

❑ JA

X **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA

X **NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

❑ JA
X **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

❑ JA
❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

❑ JA
❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

❑ **JA**
❑ NEEN

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

❑ **JA**
❑ NEEN

16. VERZEKERING

UGENT 'NO FAULT' VERZEKERING.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

IEMKE HINDRYCKX HEEFT VOOR DE UNIVERSITEIT BRUSSEL EEN GELIJKAARDIG PRAKTIJKVERBETERPROJECT UITGEVOERD EN HAAR MASTERPROEF HIEROMTRENT GESCHREVEN IN 2013-2014. DE CONCLUSIE LUIDDE TOEN : **MET WEINIG BELASTENDE MAATREGELEN (MMSE) HEBBEN WE EEN GROTE VOORUITGANG IN DE KWALITEIT VAN ZORG VOOR ONZE PATIËNTEN KUNNEN VERWEZENLIJKEN. OOK BLEEK BIJ OVERLOPEN VAN DE RESULTATEN DAT ONZE INSPANNINGEN NIET VOOR NIETS ZIJN GEWEEST. EEN OP VIER PATIËNTEN IN ONZE STUDIE KREEG EEN DIAGNOSE EN VOOR HEN KON GEWERKT WORDEN AAN EEN ZORG OP MAAT.**

WAAROM HERNEMEN WE DIT PROJECT?

BINNEN DE PRAKTIJK HADDEN WE HET GEVOEL DAT WE VERSCHILLENDE MENSEN MET MOGELIJKE GEHEUGENPROBLEMEN MISSEN. DIT ONDER ANDERE OMDAT WE NIET SNEL DE TIJD NEMEN OM EEN SCREENINGSTEST ZOALS EEN MMSE AF TE NEMEN. ZO ZULLEN WE ALS EVENWAARDIGE SCREENINGSTOOL DE BEKNOPTE MINI-COG GEBRUIKEN I.P.V. EEN MMSE. HIERIN VERSCHILLEN WE VAN HET VOORGAANDE ONDERZOEK. ONZE ONDERZOEKSVRAAG LUIDT : HOE KUNNEN WE BINNEN ONZE PRAKTIJK DE DIAGNOSE VROEGTIJDIGER STELLEN BIJ MENSEN MET EEN VERMOEDEN VAN EEN GEHEUGENSTOORNIS?

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

❑ JA
X **NEEN**

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

X **JA**
❑ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

❑ JA
X **NEEN**

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

X **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**
❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

GEEN

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

❑ JA
X **NEEN**

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? …

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? …

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

NVT

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA
- **X NEEN**

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? …

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : …

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? …

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA

  WELKE ? …

- ❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

ZO NEEN, LEG UIT : …

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES : NEEN

B. **FUNCTIETESTS** OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE : MINI-COG ; COGNITIEVE SCREENING

EENMALIGE SCREENING

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES : NEEN

D. BLOEDAFNAMEN : NEEN

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

X **NIET VAN TOEPASSING**
❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

❑ ERELOON:
❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 28/2/2018
NAAM : Leonie Vandoorne
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 28/02/2018
NAAM : Dr. Callens Griet
HANDTEKENING :

Dr. Griet Callens
1-35954-40-004
Wallegracht 9 8790 Waregem
056 604390

PROMOTOR

DATUM : 28/2/2018
NAAM :
HANDTEKENING : Prof. dr. R. Devuyst

CO-PROMOTOR

DATUM : 28/2/2018
NAAM : Capiau Amelies
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

Goedkeuring Ethische Commissie

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. Myriam DEVEUGELE
Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
ALHIER

contact	telefoon	e-mail
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2018/0454	14-mei-18	1/2	

Betreft :
Advies voor monocentrische studie met als titel:

Vroegtijdige detectie van dementie in de huisartsenpraktijk, een kwaliteitsverbeterproject. (MaNaMa Leonie Vandoorne)

Belgisch Registratienummer: B670201836342

* Antwoord onderzoekers
  Ontvangen via mail Leonie Vandoorne dd. 2/05/2018 in antwoord op opmerkingen EC dd. 21/03/2018
* Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie ontvangen op 2/05/2018)
* Informatie- en toestemmingsformulier (versie 2) NL dd. 2/05/2018
* Vragenlijsten Mini-Cog (ontvangen dd. 02/05/2018)
* Rekruteringsmateriaal: Poster wachtzaal (ontvangen dd. 07/05/2018)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. M. DEVEUGELE ; Hoofdonderzoeker

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 66 23
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haesebaldcke
T +32(09) 332 22 66
Davina Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 7/05/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 7/05/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 7/05/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 7/05/2019, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 15/05/2018

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/05/2018

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. M. DEVEUGELE - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be