

The background of the entire page is a solid purple color. Scattered across this background are numerous butterfly silhouettes. Most are a dark purple color, while a few are a bright orange color. The butterflies are of various sizes and are positioned in different orientations, creating a sense of movement and lightness.

GEHEUGENPOLI MONITOR 2023

ALZHEIMER
CENTRUM LIMBURG

Alzheimer Centrum Limburg in samenwerking met:
Radboud UMC Alzheimer Centrum – Amsterdam UMC Alzheimer Centrum – Erasmus MC Alzheimer centrum
Alzheimer Nederland

Geheugenpoli Monitor 2023

Rapportage

Projectleiding:

Inez Ramakers
Frans Verhey

Alzheimer Centrum Limburg | Universiteit Maastricht | Maastricht UMC +
Alzheimer Centrum Limburg | Universiteit Maastricht | Maastricht UMC +

Projectuitvoering:

Stephan Duijkers
Daphne ter Huurne

Alzheimer Centrum Limburg | Universiteit Maastricht | Maastricht UMC +
Alzheimer Centrum Limburg | Universiteit Maastricht | Maastricht UMC +

Adviseurs:

Marco Blom
Hanna Bodde
Jolanda Dobbe
Wiesje van der Flier
Willemijn Jansen
Marcel Olde Rikkert
Janne Papma

Alzheimer Nederland
Alzheimercentrum Erasmus MC | Erasmus MC
Alzheimercentrum Amsterdam | Amsterdam UMC
Alzheimercentrum Amsterdam | Amsterdam UMC
Alzheimer Centrum Limburg | Universiteit Maastricht | Maastricht UMC +
Radboud UMC Alzheimer Centrum | Radboud UMC
Alzheimercentrum Erasmus MC | Erasmus MC

Dankwoord

Wij danken alle deelnemende geheugenpoli's hartelijk voor het invullen van de Geheugenpoli Monitor 2023. Daarnaast danken wij het TAP-dementia consortium dat deze Geheugenpoli Monitor mede mogelijk heeft gemaakt. Ten slotte ook dank aan het Nederlands Geheugenpoli Netwerk voor het aanvullen van de lijst met geheugenpoli's en aan de mensen die een adviserende rol hebben gehad bij de ontwikkeling van de enquête en rapportage.

Dit rapport kan als volgt worden aangehaald:

Duijkers, S., Ter Huurne, DBG., Blom, M., Bodde, HE., Dobbe, JHM, Van der Flier, W., Jansen, WJ., Olde Rikkert, M., Papma, JM., Verhey, FRJ., Ramakers, IHGB. (2025). Geheugenpoli Monitor 2023. Alzheimer Centrum Limburg, Maastricht.

De belangrijkste bevindingen zijn internationaal gepubliceerd in het *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* onder de titel *Current Practice and Long-Term Developments in Multidisciplinary Dutch Memory Clinics* (Duijkers et al., 2026):

<https://doi.org/10.1177/08919887261478290>

Adres voor reacties/correspondenties:

Stephan Duijkers, Msc

Alzheimer Centrum Limburg | Universiteit Maastricht | Maastricht Universitair Medisch Centrum +

Postbus 616

6200 MD Maastricht

E-mail: stephan.duijkers@maastrichtuniversity.nl

E-mail: i.ramakers@maastrichtuniversity.nl

Tel.: +31 43-3881022

Design:

Voor het kaftdesign van deze rapportage is gebruik gemaakt van ChatGPT.



Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Inleiding	6
<i>Doel</i>	7
Methode	7
<i>Definitie</i>	7
<i>Procedure</i>	7
<i>Statistiek</i>	8
Resultaten	9
<i>Respons</i>	9
<i>Aantal geheugenpoli's</i>	9
<i>Organisatie</i>	9
<i>Inbedding</i>	9
<i>Professionals</i>	10
<i>Aantal patiënten</i>	11
<i>Diagnostische uitkomsten</i>	12
<i>Syndroom diagnoses</i>	12
<i>Diagnoses van de subtypes van dementie</i>	12
<i>Second opinion</i>	13
<i>Klinische schalen en vragenlijsten</i>	14
<i>Neuropsychologisch onderzoek</i>	15
<i>Aanvullend onderzoek</i>	16
<i>Amyloid-PET</i>	18
<i>Tau-PET</i>	18
<i>Bloed biomarker voor de ziekte van Alzheimer</i>	19
<i>Het uitslaggesprek</i>	20
<i>Procedures</i>	21
<i>Postdiagnostische zorg</i>	22
<i>Behandeling en begeleiding</i>	23
<i>Nieuwe medicatie ziekte van Alzheimer</i>	26
<i>Regionale samenwerking</i>	27
<i>COVID-19</i>	27
<i>Algemeen</i>	27
Ontwikkeling 1998 – 2023	28
Beschouwing	30
Conclusie	34
Referenties	35
Bijlage I – Afkortingen	37

Samenvatting

Op Geheugenpoli's (GP's) werken multidisciplinaire teams die zich richten op tijdige, accurate en gepersonaliseerde diagnostiek van voornamelijk cognitieve stoornissen en dementie. De eerste GP's zijn in Nederland opgericht in 1986. Sinds 1998 worden ontwikkelingen gevolgd door de Geheugenpoli Monitor. Deze monitor wordt door het Alzheimer Centrum Limburg sindsdien ongeveer elke vijf jaar verstuurd aan alle ziekenhuis gerelateerde GP's. In deze rapportage worden de resultaten van de Geheugenpoli Monitor 2023 beschreven evenals de ontwikkelingen ten opzichte van voorgaande monitors sinds 1998.

Voor het eerst sinds 1998 werd er geen groei in het aantal GP's gezien, bij een nog steeds stijgend aantal patiënten. De specialismen neurologie en klinische geriatrie bleken, in combinatie met psychologie, het vaakst betrokken bij een GP. Sinds vorige monitoren werd er een verdere afname gezien in het aandeel patiënten dat een diagnose 'dementie' kreeg; tegenover een verdere lichte stijging in het aandeel patiënten met 'subjectieve cognitieve klachten' en 'cognitieve stoornis geen dementie (MCI)'. Het meest voorkomende subtype dementie was de ziekte van Alzheimer. GP's maakten vaak gebruik van neuropsychologisch, beeldvormend en laboratoriumonderzoek. Er bleken grote verschillen in beschikbaarheid, toepassing en vorm van deze onderzoeken. Daarnaast werd er aandacht besteed aan de diagnostische toegevoegde waarde van nieuwe biomarkers op GP's. Resultaten van deze monitor laten zien dat er in het merendeel van de GP's aanpassingen nodig zijn aan de huidige organisatie en infrastructuur binnen GP's voordat behandeling met eventuele nieuwe monoklonale antilichaam therapie voor de ziekte van Alzheimer kan worden aangeboden.

Inleiding

Op geheugenpoli's (GP's) werken multidisciplinaire teams samen voor de tijdige diagnostiek en behandeling van mensen met cognitieve stoornissen en dementie. De eerste GP werd in de jaren '70 opgericht in de Verenigde Staten, waarna het Verenigd Koninkrijk volgde in de jaren '80 (Wright & Lindesay, 1995). In Nederland werden de eerste GP's opgericht in 1986 in Maastricht (Verhey et al., 1987) en Tilburg. Sinds 1986 is er veel veranderd op GP's in Nederland, vaak als direct resultaat van nieuwe wetenschappelijke inzichten.

In Nederland zijn de ontwikkelingen van GP's gevolgd door de 'Geheugenpoli Monitor'. Deze monitor is een inventarisatie om werkwijzen op GP's in kaart te brengen en te volgen over de jaren. De eerste monitor werd uitgezet in 1998 en omvatte 12 GP's, hieruit bleek bijvoorbeeld dat GP's in die tijd vooral onderdeel waren van academische centra en dementie de meest gestelde syndroom diagnose was op Nederlandse GP's (Verhey et al., 1999). In 2004 bleek uit de tweede Geheugenpoli Monitor dat het aantal GP's in Nederland was toegenomen (Verhey et al., 2007). Hierna volgden nog twee edities, in 2009 en 2016. Hieruit bleken verdere toenames van het aantal GP's met een betere geografische spreiding, een verdere toename van het aantal patiënten per GP (Ramakers & Verhey, 2011) en een groeiende aandacht voor lichtere vormen van cognitieve stoornissen (Gruters et al., 2019).

Sinds de Geheugenpoli Monitor 2016 zijn er diverse ontwikkelingen geweest binnen de diagnostiek en behandeling. Zo zijn er nieuwe biomarkers in ontwikkeling, zoals biomarkers in bloed voor de ziekte van Alzheimer, en zijn er diverse klinische trials gepubliceerd met medicatie voor patiënten met de ziekte van Alzheimer (Perneczky et al., 2024)). Mede hierom is de 'Geheugenpoli Monitor 2023' uitgezet in juli 2023.

De huidige rapportage beschrijft de resultaten van de Geheugenpoli Monitor 2023. Wederom werden de organisatie en werkwijzen van Nederlandse GP's onderzocht, alsmede de kenmerken van patiënten die een GP bezoeken en hoe klinici tegen implementatie van vernieuwingen op het gebied van nieuwe biomarkers en medicatie aankijken. Ook werd aandacht besteed aan de ontwikkeling van GP's sinds 1998.

Aan het einde van dit rapport is een overzicht opgenomen van alle gebruikte afkortingen.



Doel

De doelen van de Geheugenpoli Monitor 2023 waren:

- ❖ Het in kaart brengen van de organisatie, werkwijzen en procedures van GP's in Nederlandse ziekenhuizen.
- ❖ Het inzichtelijk maken van welke patiënten een GP bezoeken, en eventuele verschillen tussen de GP's.
- ❖ Inzicht verkrijgen in de mening van clinici over implementatie van recente ontwikkelingen in de diagnostiek en behandeling binnen GP's (zoals nieuwe biomarkers en mogelijke nieuwe vormen van ziekte-modificerende medicatie).
- ❖ Het in kaart brengen van veranderingen in de werkwijzen van Nederlandse GP's in vergelijking met eerdere Geheugenpoli Monitors uit 1998, 2004, 2009 en 2016.

