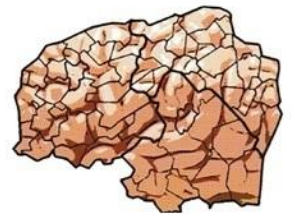


Ouderenpsychologie Noord



Neuropsychologische diagnostiek bij ouderen

2025

Disclaimer

Het gebruik van dit document is bedoeld voor psychologen en studenten psychologie, werkzaam in de ouderenzorg en ouderen ggz. Dit document is met uiterste zorgvuldigheid samengesteld en gebaseerd op testhandleidingen en de meest recente literatuur. Desondanks is het mogelijk dat er onjuistheden in voorkomen. Hiervoor kunnen wij geen aansprakelijkheid aanvaarden. Nota bene: waar in dit document wordt gesproken van 'cliënt', kan ook 'patiënt' of 'bewoner' worden gelezen.

Totstandkoming en onderbouwing

In 2013 is namens Ouderenpsychologie Noord de Testbatterij Dementiediagnostiek ontwikkeld. Met het uitbrengen van deze testbatterij is getracht om enige uniformiteit aan te brengen binnen dementiediagnostiek in het Noorden. Tijdens het symposium in oktober 2017 is het gebruik van deze testbatterij geëvalueerd en is een nieuwe werkgroep ontstaan. Het doel van deze bundel is de ouderenpsycholoog te faciliteren in het opzetten van een passend instrumentarium om diens hypothesen te toetsen. Er zijn aanbevelingen op een rij gezet voor het opzetten van neuropsychologisch onderzoek (NPO) en je leest een overzicht van testen per domein. Voor de COTAN-beoordelingen verwijzen wij naar de website: <https://www.cotandocumentatie.nl/>.

Een aantal belangrijke uitgangspunten voor neuropsychologisch onderzoek willen we in deze algemene inleiding delen.

Het juiste moment om onderzoek te doen moet afgewogen worden tegen het doel. Kort na een delier of een beroerte is het niet mogelijk uitspraken te doen over het cognitief functioneren op de langere termijn. Drie maanden na een delier, als het geheel verbleekt is, kan een NPO betrouwbare uitspraken doen over het cognitief functioneren op de langere termijn. Bij een beroerte geldt de vuistregel dat na één jaar uitspraken gedaan kunnen worden over blijvende restverschijnselen op cognitief gebied. Toch kan je overgaan tot eerder onderzoek als er belangrijke vragen zijn over de verklaring van veranderend gedrag en je de termijn niet kan afwachten. Neem dan in acht dat de cognitieve functies in de tijd nog kunnen veranderen.

Een onderdeel van neuropsychologisch onderzoek is het afnemen van testen en het normeren van deze testen. Het is belangrijk ons te realiseren dat in het Nederlandse taalgebied de normgroepen relatief klein zijn. Een statistisch afwijkende testscore is niet hetzelfde als een cognitieve stoornis. Testscores alleen vormen onvoldoende grond om een diagnose te stellen: alle verzamelde informatie (onder andere de anamnese, hetero-anamnese, observaties, voorgeschiedenis en eerder functioneren) moet geïntegreerd worden om tot conclusies te komen. Het hoofdstuk Cognitie (Teunisse & Smal, 2017) uit het Handboek Ouderenpsychologie gaat hier uitgebreid op in en biedt ook concrete hulpmiddelen om informatie te ordenen en uit te vragen. In richtlijnen wordt de ANDI database steeds vaker aangehaald, die per individu naast de univariate analyse, ook een multivariate analyse kan maken van het cognitief profiel. In de toekomst is de wens van de eigenaren om ook de gegevens van 'super-ouderen' (100 jaar en ouder) toe te voegen.

Het lijkt gangbaar te worden om een NPO "niet valide" te verklaren als een persoon afwijkend scoort op een psychologische validiteitstest (PVT) of symptoomvaliditeitstest (SVT). Dit is niet hoe Guilmette et. al. (2020) hieromtrent adviseren. Zij geven aan dat een PVT of SVT net als elke andere test door de clinicus beoordeeld dient te worden in de context van alle verzamelde informatie. Het kan zo zijn dat testresultaten (om meerdere redenen) niet te interpreteren zijn of de mogelijkheden van de persoon niet reflecteren. Dan is het meer informatief om dit te beschrijven, dan te oordelen dat het NPO "niet valide" is. Elk NPO, kort of lang, geeft hoe dan ook toch informatie over een cliënt.

We hopen dat de informatie uit deze bundel praktisch en werkbaar is. Laat je opfrissen en kijk weer met brede blik naar ons arsenaal aan testmogelijkheden. Hopelijk zie je alternatieven bij stoorfactoren en houd je rekening met onderpresteren. Mochten er nog aanbevelingen zijn, of vragen rijzen, neem dan contact op met Ouderenpsychologie Noord via de contactgegevens op de site. Het document zal ook gedeeld worden op de sectiepagina van de sectie Ouderenpsychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Namens de werkgroep testbatterij van Ouderenpsychologie Noord,

Gosse Beeksma	Gezondheidszorgpsycholoog bij Noorderbreedte
Rinske Bults	Psycholoog bij Zonnehuisgroep Noord
Sandra Elzinga	Psycholoog bij Alliade
Mathieu Klein Nienhuis	Gezondheidszorgpsycholoog bij Dimence
Mirjam Kingma	Gezondheidszorgpsycholoog bij Patyna
Ingrid Rietkerk	Gezondheidszorgpsycholoog bij Noorderbreedte
Corine van Duijn-Sterenborg	Psycholoog bij Treant Zorggroep

Met dank aan Maritza Allewijn, directeur van de PgD *Psychologische expertise voor de ouderenzorg*, Han Diesfeldt, Annemarieke Versteeg en de sectie Neuropsychologie van het NIP.