Methode

Definitie

Voor de huidige Geheugenpoli Monitor 2023 hanteerden we dezelfde definitie voor een GP als in de eerdere monitors, namelijk: een GP is 'een ambulante, multidisciplinaire voorziening die zich richt op diagnostiek, behandeling en advisering van patiënten met cognitieve stoornissen, vooral de vroege stadia van dementie'. Multidisciplinair werd gedefinieerd als tenminste twee verschillende disciplines die samenwerken, waarvan tenminste één medisch discipline. De huidige monitor is enkel verstuurd naar ziekenhuis gerelateerde GP's.

Procedure

Alle bij ons bekende operationele GP's in Nederlandse ziekenhuizen werden benaderd. Daarnaast werden aanvullende adresgegevens verkregen via de website van het Nederlands Geheugenpoli Netwerk (www.geheugenpoliklinieken.nl). Incomplete contactgegevens werden aangevuld met informatie op de websites van de verschillende ziekenhuizen of er werd van tevoren telefonisch contact opgenomen met de ziekenhuizen om deze contactgegevens aan te vullen.

De vragenlijst 'Geheugenpoli Monitor 2023' was inhoudelijk gebaseerd op de eerdere monitors, met name die uit 2016. In samenwerking met collegae van het Alzheimer Centrum Amsterdam, het Radboud UMC Alzheimer Centrum, het Alzheimer Centrum Erasmus MC en Alzheimer Nederland werd de vragenlijst uit 2016 herzien en aangevuld met relevante nieuwe vragen.



De vragenlijst bestond uit de volgende thema's: organisatie, samenwerking, patiëntkenmerken, procedures, klinische schalen & vragenlijsten, neuropsychologisch onderzoek, aanvullend onderzoek, nieuwe biomarkers, het uitslaggesprek, postdiagnostische zorg, behandeling en begeleiding, gevolgen van de COVID-19 pandemie en enkele algemene vragen. In totaal bestond de vragenlijst uit 88 vragen.

De vragenlijst werd uitgezet in juli 2023. Gegevens werden verzameld tot januari 2024. Er werd in deze vragenlijst gevraagd naar informatie uit het peiljaar 2022. In eerste instantie werd gevraagd naar exacte gegevens uit registers of databases. Indien deze niet beschikbaar waren, werd gevraagd naar schattingen. Deze vragenlijst werd gedigitaliseerd in 'RedCap' en vervolgens online toegestuurd naar de medisch specialisten van wie bekend was dat zij betrokken waren bij de GP binnen het ziekenhuis of een andere persoon in een coördinerende functie op de GP. Indien we geen respons ontvingen, werden meerdere herinneringen gestuurd.

Statistiek

Analyses van de data werden verricht middels SPSS versie 28.0.1.0 voor Mac OS Ventura. Verschillen tussen GP's werden getoetst met onafhankelijke t-toetsen en Mann-Whitney U toetsen.

Resultaten

Respons

In totaal zijn er 91 GP's benaderd om de vragenlijst in te vullen. Eén GP bleek gefuseerd te zijn en een andere gecontacteerde poli bleek geen GP (meer) te zijn. Hiermee werden uiteindelijk 89 GP's geïdentificeerd in Nederland.

Van deze 89 GP's gaven drie GP's aan niet mee te willen werken, en twee keer werd door één persoon de lijst ingevuld voor twee GP's. Van 10 GP's ontvingen we geen reactie. Uiteindelijk waren er 74 (gedeeltelijk) ingevulde vragenlijsten beschikbaar voor analyse, hetgeen een acceptabele response rate van 83% opleverde. De percentages in de resultaten zijn gebaseerd op de respons per vraag.

De vragenlijst werd meestal ingevuld door een coördinerend medisch specialist van de GP (62 GP's, 84%), maar een enkele keer door een medewerker in een andere functie dan arts die nauw betrokken was bij de GP (zoals psychologen, verpleegkundig specialisten en andere coördinerende functies).

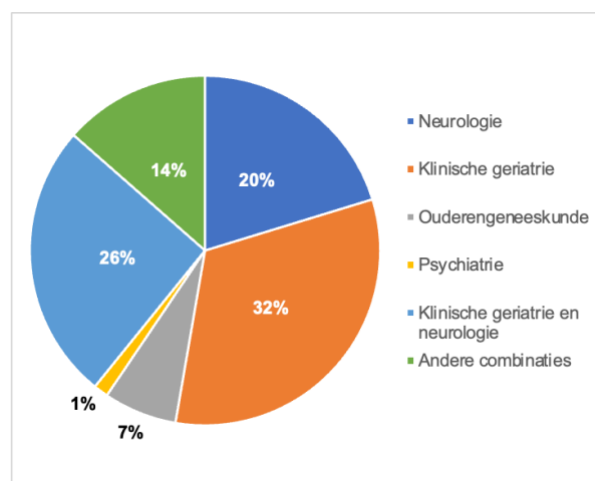
Aantal geheugenpoli's

Er werden 89 GP's in Nederland geïdentificeerd.

Organisatie

Inbedding

Van de 74 GP's ressorteerden 24 (32%) onder de afdeling klinische geriatrie, 15 (20%) ressorteerden onder de afdeling neurologie, 5 (7%) onder ouderengeneeskunde en 1 (1%) onder psychiatrie. De rest van de GP's ressorteerde onder een combinatie van afdelingen, met als meest voorkomende combinatie neurologie en klinische geriatrie (19 GP's, 26%) (Figuur 1).



Figuur 1: Verdeling van afdelingen waaronder GP's ressorteerden.

Professionals

Eenenzeventig (96%) GP's gaven antwoord op de vraag welke clinici (medisch specialisten en psychologen) er betrokken waren bij de GP. In Tabel 1 is weergegeven bij hoeveel GP's er een van de beschreven medisch specialisten betrokken was alsmede de aantallen medisch specialisten en assistenten. De meest voorkomende specialisten waren de neuroloog (in opleiding, i.o.) (65 GP's, 92%); dit betrof 117 neurologen (incl. 14 AIOS). De andere medische disciplines die betrokken zijn bij GP's zijn terug te vinden in Tabel 1.

Tabel 1: Overzicht medisch specialisten betrokken bij GP.

	Aantal GP's (%) met betrokken medisch specialist incl. AIOS	Totaal aantal medisch specialisten (+ AIOS)
Neuroloog	65 (92)	103 (+ 14)
Klinisch geriater	64 (90)	162 (+ 27)
Psychiater	29 (41)	26 (+ 5)
Specialist Ouderengeneeskunde	14 (20)	9 (+ 6)
Internist	12 (17)	28
Radioloog	8 (11)	8
Nucleair geneeskundige	4 (6)	8

Tabel 2 geeft een overzicht van het aantal GP's waarin een bepaalde psycholoog (inclusief psycholoog i.o.) betrokken was. In 67 (94%) GP's waren één of meerdere psychologen betrokken. Dit betrof meestal de GZ-psycholoog (51 GP's, 72%), dit betrof 68 GZ-psychologen (incl. GZ psycholoog i.o.).

Tabel 2: Overzicht psychologen betrokken bij GP.

	Aantal GP's (%) met betrokken psycholoog incl. psycholoog i.o.	Totaal aantal psychologen (+ psychologen i.o.)
Basispsycholoog/ Neuropsycholoog	23 (32)	42
GZ-psycholoog	51 (72)	20 (+ 48)
Klinisch psycholoog	12 (17)	9 (+ 2)
Klinisch neuropsycholoog	42 (59)	35 (+ 9)
Geen	4 (6)	

Achtenzestig GP's gaven antwoord op de vraag welke overige functies er betrokken waren bij de GP. Hiervan waren de meest betrokken functies de dementieverpleegkundige/verpleegkundig specialist/geriatrie verpleegkundige (44 GP's, 65%), dit betrof 81 medewerkers. De andere overige disciplines die betrokken zijn bij GP's zijn terug te vinden in Tabel 3.

Naast de diversiteit aan specialisten, psychologen en overige functies vond er op een meerderheid van de GP's een multidisciplinair overleg (MDO) plaats (59 GP's, 97%).

Tabel 3: Overzicht overige functies betrokken bij GP.

	Aantal GP's (%) met betrokken overige functies	Totaal aantal medewerker s in overige functies
Maatschappelijk werker	5 (7)	3
Dementieverpleegkundige/Verpleegkundig specialist/ Geriatric verpleegkundige	44 (65)	81
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige	6 (9)	5
Physician assistant	6 (9)	7
Psychodiagnostisch medewerker	6 (9)	20
Ergotherapeut	10 (15)	10
Logopedist	8 (12)	9
Fysiotherapeut	4 (6)	4
Geen	10 (15)	

Aantal patiënten

In het peiljaar werden per GP gemiddeld 324,14 (± 211 standaarddeviatie) nieuwe patiënten gezien met een mediaan van 216 en een interkwartielafstand van 150 tot 413. Dit aantal varieerde aanzienlijk van 80 tot 1072 nieuwe patiënten per GP. Bij 89 geïdentificeerde GP's in Nederland betekent dit een geschat totaal van 28.848 nieuwe patiënten in 2022.

Het aandeel patiënten jonger dan 65 jaar werd per GP geschat op 27% [min – max, 0 – 100]. Dit percentage patiënten verschilde niet tussen academische (33 ± 24) en niet-academische GP's (27 ± 28 ; $p = 0.371$). Wel werden relatief meer patiënten onder de 65 jaar gezien op neurologische GP's (56 ± 24) dan op GP's die onder de afdeling klinische geriatrie (16 ± 27) ($p < .001$) of een combinatie van deze twee (24 ± 20) ($p < .001$) vielen.

Diagnostische uitkomsten

Voorafgaand aan het rapporteren van de gegevens over diagnoses werd gevraagd of deze gegevens een schatting betroffen of stamden uit een registratiesysteem. Dertien procent (7 GP's) gebruikte een registratiesysteem hiervoor, 87% (48 GP's) van de GP's gaf aan dat de gegevens een schatting betrof.

Syndroom diagnoses

Gemiddeld kreeg 47% [5 - 92] van de nieuwe patiënten de syndroomdiagnose 'dementie', 29% [8 - 60] de diagnose 'cognitieve stoornis, geen dementie (MCI)', en 24% [0 - 65] de diagnose 'subjectieve cognitieve klachten'. Op GP's ingebed in de afdeling klinische geriatrie werd de diagnose dementie vaker gesteld dan op GP's binnen de neurologie (Tabel 4). Het totaal aantal patiënten per jaar met een diagnose dementie op alle GP's in Nederland werd geschat op 13.590. Op GP's binnen de afdeling neurologie werd een relatief groter aandeel mensen met subjectieve cognitieve klachten gezien (Tabel 4). Er werden geen significante verschillen gevonden in syndroomdiagnoses tussen academische en niet-academische GP's.

Tabel 4: Gemiddelde percentages syndroomdiagnoses voor afdelingen neurologie en klinische geriatrie.

	Neurologie	Klinische geriatrie	p-waarde
Subjectieve cognitieve klachten	37% ± 16	13% ± 13	< .001
MCI	27% ± 11	26% ± 9	0.702
Dementie	36% ± 17	61% ± 18	0.003

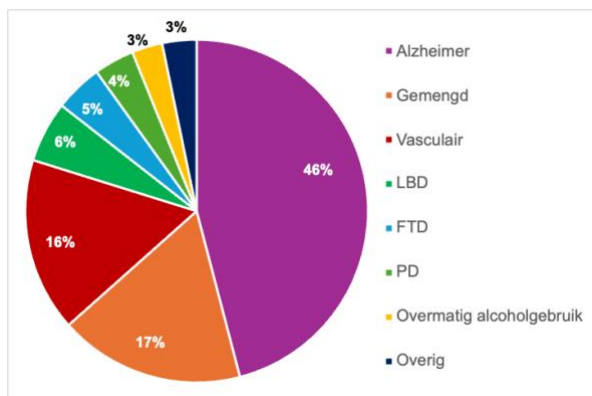
Diagnoses van de subtypes van dementie

Het gemiddelde percentage mensen met een subtype dementie werd verstrekt door 46 GP's (62%). De verdeling hiervan was als volgt: ziekte van Alzheimer (46%), gemengde vormen (17%), vasculaire breinschade (16%), Lewy Body dementie (6%), frontotemporale degeneratie (5%), ziekte van Parkinson (4%), overmatig alcoholgebruik (3%) en overige vormen (3%) (Figuur 2).

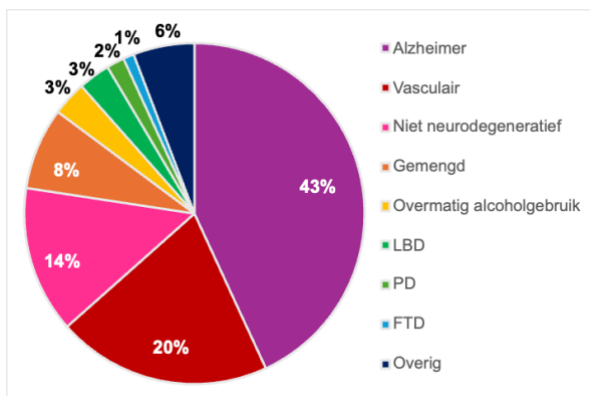
Gegevens over de subtypes van het syndroom 'cognitieve stoornissen, geen dementie (MCI)' werden ingevuld door 36 GP's (49%). Hierbij was de verdeling als volgt: ziekte van Alzheimer (43%), vasculaire breinschade (20%), niet-neurodegeneratief (bijvoorbeeld depressie geïnduceerd) (14%), gemengde vormen (8%), overmatig alcoholgebruik (3%), Lewy Body dementie (3%), ziekte van Parkinson (2%), frontotemporale degeneratie (1%) en overige subtypes (6%) (Figuur 3).

Second opinion

48 GP's (65%) gaven informatie over het percentage patiënten dat de GP bezocht in het kader van een second opinion. Gemiddeld betrof dit aandeel 7.9% [0-65]. Vijf GP's (11%) gaven aan dat 25% of meer van de patiënten de GP bezochten voor een second opinion. Er werd een significant verschil gevonden tussen het gemiddelde percentage second opinions in academische ($33.3\% \pm 20.6$) versus niet-academische GP's (3.6 ± 5.3) ($p < .001$). Er was geen significant verschil tussen GP's die ressorteerden onder neurologie en klinische geriatrie ($p = 0.256$).



Figuur 2: Verdeling subtypes van diagnose dementie.



Figuur 3: Verdeling subtypes van diagnose cognitieve stoornis, geen dementie (MCI).

Klinische schalen en vragenlijsten

In de huidige vragenlijst werd ook aandacht besteed aan het gebruik van cognitieve screeningsinstrumenten, en vragenlijsten over neuropsychiatrische symptomen en dagelijks functioneren. Eenenzestig GP's (82%) gaven informatie over of zij gebruik maakten van een korte cognitieve test (screeningsinstrument). Bijna alle GP's (58 GP's, 95%) gebruikten deze als routine. Het vaakst betrof dat de Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (47 GP's, 77%), gevolgd door de Mini Mental State Examination (MMSE) (42 GP's, 69%) en de 7 Minute Screen (7MS) (13 GP's, 21%). Er werden in mindere mate ook andere screeningsinstrumenten gebruikt zoals de Frontal Assessment Battery (FAB) (5 GP's, 8%). Wanneer een screeningsinstrument werd gebruikt was dit voornamelijk om te bepalen of en welk aanvullend onderzoek er nodig was (50 GP's, 86%) en voor het bepalen van het behandelplan (36 GP's, 62%). In mindere mate werd het screeningsinstrument gebruikt voor triage binnen de instelling (11 GP's, 19%) of bijvoorbeeld ten behoeve van diagnostiek (4 GP's, 7%).

Zestig GP's gaven informatie over of zij gebruik maakten van een specifieke schaal of vragenlijst om neuropsychiatrische symptomen in kaart te brengen. Ruim de helft van de GP's (34 GP's, 57%) maakte hier routinematig gebruik van. Voor algemene neuropsychiatrische symptomen gebruikten 27 GP's (45%) de NeuroPsychiatric Inventory (NPI). Voor depressieve symptomen werd voornamelijk de Geriatric Depression Scale (GDS) (27 GP's, 45%) en de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (18 GP's, 30%) gebruikt. Voor angstsymptomen werd ook voornamelijk de HADS gebruikt (19 GP's, 32%) (Tabel 5). Voor apathische symptomen werden nauwelijks lijsten gebruikt, 5% (3 GP's) van de GP's gaf aan hiervoor een specifieke lijst te gebruiken, namelijk de Apathy Evaluation Scale. Achttien GP's (69%) die momenteel geen lijsten gebruikten om neuropsychiatrische symptomen in kaart te brengen, gaven aan bereid te zijn om een landelijke minimale dataset over gedrag te implementeren.

Tabel 5: Overzicht vragenlijsten die gebruikt worden voor neuropsychiatrische symptomen per domein.

Neuropsychiatrische symptomen	Vragenlijsten	Aantal GP's dat gebruik maakt (%)
Algemeen	Neuropsychiatric Inventory (NPI)	27 (45)
Depressieve symptomen	Geriatric Depression Scale (GDS)	27 (45)
	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	18 (30)
Angstsymptomen	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	19 (32)
Apathische symptomen	Apathy Evaluation Scale (AES)	3 (5%)

Negenenvijftig GP's (80%) gaven informatie over of zij een specifieke schaal of vragenlijst gebruikten om het dagelijks functioneren van de patiënt in kaart te brengen. Zesenvieftig (78%) GP's gebruikten dit standaard. Negenentwintig (49%) GP's gebruikten de Lawton & Brody Instrumental Activities of Daily Living (Lawton IADL), gevolgd door de Amsterdam IADL Questionnaire (A-IADL-Q) (7 GP's, 12%). Enkele andere lijsten die door GP's genoemd werden waren de Katz Index of IADL (6 GP's, 10%), de Alzheimer's Disease Cooperative Study Activities of Daily Living Inventory (ADCS-ADL) (4 GP's, 7%) en de Disability Assessment of Dementia (DAD) (2 GP's, 3%). 8 (62%) GP's die geen lijsten gebruikten om het dagelijks functioneren in kaart te brengen, gaf aan wel bereid te zijn een landelijke minimale dataset over (i)ADL te implementeren.

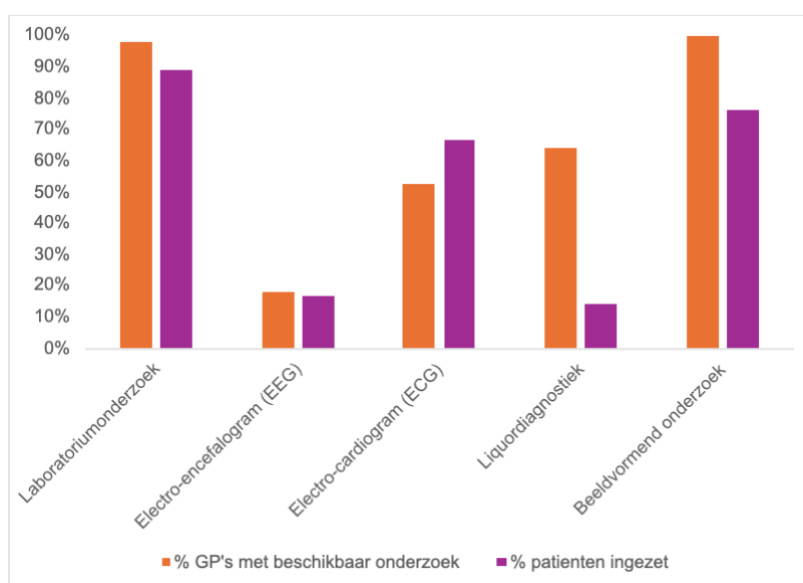
Neuropsychologisch onderzoek

60 GP's (98%) gaven aan gebruik te maken van neuropsychologisch onderzoek (NPO). In 7 GP's (12%) betrof dit een kort NPO (tot 60 minuten); in 36 GP's (60%) betrof dit een uitgebreid NPO (meer dan 120 minuten). De overige 17 GP's (28%) gaven aan zowel korte als uitgebreide NPO's toe te passen. Indien een GP korte NPO's hanteerde, werd dit bij gemiddeld 56% [10-100] van de patiënten ingezet. Betrof het uitgebreide NPO's, dan werden deze bij gemiddeld 44% [2-100] van de patiënten ingezet.

De voornaamste redenen om een NPO uit te voeren waren: ter ondersteuning van de diagnose (97%), differentiaaldiagnose (88%) en de bepaling van het subtype of de etiologie (78%). Andere genoemde redenen om een NPO uit te voeren waren het krijgen van inzichten over het sterkte/zwakte profiel en als startpunt voor neuropsychologische begeleiding (beide 37%).