Eerdere werkgroepleden die dit document mede mogelijk hebben gemaakt:

Anja Dieterman (van 2013 tot 2017)
Fijanne Strijkert (van 2013 tot 2017)
Marijke Kuikman (van 2013 tot 2017)
Charlotte Schepel (van 2017 tot 2021)
Channah Pastink (van 2017 tot 2023)
Julia Brugman (van 2021 tot 2023)

Literatuur

Guilmette, T. J., Sweet, J. J., Hebben, N., Koltai, D., Mahone, E. M., Spiegler, B. J., Stucky, K., Westerveld, M., & Conference Participants. (2020). *American Academy of Clinical Neuropsychology consensus conference statement on uniform labeling of performance test scores*. *The Clinical Neuropsychologist*, 34(3), 437-453. <https://doi.org/10.1080/13854046.2020.1722244>

Vink, M., Kuin, Y., Westerhof, G., Lamers, S., & Pot, A. M. (2017). *Handboek ouderenpsychologie*. De Tijdstroom.

Neuropsychologie in de ouderenzorg: een kwestie van vakmanschap

- September 2025 -

'Graag een NPO', luidt soms de summiere verwijsvraag van een huisarts of specialist naar de ouderpsycholoog. Sommige artsen hebben hierbij een duidelijk doel voor ogen, anderen meer het vage besef dat gedegen onderzoek van cognitieve functies van ouderen kan bijdragen aan hun kwaliteit van leven. Aan psychologen in de ouderenzorg de taak om kenbaar te maken wat dit neuropsychologisch vakmanschap daadwerkelijk kan bijdragen en natuurlijk ook de opgave om ons instrumentarium up-to-date te houden. Dit overzicht van diagnostische instrumenten, hun kenmerken en bruikbaarheid is een belangrijk hulpmiddel om tot een verantwoorde keuze te komen van diagnostische onderzoeksinstrumenten, passend bij de individuele situatie en vraagstelling.

De impact van cognitieve beperkingen

Veranderingen in het cognitief functioneren van ouderen vormen een grote belasting voor ouderen zelf, hun dierbaren en ook voor professionals. Ons karakter, onze zelfredzaamheid, onze identiteit, alle belangrijke menselijke functies zetelen uiteindelijk immers in onze hersenen. Vermindering of uitval van hersenfuncties heeft dan ook direct impact op veel domeinen van ons functioneren. Het is voor velen ook een schrikbeeld: Veel mensen op leeftijd zeggen: 'Als dit het niet meer doet (wijzend op het hoofd), dan hoeft het voor mij niet meer hoor!'. In realiteit leven veel ouderen hun leven met meer of minder cognitieve beperkingen. Soms in onzekerheid of onwetendheid, soms met kennis van zaken over wat hen overkomt.

Neuropsychologisch onderzoek is vereist om als professional uitspraken te kunnen doen over het cognitief functioneren van een persoon. Het is de basis op grond waarvan je een cliënt informatie kan geven over wat er met hem of haar aan de hand is, samengevat onder de noemer geïndividualiseerde psycho-educatie of 'neuro-educatie'. De cliënt heeft recht op goede informatie en ontleent hieraan ook vaak een gevoel van controle. Inzicht in je eigen mogelijkheden en beperkingen, hoe moeilijk ook als het gaat om complexe aandoeningen als dementie, geeft immers meer mogelijkheden om zelf te beslissen en regie te nemen. Het betreft dan:

- De diagnose, bijvoorbeeld: "U heeft dementie, waarschijnlijk ten gevolge van de Ziekte van Alzheimer".
- Specifieke kenmerken, bijvoorbeeld: "U kunt nieuwe gegevens nog wel opnemen in uw geheugen, maar niet zo gemakkelijk weer terugvinden. Geheugensteuntjes helpen u daarbij".
- De implicaties voor het dagelijks leven, bijvoorbeeld: "Gebruik vaste plekken voor spullen die belangrijk zijn en vraag uw partner u daarbij te helpen. Dan bent u minder tijd en energie kwijt aan zoeken".

'Ja, nu snap ik het wel beter'

In een Alzheimercafé met als thema Wie beslist? neemt een van de aanwezigen het woord. "Mijn vader woont in een kleinschalige zorginstelling en was heel boos dat hij daar moest wonen en niet meer mocht autorijden. Een ouderpsycholoog heeft een aantal gesprekken met hem gevoerd, onderzoek gedaan naar zijn geheugen en nog een paar dingen en hem helemaal uitgelegd hoe het zat. Sindsdien heeft hij veel meer vrede met de beslissingen die wij voor hem genomen hadden."

'Het bloed onder je nagels'

“De dokter zei dat het geen frontotemporale dementie was”, vertelt een echtgenoot van een nog betrekkelijk jonge vrouw aan zijn casemanager, “maar ze haalt wel bij iedereen het bloed onder de nagels vandaan”

De casemanager twijfelt en vraagt de gz-psychooloog uit het Mobiel Geriatriesch Team (MGT) om een neuropsychologisch onderzoek. Daarin wordt aangetoond dat er ernstige stoornissen in de executieve functies zijn. Met name impulsiviteit en sterk stimulus-gestuurd gedrag valt in de testresultaten op. Zelf merkt ze dit niet op en kan ze ook de uitleg van de psychooloog niet bevatten, maar echtgenoot en casemanager konden haar veel beter begrijpen en begeleiden. In overleg met de huisarts werd de officiële (waarschijnlijkheids)diagnose vastgesteld op vasculaire dementie met frontale kenmerken.

Relationele gevolgen

Dierbaren staan vaak voor raadsels als ze proberen te begrijpen waarom iemand zich op een bepaalde manier gedraagt. Onbegrip over de beperkingen in het cognitieve functioneren en de daarmee gepaard gaande gedrags- en stemmingsveranderingen leidt nogal eens tot conflicten, verwijdering en overbelasting van nabije anderen. Naast algemene informatie, vaak uitstekend verwoord op de website van patiëntenverenigingen, is geïndividualiseerde kennis van groot belang. Begrijpen wat er aan de hand is geeft ruimte voor een andere manier van kijken en omgaan met de beperkingen.