Aanvullend onderzoek

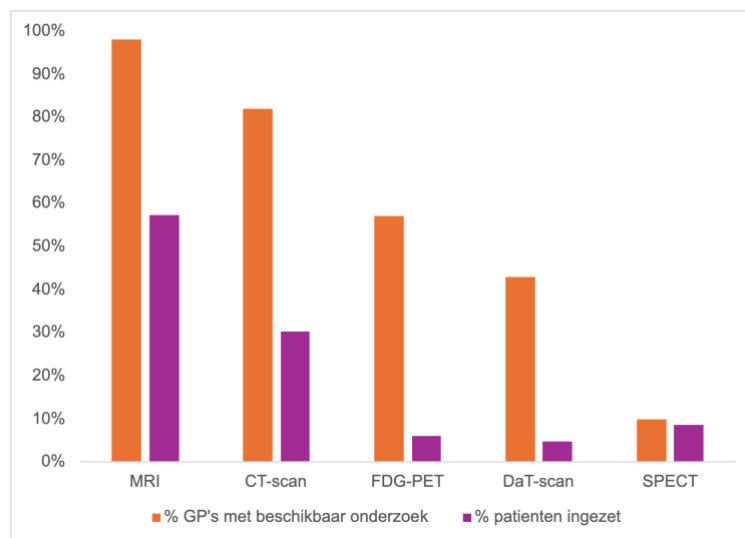
Eenzestig GP's gaven informatie over de beschikbaarheid en toepassing van aanvullend onderzoek. Beeldvormend onderzoek was op alle GP's beschikbaar (61 GP's, 100%) en laboratoriumonderzoek was op bijna alle GP's (60 GP's, 98%) beschikbaar. Wat betreft het percentage patiënten, kan gesteld worden dat beeldvormend en laboratoriumonderzoek vaak werd toegepast (respectievelijk bij 76% [20-100] en 89% [10-100] van de patiënten). In 64% (39 GP's) van de GP's was liquordiagnostiek beschikbaar, en dit werd ingezet bij gemiddeld 14% [2-64] van de patiënten. Op 32 GP's (52%) waren ECG's (electro-cardiogram) beschikbaar, dit werd bij 67% [5-100] van de patiënten toegepast. EEG's (electro-encefalogram) waren minder beschikbaar (11 GP's, 18%), dit werd bij 17% [0-50] van de patiënten toegepast. Deze getallen zijn inzichtelijk gemaakt in Figuur 4.



Figuur 4: Aandeel GP's dat aanvullend onderzoek gebruikt (oranje) en gemiddeld percentage patiënten bij wie dit onderzoek werd toegepast (paars).

Op GP's die onder de afdeling neurologie vallen onderging een significant groter aandeel patiënten beeldvormend onderzoek (respectievelijk: 90 ± 12 versus 59 ± 27 , $p = 0.003$) en liquordiagnostiek (23 ± 6 versus 8 ± 6 , $p = 0.025$), vergeleken met GP's die onder de afdeling klinische geriatrie vallen.

Eenenzestig GP's gaven informatie over de beschikbaarheid en toepassing van beeldvormend onderzoek. Wat betreft het beeldvormend onderzoek valt op dat bijna elke GP beschikt over een MRI (60 GP's, 98%) en CT (50 GP's, 82%). Gemiddeld werd deze beeldvorming bij respectievelijk 57% [8-100] en 30% [2-90] van de patiënten toegepast. FDG-PET was beschikbaar op 35 GP's (57%) en werd bij 6% [1-50] van de patiënten toegepast. De DaT-scan was in mindere mate beschikbaar, namelijk op 26 GP's (43%) en werd bij 5% [1-25] van de patiënten toegepast. De SPECT was beschikbaar op 6 GP's (10%) en werd bij 9% [1-30] van de patiënten toegepast. Deze getallen zijn inzichtelijk gemaakt in Figuur 5.



Figuur 5: Aandeel GP's dat beeldvormend onderzoek gebruikt (oranje) en gemiddeld percentage patiënten bij wie dit onderzoek werd toegepast (paars).

Nieuwe biomarkers op de geheugenpoli

De afgelopen jaren is veel wetenschappelijk onderzoek verricht naar de diagnostische waarde van biomarkers die nog geen onderdeel zijn van de huidige klinische richtlijn, zoals de Amyloid PET scan, Tau PET scan en de bloed biomarker voor de ziekte van Alzheimer. De vraag naar in hoeverre deze biomarkers voor klinische toepassingen gebruikt werd, werd door 57 (77%) GP's beantwoord. Drieëndertig (58%) van de GP's gaven aan geen enkele van deze nieuwe biomarkers klinisch te gebruiken.

Amyloid-PET

Van de GP's die aangaven gebruik te maken van een Amyloid-PET scan (22 GP's, 39%), werd de scan slechts toegepast in een minderheid van 7% [0.5-49] van de patiënten. Tweeëntwintig (36%) GP's gaven aan wel van de Amyloid-PET scan te hebben gehoord, maar zich er niet in te hebben verdiept. 39 GP's (64%) rapporteerden goede kennis van de mogelijkheden van de Amyloid-PET scan. Van deze laatste groep vonden 35 (92%) GP's deze scan in zijn algemeenheid een zinvolle toevoeging aan diagnostiek op de GP als specifieke toepassing in een beperkt aantal patiënten. Drie (8%) gaven aan dat ze deze scan geen zinvolle toevoeging vonden. Geen enkele GP gaf aan dat deze scan een toevoeging zou zijn als routine bij de meeste patiënten op de GP. Als belangrijkste voordelen van deze scan werden nauwkeurigere diagnostiek (28 GP's, 76%) en een alternatief voor liquordiagnostiek (5 GP's, 14%) genoemd. Vijfentwintig GP's gaven informatie over de nadelen die zij voor deze scan zagen. Het grootste nadeel dat door GP's werd genoemd, waren de hoge kosten van deze scan (17 GP's, 68%). Enkele andere nadelen waren de logistiek (6 GP's, 24%), de extra belasting voor de patiënt (5 GP's, 20%) en onvoldoende kennis en ervaring hebben met deze scan (4 GP's, 16%).

Tau-PET

Slechts 3 GP's (5%) maakten gebruik van een Tau-PET scan, die zij toepasten op gemiddeld 20% [5-35] van de patiënten. Vierendertig (57%) GP's gaven aan wel van deze scan gehoord te hebben maar zich er verder niet in te hebben verdiept. Dertien (22%) GP's gaven aan dat er geen kennis over deze scan aanwezig was, terwijl 13 (22%) GP's aangaven dat er goed op de hoogte te zijn van de mogelijkheden van de Tau-PET scan. Van deze laatste groep vonden 9 (75%) GP's de scan een zinvolle toevoeging aan diagnostiek op de GP als specifieke toepassing in een beperkt aantal patiënten. Drie (25%) gaven aan dat ze de scan geen zinvolle toevoeging vonden in deze context. Geen enkele GP gaf aan dat deze scan een toevoeging zou zijn als routine bij de meeste patiënten op de GP. Het voornaamste voordeel dat genoemd werd van deze scan was een nauwkeurigere diagnostiek (7 GP's, 58%). Negen GP's gaven informatie over de nadelen die zij voor deze scan zagen. Het grootste nadeel dat door GP's werd gerapporteerd was opnieuw de hoge kosten (7 GP's, 78%).

Bloed biomarker voor de ziekte van Alzheimer

Geen enkele GP gebruikte de bloed biomarker voor de ziekte van Alzheimer. Dertien (22%) GP's gaven aan dat er geen kennis beschikbaar was over de bloed biomarker voor de ziekte van Alzheimer. Een groter deel, namelijk 32 (53%) GP's gaven aan wel van deze bloed biomarker te hebben gehoord, maar zich er niet in te hebben verdiept. Vijftien (25%) GP's gaven aan dat men over goede kennis beschikte ten aanzien van de mogelijkheden van deze biomarker. Van deze laatste groep vonden 10 (77%) GP's deze biomarker een zinvolle toevoeging aan diagnostiek op de GP als specifieke toepassing in een beperkt aantal patiënten. 2 (15%) GP's gaven aan dat ze deze biomarker geen zinvolle toevoeging vonden in deze context. Eén (8%) GP gaf aan dat het een toevoeging zou zijn als routine bij de meeste patiënten op de GP. Het voornaamste voordeel dat genoemd werd van deze biomarker was dat nauwkeurigere diagnostiek mogelijk zou zijn (8 GP's, 57%). Twee GP's (14%) gaven aan dat het een alternatief zou kunnen zijn voor liquordiagnostiek.

Het uitslaggesprek

Bij de meeste GP's werd de diagnose gecommuniceerd door de betreffende medisch specialist: de (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde (46 GP's, 75%), gevolgd door de neuroloog (41 GP's, 67%). Op 5 (8%) GP's werd de diagnose medegedeeld door de (neuro)psycholoog, op 4 (7%) GP's door de specialist ouderengeneeskunde, op 4 (7%) GP's door de verpleegkundige of de verpleegkundig specialist en op 2 (3%) door de psychiater.

In het merendeel van de GP's (52 GP's, 85%) vond het uitslaggesprek plaats in één gesprek. Bij de overige GP's bestond dit uit meerdere gesprekken. In bijna de helft van de GP's (28 GP's, 46%) was er een separaat uitslaggesprek bij de neuropsycholoog.

Soms vonden klinici het lastig om de uitslagen van bepaalde diagnostiek te communiceren. Negen GP's (15%) gaven aan dat zij het moeilijk vonden om de bevindingen van het NPO te communiceren, waarvan 3 GP's specifiek het thema onderpresteren of een niet-valide NPO benoemden. Zeven GP's (12%) gaven aan dat zij het bespreken van liquordiagnostiek als uitdaging zagen, hiervan gaven 4 GP's aan dat zij het moeilijk vinden als er geen duidelijk profiel uit deze diagnostiek naar voren komt. Enkele andere testresultaten die als uitdaging werden gezien, waren het beeldvormend onderzoek (5 GP's, 12%) en het genetisch onderzoek (4 GP's, 7%). Vierendertig (57%) GP's gaven aan geen enkele testuitslag als uitdaging te zien om naar de patiënt te communiceren.

Procedures

Zoals eerder genoemd, vond een MDO plaats in het merendeel van de GP's. In Tabel 6 is te zien hoe vaak de meest vertegenwoordigde disciplines aanwezig waren in MDO's op GP's (over medisch specialisten en psychologen in het MDO gaven 59 GP's informatie). Van alle medisch specialisten waren neurologen het vaakst present bij het MDO gevolgd door klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde (44 GP's, 75%) en psychiaters (32 GP's, 54%).

Bij alle GP's maakte een psycholoog deel uit van het MDO. Dit betrof meestal een GZ-psycholoog (26 GP's, 44%) of klinisch neuropsycholoog (26 GP's, 44%). Verder waren maakten verpleegkundigen vaak deel uit van het MDO.

Tabel 6: Aantal en percentage GP's met desbetreffende disciplines (inclusief opleidingen) die aanwezig zijn tijdens het MDO.

Discipline	Aantal GP's met discipline in MDO (%) (+ opleidingen)
Medisch specialisten	
Neuroloog	53 (90%) (+11)
Klinisch geriater / internist ouderengeneeskunde	44 (75%) (+15)
Psychiater	32 (54%) (+5)
Specialist ouderengeneeskunde	13 (22%) (+4)
Internist	11 (19%)
Radioloog	6 (10%)
Psychologen	
GZ-psycholoog	26 (44%) (+17)
Klinisch neuropsycholoog	26 (44%) (+13)
Basispsycholoog / Neuropsycholoog	21 (36%)
Klinisch psycholoog	10 (17%) (+7)
Overige functies	
Dementieverpleegkundige / Verpleegkundig specialist / Geriatrieverpleegkundige	35 (61%)
Ergotherapeut	8 (14%)
Logopedist	8 (14%)
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV)	6 (11%)

Twaalf GP's (19%) in Nederland gaven aan hun gegevens binnen een database te verzamelen, het overige deel deed dit niet (50 GP's, 81%). Zesendertig GP's (61%) namen deel aan de PRECODE-studie of de ABOARD-studie. Van de overige 23 GP's (39%) die hieraan niet deelnamen, gaven 10 GP's (44%) aan wel bereid te zijn om mee te doen aan deze studies.

Postdiagnostische zorg

In deze Monitor werd ook aandacht besteed aan de mogelijkheden tot directe postdiagnostische zorg. Met 'directe' postdiagnostische zorg werd bijvoorbeeld (extra) psycho-educatie binnen twee maanden na de diagnose bedoeld, bijvoorbeeld toelichting en advies over de diagnose, de symptomen en handvatten voor het dagelijkse leven thuis. Vijfenzestig procent (39 GP's) van de GP's gaf aan dit soort zorg aan te bieden binnen twee maanden na de diagnose. Van deze groep gaf 87% (34 GP's) aan dat deze zorg plaatsvindt in een extra afspraak. Deze zorg werd voornamelijk uitgevoerd door verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten (67%, 26 GP's), klinisch geriaters of internisten ouderengeneeskunde (33%, 13 GP's) en psychologen (21%, 8 GP's). Bij 79% (31 GP's) van de GP's vond deze postdiagnostische zorg plaats binnen de eigen poli. Bij 13% (5 GP's) van de GP's werd deze zorg aangeboden binnen het eigen ziekenhuis, maar niet binnen de eigen poli en bij 38% (15 GP's) van de GP's vond deze zorg plaats buiten het eigen ziekenhuis in samenwerking met regionale instellingen.

Zestig procent (36 GP's) van de GP's gaf aan dat specifieke postdiagnostische zorg wordt aangeboden voor mensen met dementie op jonge leeftijd (aanvang klachten voor 65^e levensjaar). In 44% (15 GP's) van de GP's verschilde deze zorg tussen mensen met dementie op jonge en oudere leeftijd. De verschillen bestonden uit extra gesprek(ken) met de psycholoog of meer psycho-educatie en het inzetten van casemanagers met specifieke kennis over dementie op jonge leeftijd. De meeste GP's (25 GP's, 53%) gaven aan dat de financiering van postdiagnostische zorg via medische specialistische zorg/DOT/DBC verloopt. Eén GP (2%) gaf aan dat financiering via het Zorgprestatie Model (ZPM) verliep. Achttien GP's (38%) gaven aan niet te weten hoe deze zorg gefinancierd werd.

Behandeling en begeleiding

Uit schattingen van 50 GP's bleek dat gemiddeld 70% van de patiënten na afronding van de diagnostiek terug werd verwezen naar de verwijzer, de overige 30% bleef in zorg van de eigen poli. Achtenveertig GP's gaven informatie over welke behandelingen en begeleiding werden aangeboden. Tabel 7 betreft een samenvatting van hoeveel GP's bepaalde behandelingen en begeleiding aanbood en in hoeveel procent van de patiënten deze vervolgens werd toegepast. Uit deze gegevens blijkt dat het grootste deel van de GP's medicamenteuze behandeling aanbood, gevolgd door monitoring van het beloop van de aandoening door een arts. Wanneer een GP casemanagement aanbood, werd dit gemiddeld in 87% van de patiënten toegepast, 32% van de patiënten kreeg een medicamenteuze behandeling en 33% van de patiënten werd gemonitord door de arts.

Het grootste aandeel GP's bood deze behandelingen en begeleiding aan in een extra afspraak (44 GP's, 92%). Deze zorg werd voornamelijk aangeboden binnen de eigen poli (30 GP's, 68%), maar regelmatig ook buiten het eigen ziekenhuis in samenwerking met regionale instellingen (18 GP's, 41%). In mindere mate werd deze zorg binnen het eigen ziekenhuis maar buiten de eigen poli aangeboden (11 GP's, 25%). Voornamelijk psychologen (22 GP's, 52%), geriateren (19 GP's, 45%), verpleegkundigen (17 GP's, 40%) en neurologen (14 GP's, 33%) voerden deze zorg uit.

Behandeling en begeleiding werd voornamelijk, voor zover bij de invuller van de vragenlijst bekend gefinancierd via medisch specialistische zorg/DOT (28 GP's, 64%). Eén GP (2%) gaf aan dat dit via het Zorgprestatiemodel (ZPM) werd gefinancierd. Vijftien invullers van de vragenlijst (34%) gaf aan niet te weten hoe dit binnen hun setting werd gefinancierd.

Tabel 7: Aantal van GP's dat behandelingen en begeleiding aanbiedt en gemiddeld percentage patiënten dat daar gebruik van maakte.

Behandelingen en begeleiding	Aantal (%) GP's	Gemiddelde % patiënten dat behandeling onderging
Medicamenteus, niet in het kader van een trial	44 GP's, 92%	32% [5 - 80]
Monitoring ziektebeloop door arts	38 GP's, 79%	33% [5 - 100]
Casemanagement	28 GP's, 58%	87% [10 - 100]
Monitoring ziekte beloop middels neuropsychologische herhalingsonderzoeken	23 GP's, 48%	19% [5 - 100]
Monitoring ziektebeloop door verpleegkundig specialist	13 GP's, 27%	31% [5 - 80]

Tabel 8: Aantal GP's dat psychologische interventies kon aanbieden.

Psychologische interventie	Aantal (%) GP's dat interventie aanbod
Psycho-educatie	42 (91)
Psychologische behandeling zoals Cognitieve Gedragstherapie (CGT), Acceptance and Commitment Therapie (ACT)	16 (35)
Mantelzorgondersteuning	11 (24)
Cognitieve (stimulatie) therapie/cognitieve training	9 (20)
MCI-groepsbehandeling	6 (13)
Goal Management training (MGT)	0 (0)

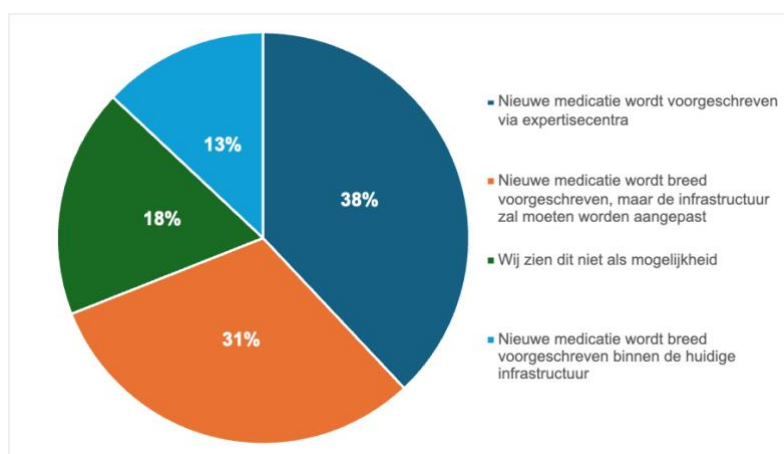
Zesenvertig van de GP's gaf informatie over welke psychologische/psychosociale interventies er in hun behandel aanbod zaten. Indien psychologische interventies werden aangeboden, betrof dit voornamelijk psycho-educatie (Tabel 8). In mindere mate werden ook meer specifieke psychologische interventies zoals Acceptance and Commitment Therapy (ACT) en Cognitieve Gedragstherapie (CGT), of mantelzorgondersteuning aangeboden.

Op ongeveer de helft van de GP's werd behandeling en begeleiding geboden voor jonge mensen (aanvang klachten voor 65^e levensjaar) met dementie (23 GP's, 49%). Op 12 GP's (52%) werd verschil gemaakt in behandeling en begeleiding voor mensen met dementie op jonge leeftijd en op oudere leeftijd. Jonge mensen met dementie ontvingen de behandeling en begeleiding voornamelijk frequenter, intensiever, of werden gedurende een langere periode gevolgd (4 GP's). Ook werd vaker een psycholoog (3 GP's) betrokken in de behandeling.

Als routine wordt door de meeste GP's informatie over het bestaan van de volgende informatiebronnen gegeven: hulpverlenende instanties binnen de regio (47 GP's, 87%), informatiemateriaal van Alzheimer Nederland (45 GP's, 83%), informatie over een Alzheimer Café (42 GP's, 78%), en het online platform dementie.nl (26 GP's, 48%). Veertien GP's gaven aan nog andere zaken mee te geven, zoals een eigen website/informatiebron.