Bij het werken met ouderen wordt van professionals vaak gevraagd een langdurige werkrelatie aan te gaan met mensen met cognitieve beperkingen. Door opleiding, kennis en ervaring kunnen zij meestal goed aansluiten op de behoeften van cliënten of bewoners. Maar van tijd tot tijd staan ook zij voor de opgave onbegrepen gedrag te begeleiden of complexe problemen op te lossen. Vragen van professionals aan de ouderenpsycholoog zijn bijvoorbeeld: Kunnen we deze mevrouw nog motiveren om meer te gaan ondernemen, of moeten we haar inactiviteit accepteren? Hoe verklaren we dat deze man zo rusteloos en zoekende is? Is het verantwoord dat deze persoon zelfstandig aan het verkeer deelneemt? Is deze client de afspraken nou echt vergeten of probeert ze ons uit te testen?

Inzicht in de aard en de ernst van de cognitieve beperkingen kan een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van relaties met dierbaren en met professionals.

Is een NPO het juiste instrument?

Het is aan de psychooloog om te bepalen of een NPO daadwerkelijk geïndiceerd is, om te komen tot een heldere vraagstelling vanuit het perspectief van de client en wat het goede moment is om dit onderzoek te doen. Neuropsychologisch onderzoek wordt door veel ouderen als belastend ervaren en kan vermoeiend en stressvol zijn. Sommige ouderen zien het als een examen, waarvoor zij moeten slagen om te bewijzen dat ze nog meetellen, van waarde zijn en zelf kunnen beslissen.

Ook vanuit overwegingen van efficiënt gebruik van middelen, is het van belang vast te stellen of en op welk moment een NPO geïndiceerd is. De vragen die de verwijzer of psychooloog zich zal stellen luiden: Is diagnostiek van cognitie op dit moment een essentiële stap voor de zorgvraag die speelt? Op welke wijze kan meer kennis en inzicht in het cognitief functioneren een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van de oudere en diens systeem? Is een NPO de beste manier om dit inzicht te verwerven? En zo ja, is dit het goede moment is om een valide indicatie van het cognitief functioneren te verkrijgen? (Handboek ouderenpsychologie, 2017; Teunisse en Smal)

“Na een paar vragen kwam het oordeel al!”

“Dementie? Ik geloof er niets van en wil dat woord ook niet meer horen.” De psycholoog die is ingeschakeld om haar te begeleiden ‘de diagnose te accepteren’ heeft er een zware dobber aan. “Er kwam iemand van de huisartsenpraktijk en die stelde een paar vragen. Mijn dochter was erbij. Ik was zenuwachtig en wist het allemaal zo snel niet en nu zeggen ze allemaal dat ik dementie heb”, is haar relaas. Ze bespreekt met haar dochter of een uitgebreider onderzoek haar zou kunnen helpen, dat ze meer inzicht krijgt in wat haar overkomt of dat het tegendeel misschien kan worden aangetoond. Uiteindelijk ziet ze ervan af. Het gaat goed met haar, ze ziet wel wat de toekomst brengt.

Voorbij MOCA en MMSE

Diagnoses als Mild Cognitive Impairment, dementie, Ziekte van Alzheimer en uitgebreide neurocognitieve stoornis komen op uiteenlopende wijze tot stand. In vigerende richtlijnen (NHG, Federatie medisch specialisten) wordt gesproken over de aanwezigheid van specifieke neurocognitieve stoornissen, zoals geheugenstoornissen, verlies van overzicht en taalstoornissen. Hoe deze worden vastgesteld staat niet voor alle aandoeningen specifiek vermeld; hier en daar staat ‘door screening of NPO’. Dit is een vage aanduiding en bovendien is er veel discussie of en in welke situaties het stellen van een diagnose dementie op basis van een screening verantwoord mogelijk is. Een van de aanbevelingen is NPO te doen bij twijfel over de diagnose in een vroeg stadium en te volstaan met screening als de ziekte verder is voortgeschreden.

Gezien de grote aantallen ouderen met cognitieve beperkingen, hun grote diversiteit in leeftijd, vitaliteit en prognose, zal in de klinische praktijk een diagnostisch traject op maat moeten worden vastgesteld, waarin de wens van betrokkenen centraal staat, maar ook rekening gehouden wordt met eventuele lijdensdruk en onzekerheid bij de naasten. Ook professionals kunnen afwegingen hebben om al dan niet uitgebreid neuropsychologisch onderzoek te (laten) doen. Soms

volstaat een screening of zelfs alleen een (hetero)anamnese, soms is nader medisch en/of beeldvormend onderzoek geïndiceerd en in andere situaties juist een uitgebreid NPO. Er wordt ook regelmatig diagnostiek gedaan omdat de verzekeraar dat eist. Het is aan professionals deze eis niet als leidend te zien, maar altijd het belang en de wens van betrokkene zelf centraal te stellen.

Beslisvaardigheden

In december 2023 verscheen de nieuwe SKILZ handreiking Besluitvaardigheid en wilsbekwaamheid. Helpen beslissen en zo de autonomie ondersteunen, staat centraal in deze handreiking. Psychologen kunnen een belangrijke rol spelen in het ondersteunen van de beslisvaardigheid, door in gesprekken aan te sluiten bij intacte cognitieve vaardigheden. Psychologen kunnen ook vanuit hun vakkennis begrijpen welke emoties, waarden en intenties een rol spelen in de besluitvorming. Door goed zicht te hebben op kwetsbaarheid door cognitieve achteruitgang kunnen bovendien ongewenste invloeden van buitenaf voorkomen of opgespoord worden. Een goed neuropsychologisch onderzoek kan aan de basis staan om een oudere client te ondersteunen bij het nemen van belangrijke beslissingen.

Het juiste moment

In diverse richtlijnen staan aanwijzingen voor het juiste moment van onderzoeken, vooral als het gaat om stellen van een diagnose. Maar de psycholoog zal altijd eerst in overleg met de cliënt gaan, om het doel van het onderzoek en het juiste moment vast te stellen. Is de cliënt toe aan het onderzoek en er klaar voor om de uitslag in ontvangst te nemen? Soms is het nuttig eerst een traject van motiverende gesprekvoering in te gaan. Vaak zal de mening van familieleden een rol spelen. Alleen bij duidelijke consensus over het tijdstip kan een NPO plaatsvinden. Uiteindelijk heeft de cliënt uiteraard het recht om ‘niet te weten’ en niet aan onderzoek mee te werken.

De empirische cyclus

Als het besluit voor het doen van een NPO genomen is, staat de psycholoog voor de keuze van een passende testbatterij. In die keuze voor het instrumentarium ervaart de psycholoog spanning tussen de professionele keuze voor uitgebreid testen, zo compleet mogelijk en daarbij de client belasten en zelf veel

tijd investeren versus beperkt testen waarbij de kans bestaat dat je zaken mist. De behoefte vanuit de praktijk om snel met resultaten (een uitslag) te komen, kan zorgvuldig beslissen onder druk zetten. Zorgvuldigheid is essentieel om recht te doen aan de persoon om wie het gaat. De vuistregel luidt: Een NPO duurt zo lang als nodig en zo kort als mogelijk.

Teunisse en Smal (2017) raden aan hierbij:

1. Altijd voldoende tijd en aandacht te besteden aan de vertrouwensrelatie, waarbij respect, vertrouwen, nieuwsgierigheid, afstemming en samenwerking met de oudere en diens betrokkene centraal staan.
 2. Een uitgebreide (hetero)anamnese af te nemen, kijkend naar de setting waarin je werkt, de gevolgen die de resultaten van het NPO (kunnen) hebben en de communicatiemogelijkheden van de client.
 3. De empirische cyclus te volgen: deze cyclus bestaat uit: gegevens verzamelen, vermoedens formuleren over aard of oorzaak van de klachten en problemen, hypothesen opstellen, juiste instrumenten hierbij zoeken, onderzoek uitvoeren en verwerken, hypothesen bevestigen of weerleggen.
 4. De sensitiviteit en specificiteit van de tests die je wilt gebruiken mee te wegen in de keuze.
- Het neuropsychologisch onderzoek is op deze wijze een belangrijk onderdeel van een hulpverleningsproces, waarin diagnostiek, behandeling en indicatiestelling elkaar telkens afwisselen en aanvullen, waarbij altijd de vraag van de cliënt en/of die van belangrijke anderen centraal staat (zogenaamde Therapeutic assessment, zie onder meer Finn and Tonsager, 1997).

Literatuur

- Diagnostiek dementie, (2024). In: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG). (red.), Richtlijn Dementie. Geraadpleegd op 20 december 2024, van https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dementie/diagnostiek_dementie.html
- Dieleman-Bij de Vaate, et al. (2020). Richtlijnen diagnostiek. In: Dieleman-Bij de Vaate et al. (red.), NHG-Standaard Dementie. Geraadpleegd op 20 december 2024, van <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/dementie>
- Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms. *Psychological assessment*, 9(4), 374. Richtlijnen Langdurige Zorg. (z.d.). Geraadpleegd op 20 december 2024, van <https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/handreikingen/beslisvaardigheid-en-wilsbekwaamheid/overzicht-van-aanbevelingen>
- Sikkes, M. (2019). Het NPO in het verpleeghuis. Geraadpleegd op 20 december 2024 van [NPO in het verpleeghuis - PgD Expertise](#).
- Teunisse, S., & Smal, J. (2017). Cognitie. In M.T. Vink, et al. (red.), *Handboek ouderenpsychologie* (2^e herziene druk). De Tijdstroom.

Aanbevelingen uit andere richtlijnen

Niet alleen zijn er veel testversies en normen in omloop. Ook op het gebied van richtlijnen en aanbevelingen is er niet één plek waar je ze allemaal kunt vinden. Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) heeft een overzichtspagina op de website ([Kwaliteitsstandaarden - NIP](#)) waar links te vinden zijn naar richtlijnen en zorgstandaarden voor o.a. de GGZ, somatische werkvelden, langdurige zorg en monodisciplinaire richtlijnen. Daarnaast geven we hieronder een (niet volledig) overzicht van relevante richtlijnen/aanbevelingen op het gebied van neuropsychologische diagnostiek die in het werkveld van ouderen toepasbaar zijn.

Diagnostiek van MCI en lichte dementie

Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP): sectie Neuropsychologie (2019). *Monodisciplinaire richtlijn Neuropsychologisch Onderzoek bij Lichte Cognitieve Stoornissen (MCI) en dementie*. Nederlands Instituut voor Psychologen. <https://psynip.nl/wp-content/uploads/2022/04/richtlijn-MCI-dementie.pdf>

Dementie bij een verstandelijke beperking

Uijl, A. & van de Weijer, K. (2022). *Handreiking voor psychodiagnostisch onderzoek door orthopedagogen en psychologen bij functionele achteruitgang of vermoedens van dementie bij mensen met een verstandelijke beperking*. <https://www.kennispleingehandcaptensector.nl/gehandcaptensector/media/documents/ClI%c3%abntgroepen/Handreiking-Boek-Herken-jij-dementie.pdf>

Neuropsychologisch onderzoek bij een beroerte

Duits, A. & Gerritsen, M. (2010). *Richtlijn voor een kort neuropsychologisch onderzoek bij patiënten met een beroerte*. Nederlands Instituut voor Psychologen: sectie Revalidatie en sectie Neuropsychologie. <https://psynip.nl/wp-content/uploads/2022/04/Richtlijn-beroerte.pdf>

Neuropsychologische diagnostiek bij de Ziekte van Parkinson

Duits, A. & Leplow, B. (2011). *Ziekte van Parkinson: diagnostiek en behandeling voor de professional*. Hogrefe.