Nieuwe medicatie ziekte van Alzheimer

In 2024 en 2025 werd door het Europees Medicijn Agentschap een positief oordeel afgegeven over Leqembi (lecanemab) en Kisunla (donanemab) voor een specifieke subgroep van patiënten met de ziekte van Alzheimer (European Medicines Agency, 2024, 2025). Ten tijde van het uitsturen van deze Monitor werd op deze mogelijke goedkeuring en de daarna nodige vergoedingsgoedkeuring door Zorginstituut Nederland ZIN geanticipeerd. In deze Geheugenpoli Monitor werd gevraagd in hoeverre de GP's zichzelf geschikt en gereed achtten om deze nieuwe medicatie voor de ziekte van Alzheimer, die per infuus moet worden toegediend, te implementeren. Hieruit kwam naar voren dat een minderheid van de GP's (7 GP's (13%)) aangaf dat deze medicijnen binnen de huidige infrastructuur kunnen worden voorgeschreven (Figuur 6). Een grotere groep (17 GP's (31%)) gaf aan dat de medicatie wel breed kon worden voorgeschreven, maar dat de infrastructuur van de instelling eerst zal moeten worden aangepast. Het grootste deel van de GP's (21 GP's (38%)) gaf aan dat dit soort medicatie bij voorkeur voorgeschreven zal moeten worden via expertisecentra. Circa een vijfde deel van de GP's (10 GP's (18%)) gaf aan dat zij het toedienen van deze medicatie niet als mogelijkheid zien binnen hun voorziening.



Figuur 6: Verdeling in gereedheid om nieuwe medicatie voor de ziekte van Alzheimer te implementeren.

Van de 6 academische GP's gaf de helft aan dat deze medicatie breed zal worden voorgeschreven maar dat de infrastructuur eerst zal moeten worden aangepast (3 GP's, 50%). Van de 48 niet-academische GP's geeft de meerderheid aan dat deze medicatie zal worden voorgeschreven via expertisecentra (19 GP's, 40%). De meest genoemde problemen bij het implementeren zijn de hoge kosten die verbonden zijn aan deze nieuwe medicatie (12 GP's), gevolgd door de zorgcapaciteit (10 GP's). Vier GP's noemden het monitoren van de patiënten bij deze medicatie als nadeel en vier GP's noemden de benodigde logistiek of infrastructuur als nadeel. Acht GP's noemden expertise die vaak nog niet aanwezig was op geheugenpoli's.

Regionale samenwerking

Eenenveertig GP's (59%) gaven aan in 2022 structureel onderdeel uit te maken van een regionale ketenzorg. Voor 28 GP's (41%) was dit niet het geval. Veertig GP's (57%) gaven aan dat hun poli onderdeel uitmaakte van een structurele samenwerking met de eerstelijnszorg. Van deze groep vond een structureel overleg plaats met de eerstelijnszorg bij 16 GP's (41%). Dit overleg vond 4 GP's (29%) minder dan een keer per maand plaats, voor 4 GP's (29%) vond dit overleg wekelijks plaats.

COVID-19

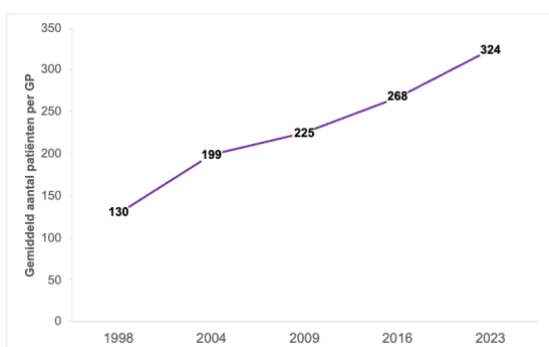
In de Geheugenpoli Monitor 2023 werd ook aandacht besteed aan de veranderingen die mogelijk teweeg zijn gebracht door de COVID-19 pandemie. Gezien er tijdens deze pandemie vaak zaken aan de infrastructuur zijn aangepast is nagevraagd wat er na de pandemie nog deel uit maakte van de standaard infrastructuur. Het overgrote deel (74% (32 GP's)) gaf aan dat er geen veranderingen aan de standaard infrastructuur ten gevolge van de pandemie zijn blijven voortbestaan. Vierentwintig procent (14 GP's) gaf hierbij aan dat er sindsdien meer gebruik wordt gemaakt van beeldbellen of videoconsulten.

Algemeen

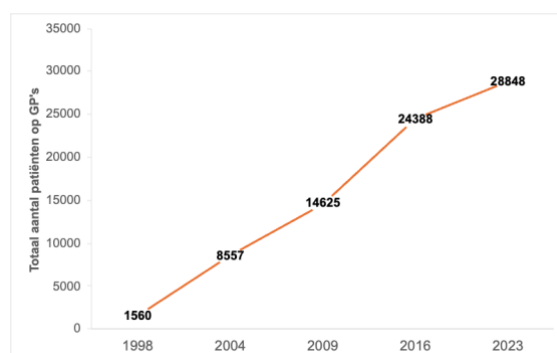
Ten slotte werd ook gevraagd wat verbeterpunten of uitdagingen zijn voor de GP's die deze monitor hebben ingevuld. Hierbij kwam naar voren dat 31 GP's (54%) de wachtlijst voor patiënten zien als verbeterpunt, gevolgd door 22 GP's (39%) die de doorlooptijd van aanmelding tot het uitslaggesprek als uitdaging zagen. Ook het personeelstekort (20 GP's, 35%) en de financiering (13 GP's, 23%) werden als knelpunten gezien. Enkele overige punten die werden genoemd waren de samenwerking of het contact tussen de GP en casemanagers of verschillende disciplines onderling (4 GP's) en de nazorg (2 GP's). De voordelen die het meest genoemd werden die de geheugenpoli heeft ten opzichte van andere opties voor de diagnostiek van cognitieve stoornissen waren de ruime ervaring, kennis en expertise die een GP kan bieden (20 GP's), het tijdsefficiënte diagnostische proces (vaak op een dag) (15 GP's) en de multidisciplinaire aanpak van een GP (11 GP's). Op 20 GP's (34%) liepen kwaliteitsverbeteringstrajecten. De meest voorkomende verbetertrajecten hadden betrekking op nazorg of postdiagnostische zorg (5 GP's), het versnellen van de diagnostiek of de doorlooptijd (3 GP's) en investeren in het netwerk (3 GP's) met bijvoorbeeld regionale instellingen.

Ontwikkeling 1998 – 2023

De eerste Geheugenpoli monitor is verricht in 1998, en vervolgens herhaald in 2004, 2009 en in 2016. Op deze manier is het mogelijk om ontwikkelingen in kaart te brengen. Bij de huidige monitor werd voor het eerst geen toename in het aantal GP's gezien, maar een stabilisatie (1998: 12; 2004: 43; 2009: 65; 2016: 91; 2023: 89). Wel werd er wederom een toename gezien in het gemiddelde aantal nieuwe patiënten per GP (Figuur 7). Ook werd er – net als in voorgaande metingen - een verdere toename in het totale aantal nieuwe patiënten per jaar gezien (Figuur 8).

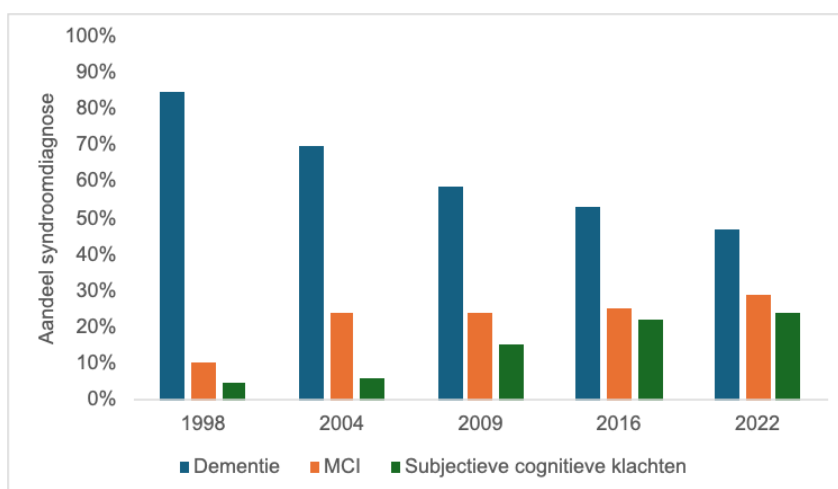


Figuur 7: Gemiddeld aantal patiënten per GP over de jaren.



Figuur 8: Totaal aantal patiënten op GP's over de jaren.

Gemiddeld werd wederom een afname van het aandeel patiënten met de diagnose dementie gezien vergeleken met voorgaande jaren (Figuur 9). Het aandeel van de diagnoses MCI en subjectieve cognitieve klachten namen verder toe. Dementie bleef de belangrijkste syndroomdiagnose.

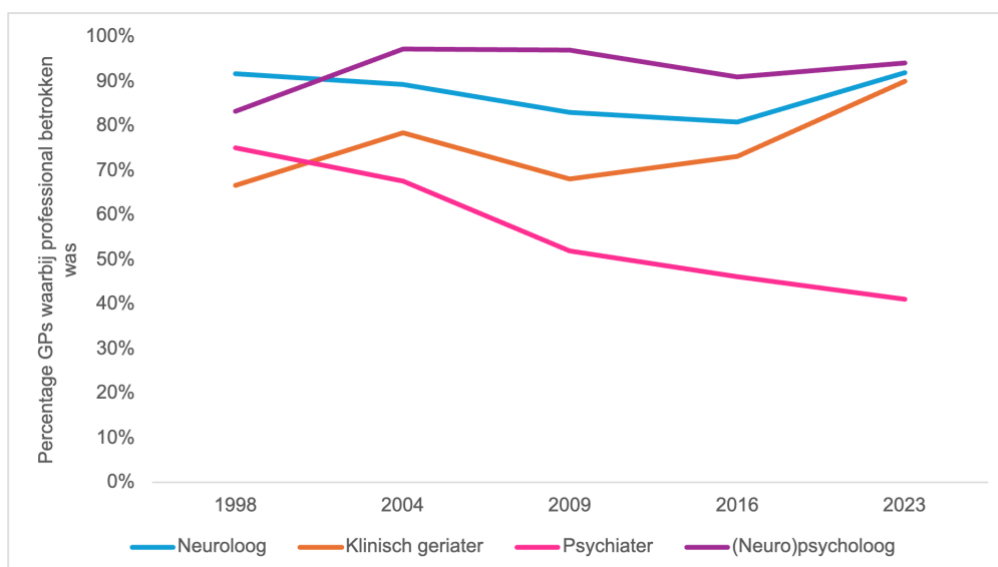


Figuur 9: Verdeling syndroomdiagnoses op GP's over de jaren.

Wat betreft de betrokken professionals waren de neuroloog en klinisch geriater de meest voorkomende. In vergelijking met 2016 is het aantal betrokken neurologen en klinisch geriaters gelijk gebleven. Gezien de toename van het aantal patiënten per GP kan gesteld worden dat er tegenwoordig meer patiënten gezien worden bij gelijke capaciteit aan medisch specialisten.

Er kan worden opgemerkt dat er een afname is in het aantal GP's waarbij een psychiater en specialist ouderengeneeskunde betrokken is ten opzichte van 2016 (respectievelijk 46% en 30% in 2016 (Gruters et al., 2019); versus 41% en 20% in 2023). Uit eerdere inventarisaties bleek ook al dat de betrokkenheid van psychiaters bij de GP afnam. De betrokkenheid van de meest voorkomende medische specialismen sinds 1998 zijn samen met de (neuro)psychogen weergegeven in Figuur 10.

Sinds 2016 is ook minder vaak de fysiotherapeut betrokken bij de GP (2023: 6%; 2016:17%). Verder is te zien dat het aandeel GP's met betrokkenheid van verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten is toegenomen.



Figuur 10: Percentages van betrokken professionals over de jaren.

In voorgaande monitoren werd gesteld dat de MMSE het meest voorkomende screeningsinstrument was. In de huidige Monitor is voor het eerst de MoCA het vaakst gebruikte screeningsinstrument (2023: MoCA 77% versus MMSE 69%; 2016: MoCA 54% versus MMSE 62%). Vergeleken met de vorige inventarisatie zien we dat het aantal GP's dat een NPO kan aanbieden gelijk is gebleven. Echter nam het percentage patiënten dat een kort NPO kreeg, iets af, van 69% in 2016 naar 56% in 2023. Het percentage patiënten dat een lang NPO kreeg, bleef overwegend gelijk (2023: 44% versus 2016: 49%).

Wat betreft aanvullend onderzoek kan gesteld worden dat er een afname gezien wordt in het percentage GP's waarop een EEG beschikbaar was vergeleken met de monitor van 2016 (2023: 18% versus 2016: 45%).

Beschouwing

De huidige Geheugenpoli Monitor 2023 geeft inzichten in de huidige procedures en werkwijzen van GP's in Nederland. De voornaamste resultaten zijn dat het aantal GP's gestabiliseerd is naar 89 en niet verder is gestegen zoals in de vorige inventarisaties het geval was. Het gemiddelde aantal patiënten per GP nam wel verder toe. GP's ressorteerden het vaakst onder de afdeling klinische geriatrie, neurologie, of een combinatie van beide. De meest voorkomende medische disciplines waren net als eerder de neuroloog en klinisch geriater, voor de psychologen waren dit de klinisch neuropsycholoog en de GZ-psycholoog. Verder was in deze editie de verpleegkundige of verpleegkundig specialist vaker betrokken. Wat aanvullend onderzoek betreft werd voornamelijk gebruik gemaakt van beeldvormend onderzoek, laboratoriumonderzoek en neuropsychologisch onderzoek. Wat diagnoses betreft zien we dat het aantal diagnoses dementie nog altijd afneemt ten opzichte van de eerdere inventarisaties, terwijl het aandeel 'subjectieve cognitieve klachten' en 'cognitieve stoornis geen dementie (MCI)' licht blijft toenemen.

Het totale aantal patiënten dat werd gezien op GP's is gestegen met ongeveer 18% ten opzichte van de inventarisatie in 2016. De capaciteitsvraag per GP is over de jaren ook toegenomen, zoals blijkt uit het wederom gestegen gemiddeld aantal nieuwe patiënten dat per GP per jaar gezien werd. Er wordt verwacht dat het aantal mensen met dementie in de komende jaren sterk zal toenemen. De verwachting is zelfs een verdubbeling in 2050 (> 620.000) ten opzichte van 2024 (300.000) (Alzheimer Nederland, 2024). Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) vond in 2016 een incidentie van dementie in Nederland van 22.200 mensen (Gruters et al., 2018). Een schatting op basis van data uit de huidige Geheugenpoli Monitor van het aantal mensen dat de diagnose dementie kreeg op een GP komt neer op ongeveer 13.590 mensen. Dit laat zien dat de meerderheid van de mensen met dementie gediagnosticeerd worden op een GP. Dit is in lijn met een eerdere internationale vergelijking van Mehrani and Sachdev (2022) die liet zien dat er in Nederland meer mensen op GP's gediagnosticeerd werden met dementie dan in verschillende andere landen.

Het toenemende aantal patiënten in de afgelopen jaren en in de toekomst vragen aandacht om diagnostiek en zorg binnen GP's zo efficiënt en kosten-effectief mogelijk in te richten. Dit is noodzakelijk om in de toekomst grip te houden op wachttijden en doorlooptijden en de zorg maatschappelijk betaalbaar en uitvoerbaar te houden (zie IZA (Integraal Zorgakkoord)).

In de huidige data zien we net als eerder een grote spreiding in de verhouding van de syndroomdiagnoses. Zo zijn er GP's die vooral mensen met dementie zien, en andere poli's die juist een hoog aandeel mensen met subjectieve cognitieve klachten zien. Dit verschil in doelgroep kan een verklaring zijn voor de aanzienlijke verschillen tussen GP's in de toepassing van neuropsychologisch en aanvullend onderzoek.

Een verklaring voor de afname van het aandeel dementie ten opzichte van andere syndroomdiagnoses kan zijn dat patiënten in een eerdere ziektefase naar de GP verwezen worden. Het is ook mogelijk dat mensen eerder hulp zoeken voor hun klachten vanwege het toegenomen bewustzijn van cognitieve problemen en dementie in de algemene bevolking. Binnen de groep met subjectieve cognitieve klachten is er een gedeelte van de mensen die in een hele vroege ziektefase de GP bezoekt en wellicht in de toekomst cognitieve achteruitgang zullen laten zien. Anderen zullen geen cognitieve achteruitgang laten zien.

Er werden veranderingen gezien in de samenstelling van het GP-team, zo blijkt uit de verdere afname van de betrokkenheid van psychiaters en de specialist ouderengeneeskunde. Het behouden van psychiatrische expertise als onderdeel van het standaard multidisciplinaire team is wenselijk gezien differentiaaldiagnostische overwegingen en de hoge mate van co-morbiditeit van psychiatrische symptomen in deze doelgroep evenals de overlap in symptomatologie.

Wat betreft de onderzoeken die op de GP verricht worden, kan worden gesteld dat het NPO, laboratoriumonderzoek en beeldvormend onderzoek een erg belangrijke rol spelen. Het aandeel patiënten dat een lang NPO onderging is gelijk gebleven. Het aandeel patiënten dat een kort NPO onderging, is daarentegen licht afgenomen. Een verklaring hiervoor zou de toegenomen druk van het aantal patiënten op GP's kunnen zijn. NPO's zijn arbeidsintensief en er bestaan soms wachttijden voor dit onderzoek. Hierdoor kan er mogelijk voor gekozen worden om patiënten vaker te beoordelen op klinische presentatie, eventueel aangevuld met een cognitieve screeningstest, maar zonder een NPO. Hierbij is het belangrijk om te realiseren dat cognitieve screeners bedoeld zijn om een algemene indruk te krijgen van het cognitieve functioneren, deze instrumenten psychometrisch vaak minder goed onderzocht zijn, vaak een beperkte sensitiviteit en specificiteit hebben, en gebruik maken van een grenswaarde (slagen/falen). Middels een NPO kan inzicht verkregen worden in het cognitieve sterkte/zwakte profiel, hetgeen gebruikt kan worden om gepersonaliseerde handvatten te bieden voor het omgaan met de klachten in het dagelijkse leven; en zo een eerste stap in de richting van postdiagnostische zorg kan zijn. Neuropsychologische testen zijn psychometrisch onderzocht en bevatten doorgaans normgegevens (i.p.v. een grenswaarde), die rekening houden met de leeftijd, het geslacht en het opleidingsniveau

van de desbetreffende patiënt. Een cognitief screeningsinstrument dient daarom een ander doel dan een NPO en kan dit niet vervangen.

Wat opvalt aan het aanvullend onderzoek is dat de CT-, FDG-PET- en DaT-scan en liquordiagnostiek op een meerderheid van de GP's beschikbaar waren, maar dit op een relatief klein aandeel van de patiënten werd toegepast. Dit was ook al het geval in 2016 voor de liquordiagnostiek. Deze verhouding kan mogelijk verklaard worden door het meer invasieve karakter van deze diagnostiek. Mocht op korte termijn bloed biomarkers voor de ziekte van Alzheimer klinisch gebruikt kunnen gaan worden, zal liquordiagnostiek en het gebruik van amyloid-PET mogelijk afnemen. Verder wordt er een grote spreiding gezien in de toepassing van de verschillende soorten onderzoek. Mogelijk is dit het resultaat van de diversiteit in leeftijd en het ziektestadium van de patiënt op de verschillende GP's.

Wat betreft het gebruik van vragenlijsten over neuropsychiatrische symptomen worden enkele lijsten relatief vaak gebruikt. De meest gebruikte lijsten zouden, net als het NPO, een basis kunnen vormen voor harmonisatie mits de psychometrische kenmerken van deze lijsten van hoge kwaliteit zijn.

Hoewel weinig gebruik gemaakt werd van de eerdergenoemde nieuwe biomarkers, had het veel van de respondenten goede zelf gerapporteerde kennis over de bovengenoemde nieuwe biomarkers en vonden deze een zinvolle toevoeging aan diagnostiek op de GP, in specifieke gevallen. Echter, bleek wel dat ook aanzienlijke aandelen van de GP's niet voldoende kennis had over de mogelijkheden van deze biomarkers. Voordat deze biomarkers onderdeel kunnen worden van de dagelijkse klinische praktijk, zal er aandacht besteed moeten worden aan de informatieverstrekking en scholing over toepassingen van deze biomarkers op GP's. Daarnaast is ook meer onderzoek nodig naar validiteit en kosteneffectiviteit van deze biomarkers. GP's met voldoende kennis over de Tau-PET scan waren wel vergelijkbaar positief over de toegevoegde waarde en de voordelen van de Tau-PET scan, vergeleken met recent internationaal onderzoek. In een recent artikel van Vermeiren et al. (2024) met een vragenlijst over Tau-PET werden 268 dementie-experts gevraagd naar hun meningen en visie op deze scan. 89.9% had een positieve houding ten aanzien van de toegevoegde waarde van Tau-PET (clinici en onderzoekers). Slechts 3.4% gaf aan dat er geen plek was voor Tau-PET in klinische settings. Een meerderheid gaf daarbij aan dat het bijdraagt aan differentiaaldiagnostiek van de ziekte van Alzheimer.