Neuropsychologische diagnostiek bij mensen met een migratieachtergrond

Team geheugenpolikliniek voor migranten van het Alzheimercentrum Erasmus MC (2024, april). Leidraad cultuursensitieve dementiediagnostiek. <https://www.alzheimercentrumerasmusmc.nl/nieuws/nieuwe-leidraad-cultuursensitieve-dementiediagnostiek-op-de-geheugenpolikliniek>

Diagnostiek van afasie

Berns, P.E.G., Jünger, N., Boxum, E., Nouwens, F., van der Staaij, M.G., van Wessel, S., van Dun, W., van Lonkhuijzen, J.G., CBO & TNO (2015). *Logopedische richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen'*. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. <https://www.afasienet.com/wp-content/uploads/Logopedische-Richtlijn-Diagnostiek-en-behandeling-van-Afasie-def.-november-2015.pdf>

Overzicht van veel gebruikte meetinstrumenten in de ouderenpsychiatrie

Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie. *Meetinstrumenten voor de ouderenpsychiatrie*. Trimbo-Instituut. <https://www.trimbos.nl/kennis/ouderenpsychiatrie-nkop/meetinstrumenten-ouderenpsychiatrie>

Productenboek Klinische Neuropsychologie (2025)

https://nip.nl/wp-content/uploads/pdfs/NIP-productenboek-2025_def_online.pdf

Domein	Test
Cognitieve Screening	Cognitieve Screening Test Cross Culturele Dementiescreening Frontal Assessment Battery Mini Mental State Examination Montreal Cognitive Assessment Oxford Cognitive Screening Rowland Universal Dementia Assessment Scale Seven Minute Screen
Aandacht en executief functioneren	Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome Cijferreeksen D2 Aandachts- en concentratietest Five Digit Test Modified Wisconsin Card Sorting Test Stroop Kleur-Woord Test Test of Sustained Selective Attention Trailmaking Test
Geheugen	8-Woordentest 15-Woordentest Location Learning Test Rey Complex Figure Test Rivermead Behavioural Memory Test 3 RBMT Verhaaltjes Visuele Associatie Test
Taal	Comprehensive Aphasia Test Fluencytesten Nederlandse Benoem Test ScreeLing
Praxis en visuoconstructie	Apraxietest van Heugten & Geusgens Bells test Kloktekentest Line Bisection Test Star Cancellation Test Visuele Perceptie van Object en Ruimte
Sociale cognitie	Ekman 60 FacesTest Social Norms Questionnaire-NL
Symptoomvaliditeit	Amsterdamse Korte Termijn Geheugen Test Test of Memory Malingering Visuele Associatie Test – Extended Word Memory Test
Intelligentie	Raven's 2 Progressive Matrices Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking Wechsler Adult Intelligence Scale-IV
Vragenlijsten	Apathie Evaluatie Schaal (AES) Amsterdam Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen Brief Symptom Inventory Catherine Bergego Scale Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Coping Inventory for stressful situation Cornell Scale for Depression in Dementia Geriatric Depression Scale Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal Hospital Anxiety and Depression Scale Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst Montgomery Asberg Depression Rating Scale Neuro Psychiatric Inventory Nurses' Observation Scale for Cognitive Abilities Utrechtse Coping Lijst

Cognitieve Screening

Cognitieve Screening Test

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
CST	CST-20	Van Toutert, Diesfeldt en Hoek (2016)	65 jaar en ouder	Nee	Ja

Meetpretentie

De Cognitieve Screening Test (CST) is een kort screeningsinstrument om de aanwezigheid en ernst van cognitief verval bij ouderen vast te stellen. De CST is geconstrueerd naar het voorbeeld van de Mental Status Questionnaire en de Short Portable Mental Status Questionnaire.

Algemene beschrijving

De CST bestaat uit vragen die betrekking hebben op oriëntatie, algemene feitenkennis en kennis van de eigen persoon. Per item kan een score van 0, 0,5 of 1 worden behaald.

Afname van de CST-14 duurt vijf tot tien minuten en de afname van de CST-20 tien tot vijftien minuten. De vragen dienen in de aangegeven volgorde te worden afgewerkt. De formulering van de vragen mag, waar nodig, worden gewijzigd. Wanneer de cliënt niet op het antwoord van de vraag kan komen, bestaat de mogelijkheid deze vraag te laten rusten en aan het einde van de test nogmaals te stellen. Dit mag echter maar één keer voorkomen.

Sinds kort bestaat er ook een negen-item variant. Deze is zodanig samengesteld, dat de vragen in moeilijkheid oplopen. Hoewel je in theorie zou kunnen stoppen bij het eerste foute antwoord, wordt geadviseerd alle negen items af te nemen.

Normgegevens

In 2016 zijn er nieuwe normen verschenen. Hierbij is gebruik gemaakt van de gegevens van 102 ouderen (65 tot 94 jaar), vrij van dementie of een andere cognitieve stoornis en zelfstandig in de uitvoering van complexe instrumentele activiteiten van het dagelijks leven. De resultaten zijn vergeleken met 659 mensen die de diagnose dementie hebben om de grensscores te bepalen. Gebruik van de oude normen leidt tot overschatting van de cliënten die nu 65-90 jaar zijn.

Een CST-score van <17 geldt als een beperking, een score van 17 of 17,5 wijst op een lichte beperking. Tabel 3 in het artikel van Van Toutert, Diesfeldt en Hoek (2016) toont de verwachte CST-scores op basis van de voorafkansen op dementie. In het artikel is eveneens het vernieuwde scoringsformulier te vinden.

Voor vraag elf (Wie is op het ogenblik onze koning of koningin?) en vraag twaalf (wie was de koningin voor haar?) zijn nieuwe antwoorden in omloop. Het juiste antwoord op vraag elf is 'Willem-Alexander' en/of 'Máxima' en op vraag twaalf is 'Beatrix'. Ook voor het antwoord op vraag veertien (Wie is het op het ogenblik onze minister-president) en vraag vijftien (Wie was de minister-president voor hem?) zijn de antwoorden inmiddels veranderd naar respectievelijk "Schoof" en "Rutte".

Literatuur

Diesfeldt, H. F. A. (1996). Betekenisanalyse van de Cognitieve Screening Test (CST14).

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 27, 215-220.

Diesfeldt, H. (2021). De hiërarchische Cognitieve Screening Test: Constructvaliditeit en test hertestbetrouwbaarheid. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 16.

de Graaf, A., & Deelman B. G. (1991). *Cognitieve Screening Test*. Lisse: Swets en Zeitlinger B.V.

- Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry*, 117, 326-328.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23, 433-441.
- van Toutert, M., Diesfeldt, H., & Hoek, D. (2016). De Cognitieve Screening Test (CST) bij normale cognitieve veroudering en dementie: Drie varianten en bruikbaarheid voor de klinische praktijk. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 11, 274-292.

Cross Culturele Dementiescreening

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
CCD	Handleiding	55 jaar en ouder	Nee	Nee

Meetpretentie

De Cross Culturele Dementiescreening (CCD) is een screeningsbatterij voor niet-Nederlandssprekende ouderen en Nederlandse ouderen die analfabeet zijn. De test is momenteel beschikbaar voor mensen die de volgende talen spreken: Turks, Marokkaans- Berbers, Marokkaans-Arabisch, Sranantongo (Creools Surinaams), Hindoestaans Surinaams en Nederlands.

Algemene beschrijving

De CCD kan in de taal van de cliënt worden afgenomen door middel van ingesproken audiofragmenten die via de computer en geluidsboxen kunnen worden afgespeeld. De batterij bestaat uit drie subtesten: de Objectentest (directe en uitgestelde herkenning), de Zon-Maantest (benoemselheid en responsinhibitie) en de Stippentest (snelheid en verdeelde aandacht). De test kent non-verbale antwoordmogelijkheden.

De CCD bepaalt de kans op de aanwezigheid van ernstige cognitieve stoornissen die indicatief zijn voor dementie. De afnameduur van de CCD is ongeveer 30 minuten. Ondanks dat de test non-verbale antwoordmogelijkheden kent, leert de ervaring dat cliënten geregeld een toelichting nodig hebben of om verduidelijking vragen. Het wordt daarom aangeraden om een tolk of, wanneer dit niet mogelijk is, een familielid bij het onderzoek te betrekken. Een andere mogelijkheid is de tolkentelefoon.

Gezien de afnameduur van de CCD relatief lang is, lijkt deze screening geschikter in de tweede lijn dan in de eerste lijn. Voor de eerste lijn kan de RUDAS overwogen worden als een praktisch alternatief.

Normgegevens

Er zijn normen beschikbaar voor Surinaamse (Creools en Hindoestaans), Marokkaanse, Turkse en Nederlandse ouderen vanaf 55 jaar, met en zonder scholing. Er kunnen met behulp van een online scoringsprogramma of de handleiding van de test zowel afkappunten als percentielscores worden berekend per subtest en voor de gehele test. Tenslotte kan een totale risicoscore op dementie worden berekend, oftewel de kans op ernstige cognitieve stoornissen die wijzen op een dementiesyndroom. In de *Leidraad voor cultuursensitieve dementiediagnostiek in de geheugenpolikliniek* (Lazaars et al., 2024) wordt echter aangeraden om de percentielscores te interpreteren in plaats van de totale risicoscore, vanwege moeilijkheden die soms ontstaan op de Stippentest.

Literatuur

Goudsmit, M., Parlevliet, J. L., Campen, J. P. C. M., & Schmand, B. A. (2014).

Cross-culturele Dementiescreening (CCD)

Lazaars, N. Franzen, S., van den Berg, E., van Bruchem-Visser, R.L., & Papma, J.M. (2024). *Leidraad voor cultuursensitieve dementiediagnostiek in de geheugenpolikliniek*.

Frontal Assessment Battery

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
FAB	van Loo, Wiebrands & van Laar (2007)	van Loo, Wiebrands & van Laar (2007)	43 – 75 jaar	Nee	Nee

Meetpretentie

De Frontal Assessment Battery (FAB) is een korte screeningstest bij vermoedelijke frontaalkwabpathologie, die voortbouwt op de gedragsneurologische onderzoeksmethoden van Alexander Luria.

Algemene beschrijving

De FAB kan in een onderzoekskamer of aan het bed afgenomen worden en is geschikt voor afname door artsen, psychologen en gespecialiseerde verpleegkundigen. Afnameduur is ongeveer tien minuten. De test bestaat uit zes items (conceptualisatie, fluency, sequentieel bewegen, tegengesteld bewegen, 'go/no-go' opdracht en utilisatie) met een scoring van 0-3 punten.

Een lage score op de FAB (<13), bij ogenschijnlijk goede oriëntatie- en geheugenfuncties, geeft aanleiding voor uitgebreid neuropsychologisch onderzoek naar de executieve functies.

Uit onderzoek onder Braziliaanse ouderen blijkt, dat opleidingsniveau een significante invloed heeft op de totaalscore van de FAB, waarbij analfabetische ouderen over het algemeen beneden de cut-off score van 13 presteerden. Hoewel niet duidelijk is in hoeverre deze resultaten generaliseerbaar zijn naar Nederlandse ouderen, is op basis van de literatuur enige voorzichtigheid geboden bij het interpreteren van lage FAB-scores bij laagopgeleide ouderen. Daarnaast is de vijfde subtest (Go/No-go) niet valide gebleken om disinhibitie of impulsiviteit te meten en dient daarom voorzichtig geïnterpreteerd te worden. Tevens dient rekening gehouden te worden met de beperkte leeftijdsrange.

De FAB is geschikt als screeningsinstrument voor frontaalkwabpathologie bij neurodegeneratieve ziekten, maar helpt onvoldoende te differentiëren tussen de diverse ziektebeelden.

Normgegevens

De Nederlandse vertaling van de FAB volgt het (Engelse) origineel zo nauwkeurig mogelijk, maar is niet apart gevalideerd voor de Nederlandse populatie. In de originele publicatie van de FAB zijn gezonde controleproefpersonen (n=42) en cliënten geïnccludeerd met diverse aandoeningen waarbij disfunctioneren van de frontaalkwab een rol speelt (n=121). De Nederlandse versie hanteert bij de go/no-go-taak de instructie 'Tik twee keer wanneer ik één keer tik', wat afwijkt van de oorspronkelijke formulering 'Tap once when I tap once'. Houd hier rekening mee bij de normering en interpretatie.