Wat betreft de bloed biomarkers waren GP's merendeels positief over de toegevoegde waarde in specifieke patiëntpopulaties. Een recent wereldwijd vragenlijstonderzoek onder clinici wees uit dat een meerderheid negatief was tegenover het gebruik van deze biomarker bij patiënten met subjectieve cognitieve achteruitgang (Rodda et al., 2025). Uit dit onderzoek bleek ook dat er een bijna gelijke verdeling was in de mening van clinici

over of deze bloed biomarkers klaar zijn voor de klinische praktijk. Zo was er onder clinici de wens meer data te verkrijgen over diverse populaties en onderwijs voor clinici met betrekking tot gebruik en interpretatie.

Respondenten aangaven soms moeite te hebben met het bespreken van bepaalde testresultaten in een uitslaggesprek. Het is daarom aannemelijk dat er training nodig zal zijn voor clinici om resultaten van deze nieuwe biomarkers begrijpelijk te delen met patiënten en hun naasten.

Wat betreft nieuwe medicatie voor de ziekte van Alzheimer, die per infuus moet worden toegediend, ziet het grootste deel (87%) van de GP's voor zichzelf geen directe rol in de implementatie binnen de huidige infrastructuur. De benodigde expertise zal naar alle waarschijnlijkheid de komende jaren ontwikkelen onder clinici. De toediening en monitoring van deze therapieën vereisen specifieke expertise op verschillende gebieden. Hierbij is te denken aan ervaring met nieuwe diagnostische en behandelprotocollen, interdisciplinaire samenwerking en passende zorglogistiek. Naast kosten wordt ook de zorgcapaciteit genoemd als nadeel, dit zal mogelijk gerelateerd zijn aan de (contra)indicaties voor deze therapieën (toename in beschikbaarheid en gebruik van bijvoorbeeld amyloïd-PET scans en liquordiagnostiek zal hiervoor nodig zijn) en zoals ook genoemd het monitoren van patiënten die deze middelen toegediend krijgen. Ten tijde van deze monitor was niet bekend dat medicatie slechts voor subgroep patiënten goedgekeurd zou worden. Antwoordopties over brede inzetbaarheid sluiten daarom niet geheel aan op deze laatste ontwikkelingen.

Tenslotte merken wij op dat de resultaten in dit rapport met enige voorzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd, aangezien veel antwoorden schattingen zijn van GP-professionals. Verder werd niet elke vragenlijst volledig ingevuld. Om transparant van de data gebruik te maken is daarom besloten inzichtelijk te maken hoeveel GP's er geantwoord hebben per vraag in de resultaten van dit rapport. Zo worden belangrijke inzichten genuanceerd weergegeven.

Conclusie

GP's spelen een belangrijke rol in de tijdige en multidisciplinaire diagnostiek van cognitieve stoornissen en dementie. Voor het eerst sinds het versturen van deze enquête in 1998 werd er geen toename gezien in het aantal GP's in Nederland. Wel nam het gemiddelde aantal patiënten dat gezien werd per GP toe. Dementie bleef de meest gestelde syndroom diagnose, maar het aandeel diagnoses MCI en subjectieve cognitieve klachten nam verder toe. Dit kan wellicht verklaard worden doordat patiënten en naasten in een vroegere ziektefase verwezen worden of zelf diagnostiek opzoeken. De meest gestelde diagnose van het subtype dementie was wederom de ziekte van Alzheimer. Wat betreft neuropsychologische, aanvullende en beeldvormende onderzoeken kan gesteld worden dat er een grote spreiding is in de toepassing hiervan. Mogelijke verklaringen zijn de leeftijd en het ziektestadium van de patiënt. Verdiepend onderzoek hierover kan uitwijzen wat bij het al dan niet toepassen van deze diagnostische onderzoeken overwegingen zijn van klinici. Wat betreft de nieuwe medicatie kan gesteld worden dat aanpassingen nodig zullen zijn in de huidige zorg om deze voor te kunnen schrijven aan patiënten met de ziekte van Alzheimer, waarbij de meeste GP's voorzien dat de medicijnen initieel in expertise centra voorgeschreven zullen worden. De verschillen die gezien worden tussen GP's en hun werkwijzen vragen om meer afstemming tussen GP's. Hierdoor kan vergelijkbare zorg aangeboden worden in Nederlandse GP's, hetgeen vooral belangrijk is voor de dynamische ziektebeelden die aldaar gezien worden.

Referenties

- Alzheimer Nederland. (2024). *Feiten en cijfers over dementie – Factsheet 2024*.
https://media.alzheimer-nederland.nl/s3fs-public/media/2024-11/documents/factsheet_A4_V4%20laatste%20versie.pdf
- European Medicines Agency. (2024). *Leqembi recommended for treatment of early Alzheimer's disease*. Retrieved 11-12-2024 from
<https://www.ema.europa.eu/en/news/leqembi-recommended-treatment-early-alzheimers-disease#related-content-71409>
- European Medicines Agency. (2025). *Meeting highlights from the Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) 21-24 July 2025*. Retrieved 17-08-2025 from <https://www.ema.europa.eu/en/news/meeting-highlights-committee-medicinal-products-human-use-chmp-21-24-july-2025>
- Gruters, A., Ramakers, I., de Vugt, M., Kessels, R., Blom, M. M., FH, B., Olde Rijkers, M., & Verhey, F. (2018). *GeheugenpoliMonitor 2016*.
- Gruters, A. A. A., Ramakers, I., Kessels, R. P. C., Bouwman, F. H., Olde Rijkert, M. G. M., Blom, M. M., de Vugt, M. E., & Verhey, F. R. J. (2019). Development of memory clinics in the Netherlands over the last 20 years. *Int J Geriatr Psychiatry*, 34(8), 1267-1274. <https://doi.org/10.1002/gps.5132>
- Mehrani, I., & Sachdev, P. S. (2022). The role of Memory Clinics in the assessment and management of dementia, now and into the future. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(2), 118-122. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000777>
- Perneckzy, R., Dom, G., Chan, A., Falkai, P., & Bassetti, C. (2024). Anti-amyloid antibody treatments for Alzheimer's disease. *Eur J Neurol*, 31(2), e16049. <https://doi.org/10.1111/ene.16049>
- Ramakers, I. H. G. B., & Verhey, F. R. J. (2011). Development of memory clinics in the Netherlands: 1998 to 2009. *Aging & Mental Health*, 15(1), 34-39. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.519321>
- Rodda, J., Kuchenbecker, L. A., Borelli, W. V., DeMarco, M. L., Castilhos, R. M., Cawston, E. E., Chabrashvili, T., Budelier, M. M., Duran-Aniotz, C., Udeh-Momoh, C., Akman-Anderson, L., Mielke, M. M., Pereira, A. C., Algeciras-Schimmich, A., & Keshavan, A. (2025). Global multi-specialty clinician perspectives on the implementation of Alzheimer's disease blood biomarkers. *Alzheimer's & Dementia*, 21(5), e70201. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/alz.70201>
- Verhey, F., Nods, M., Ponds, R., & Scheltens, P. (1999). Geheugenpoliklinieken in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Neurologie*, 3, 169-174.
- Verhey, F., Reyeser van Buuren, E., & Jolles, J. (1987). De geheugenpolikliniek: multi-disciplinaire benadering bij stoornissen van het geheugen en andere cognitieve functies. *Amsterdam: Gerontologisch instituut*.

- Verhey, F. R. J., Ramakers, I., Jolles, J., Scheltens, P., Vernooij-Dassen, M. J. F. J., & Olde Rikkert, M. G. M. (2007). Geheugenpoli's in Nederland: Ontwikkelingen sinds 1998. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 2007, 38, 210-216.
- Vermeiren, M. R., Calandri, I. L., van der Flier, W. M., van de Giessen, E., & Ossenkoppele, R. (2024). Survey among experts on the future role of tau-PET in clinical practice and trials. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 16(4), e70033.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/dad2.70033>
- Wright, N., & Lindesay, J. (1995). A survey of memory clinics in the british isles. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(5), 379-385.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/gps.930100506>

Bijlage I – Afkortingen

(i)ADL / IADL	Instrumental Activities of Daily Living
7MS	7 Minute Screen
ABOARD	A Personalized Medicine Approach for Alzheimer's Disease
ACT	Acceptance and Commitment Therapy
ADCS-ADL	Alzheimer's Disease Cooperative Study Activities of Daily Living
AIOS	Arts In Opleiding tot Specialist
CGT	Cognitieve Gedragstherapie
COVID-19	Corona Virus Disease 2019
CT	Computed Tomography
DAD	Disability Assessment of Dementia
DaT-scan	Dopamine Transport-scan
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DOT	Diagnose Behandelcombinatie Op weg naar Transparantie
ECG	Electrocardiogram
EEG	Electroencefalogram
FAB	Frontal Assessment Battery
FDG-PET	Fluorodeoxyglucose-Positron Emission Tomography
FTD	Frontotemporale Degeneratie
GDS	Geriatric Depression Scale
GP	Geheugenpoli
GZ-psycholoog	Gezondheidszorg-psycholoog
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
IZA	Integraal Zorgakkoord
LBD	Lewy Body Dementie
MCI	Mild Cognitive Impairment
MDO	Multidisciplinair Overleg
MGT	Goal Management Training
MMSE	Mini Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
MRI	Magnetic Resonance Imaging
NGN	Nederlands Geheugenpoli Netwerk
NPI	NeuroPsychiatric Inventory
NPO	Neuropsychologisch Onderzoek

PD	Ziekte van Parkinson
PDF	Portable Document Format
PET	Positron Emission Tomography
PRECODE	Prevalence, REcognition & Care pathways in young-Onset Dementia
SPECT	Single Photon Emission Computed Tomography
SPV	Social Psychiatrisch Verpleegkundige
TAP-dementia	Tijdig Accuraat gePersonaliseerde diagnose voor dementie (consortium)
UMC	Universitair Medisch Centrum
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZPM	Zorg Prestatie Model



ALZHEIMER

CENTRUM LIMBURG

Alzheimer Centrum
Radboudumc

 Alzheimercentrum Amsterdam
Amsterdam UMC

 Alzheimercentrum
Erasmus MC


alzheimer
nederland

TAP-dementia
Onderdeel van de Nationale
Dementiestrategie

 **NGN**
Nederlands Geheugenpoli Netwerk