Psychometrische eigenschappen (betrouwbaarheid en validiteit) van de FAB zijn voldoende.

Literatuur

Aiello, E. N., D'lorio, A., Solca, F., Torre, S., Bonetti, R., Scheveger, F., Colombo, E., Maranzano, A., Maderna, L., Morelli, C., Doretti, A., Amboni, M., Vitale, C., Verde, F., Ferrucci, R., Barbieri, S., Zirone, E., Priori, A., Pravettoni, G., ... Poletti, B. (2023). Clinimetrics and feasibility of the Italian version of the Frontal Assessment Battery (FAB) in non-demented Parkinson's disease patients. *Journal of Neural Transmission*, 130(5), 687–696. <https://doi.org/10.1007/s00702-023-02624-7>

- Aiello, E. N., Solca, F., Torre, S., Carelli, L., Ferrucci, R., Priori, A., Verde, F., Ticozzi, N., Silani, V., & Poletti, B. (2023). Feasibility and diagnostics of the Frontal Assessment Battery (FAB) in amyotrophic lateral sclerosis. *Neurological Sciences*, 44(2), 587–592. <https://doi.org/10.1007/s10072-022-06438-5>
- Dubois, B., Slachevsky, A., Litvan, I., & Pillon, B. (2000). The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology*, 55, 1621-1626.
- Frisch, S., & Ehrenfeld, F. C. (2023). How useful is the Frontal Assessment Battery in the assessment of inhibitory control?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 38(7). <https://doi.org/10.1002/gps.5975>
- Hurtado-Pomades, M., Terol-Cantero, M., Sánchez-Pérez, A., Peral-Gómez, P., Valera-Gran, D., & Navarrete-Muñoz, E.M. (2018). The frontal assessment battery in clinical practice: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33, 237- 251.
- van Loo, E. H., Wiebrands, C., & van Laar, T. (2007). De 'Frontal Assessment Battery' (FAB) voor screening op frontaalkwabpathologie bij neurodegeneratieve ziekten. *Tijdschrift voor Neurologie en Neurochirurgie*, 108, 115-120.
- de Paula, J., Moura, S.M., Boccardi, M.B., Moraes, E.N., Malloy-Diniz, L.F. & Haase, V.G. (2013). Screening for Executive Dysfunction with the Frontal Assessment Battery: Psychometric Properties Analysis and Representative Normative Data for Brazilian Older Adults. *Psicologia em Pesquisa (UFJF)*, 7, 9-8.

Mini Mental State Examination

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
MMSE	ANDI		Nee	Ja
MMSE-2	Handleiding (Amerikaans)	18 jaar en ouder	Ja	Nee

Meetpretentie

De Mini Mental State Examination (MMSE) wordt gebruikt als screeningsinstrument naar cognitieve stoornissen en het beloop door de tijd heen.

Algemene beschrijving

De gestandaardiseerde MMSE is gebaseerd op de originele MMSE en de Standardised MMSE. De MMSE bestaat uit 30 items gericht op oriëntatie in tijd en plaats, geheugen, concentratie, taal, rekenen, praxis en visuoconstructie. Afname neemt ongeveer tien minuten in beslag.

De voordelen van de MMSE zijn, dat het instrument gemakkelijk is om af te nemen, weinig tijd kost en een internationaal erkend instrument is. Een beperking van de MMSE is, dat het de cognitieve functies globaal test, waarbij de executieve functies zijn onderbelicht. Daarnaast kent de MMSE een sterk plafondeffect en zijn prestaties gevoelig voor leeftijd- en opleidingseffecten.

Normgegevens

Een weinig onderbouwd maar veel gebruikt afkappunt voor het al dan niet aanwezig zijn van cognitieve stoornissen, gemeten met de MMSE, is een score van 24. In het Handboek Dementie (Jonker et al., 2009) wordt gerefereerd aan de Preklinische Alzheimer Schaal, waarin een MMSE-score van 26 als duidelijk afwijkend wordt beschouwd. De ANDI database beschikt over nieuwe normgegevens, waarbij gecorrigeerd kan worden naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau (volgens Verhage). De normen bevatten gegevens van 16.198 personen.

In 2010 is de MMSE-2 gepubliceerd, waarvan eveneens een Nederlandse versie is. Normen zijn gebaseerd op een grote Amerikaanse steekproef (n=1500). Er zijn tot op heden nog geen Nederlandse normen verzameld. De auteurs beschrijven dat de nieuwe versie efficiënter is en een hogere gevoeligheid kent voor milde cognitieve problematiek. Afname is verder gestandaardiseerd en de test kent nu naast de standaardafname een kortere versie (zestien items) en een uitgebreidere versie (90 items, inclusief 'story memory' en 'processing speed'). Eveneens zijn er twee parallelversies verschenen.

Literatuur

Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). "Mini Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Jonker, C., Slaets, J. P. J., & Verhey, F. R. J. (2009). *Handboek dementie. Laatste inzichten in diagnostiek en behandeling*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Kempen, G. I. J. M., Brilman, E. I., & Ormel, J. (1995). De Mini-Mental State Examination.

Normeringsgegevens en een vergelijking van een 12- en 20- item versie in een steekproef ouderen uit de bevolking. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 26, 163-172.

Kok, R., & Verhey, F. (2002). Dutch translation of the mini mental state examination (Folstein et al., 1975). *Altrecht: GGZ*.

Molloy, D. W., Alemayehu, E., & Roberts, R. (1991). Reliability of a Standardized Mini-Mental State Examination compared with the traditional Mini-Mental State Examination. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 102-105.

Schmand, B., Agelink van Rentergem, J., de Vent, N., Murre, J., & Huizinga, H. (2017). Advanced Neuropsychological Diagnostics Infrastructure (ANDI): Voor een scherpere neuropsychologische diagnostiek. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, *12*, 114-124.

Tombaugh, T. N., & McIntyre, N. J. (1992). The mini-mental state examination: a comprehensive review. *Journal of American Geriatric Society*, *40*, 922-935.

Montreal Cognitive Assessment

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
MoCA	7.1, 8.1	Thissen, van Bergen, de Jonghe, Kessels en Dautzenberg (2010) ANDI (2022)	18-91 jaar	Ja (8.2 & 8.3)	Nee

Meetpretentie

De Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is ontworpen als een beknopt screeningsinstrument voor lichte cognitieve stoornissen. De MoCA verdient de voorkeur boven de MMSE voor de detectie van Mild Cognitive Impairment (MCI), een lichte vorm van dementie en Parkinsondementie.

Algemene beschrijving

Met de MoCA worden verschillende cognitieve domeinen beoordeeld: aandacht en concentratie, executieve functies, geheugen, taal, visuoconstructieve vaardigheden, conceptueel denken, rekenen en oriëntatie. Er kunnen maximaal 30 punten worden gehaald. Afname van de MoCA neemt ongeveer tien minuten in beslag. Door de toevoeging van de Memory Index Score (MIS) krijgt de onderzoeker meer informatie over de aard van de geheugenstoornis.

Normgegevens

De normen van Kessels, de Vent et al. (2022) maken het mogelijk om te corrigeren voor leeftijd, opleiding en geslacht. Gezien deze kenmerken significante predictoren bleken, maakt het gebruik van deze normen de test meer valide dan het hanteren van een afkappunt. De normen zijn te vinden in het artikel van Kessels, de Vent et al. (2022) en zijn ook opgenomen in de ANDI database. De normen kunnen zowel voor versie zeven als voor versie acht gebruikt worden.

Uit een meta-analyse (2017) bleek, dat een afkappunt van 23 een betere diagnostische waarde had voor MCI (specificiteit 88%, sensitiviteit 83%) dan het daarvoor gebruikte afkappunt van 26. De balans tussen true positives en false positives verbeterde met deze keus. Bij dementie waren de specificiteit en sensitiviteit bij een afkappunt van 20 punten of lager beide 81%. Alvorens de MoCA ingezet wordt, dient het doel daarvan helder te zijn, zodat het meest passende afkappunt gezocht kan worden en rekening gehouden kan worden met de specificiteit en de sensitiviteit of een ander instrument ingezet kan worden.

Literatuur

- Carson, N., Leach, L., & Murphy, K. J. (2018). A re-examination of Montreal Cognitive Assessment (MoCA) cutoff scores. *International journal of geriatric psychiatry*, 33(2), 379-388.
- Kessels, R. P. C., de Vent, N. R., Buijnen, C. J. W. H., Jansen, M. G., de Jonghe, J. F. M., Dijkstra, B. A. G. & Oosterman, J. M. (2022) Regression-Based Normative Data for the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and Its Memory Index Score (MoCA-MIS) for Individuals Aged 18–91. *Journal of Clinical Medicine*, 11.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA®): A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatric Society*, 53, 695-699.
- Thissen, A. J. A. M., Van Bergen, F., De Jonghe, J. F. M., Kessels, R. P. C., & Dautzenberg, P. L. J. (2010). Bruikbaarheid en validiteit van de Nederlandse versie van de Montreal Cognitive Assessment (MoCA-D) bij het diagnosticeren van Mild Cognitive Impairment. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 41, 231-240.

Oxford Cognitive Screening

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
OCS-NL	Huygelier, H., Schraepen, B., Demeyere, N., & Gillebert, C. R. (2020)	22-90 jaar	Ja	Nee

Meetpretentie

De Oxford Cognitive Screen (OCS-NL) is een korte en efficiënte screeningstool die kan worden afgenomen bij cliënten in de (sub)acute fase van een beroerte. De OCS screent de cognitieve domeinen die het vaakst worden getroffen bij een beroerte, namelijk aandacht, geheugen, taal, numerieke cognitie en praxis. Daarnaast kan een indruk worden gevormd van het gezichtsveld van de cliënt.

Algemene beschrijving

De OCS bestaat uit twaalf subtesten die verschillende cognitieve domeinen meten: benoemen (taal), semantiek (taal), oriëntatie (geheugen), gezichtsveld, lezen (taal), getalbegrip (numerieke cognitie), rekenen (numerieke cognitie), gebroken hartentest (aandacht), praxis, verbaal geheugen (geheugen), episodisch geheugen (geheugen) en taakafwisseling (aandacht). De OCS kan in ongeveer vijftien minuten worden afgenomen en de taken kunnen worden aangepast aan cliënten met afasie en/of neglect. Er is geen specifieke training vereist om de OCS te kunnen afnemen. Na scoring toont de OCS een visueel overzicht van het cognitief profiel van de cliënt in de vorm van een wiel. In dit wiel kan in één oogopslag getoond worden welke domeinen aangedaan ofwel intact zijn gebleken.

Indien een stoornis wordt gedetecteerd in één of meerdere cognitieve domeinen, kan dit als leidraad fungeren voor een gedetailleerd neuropsychologisch onderzoek.

De psychometrische eigenschappen zijn onderzocht onder 193 Vlaamse cliënten na een CVA, waaruit bleek dat de OCS-NL een betrouwbaar cognitief screeningsinstrument is, dat gebruikt kan worden in de acute fase na een CVA en in de subacute fase in een revalidatiesetting. De OCS-NL is mogelijk gevoeliger voor cognitieve stoornissen onder jongere CVA-clieënten. Daarnaast is het minder waarschijnlijk dat cognitieve vaardigheden worden onderschat onder linker-hemisfeer CVA-clieënten, vergeleken met de MoCA. De OCS-NL is (nog) niet gevalideerd in een Nederlandse populatie.

De OCS-NL en de scoringsheet zijn vrij verkrijgbaar via <https://www.neuropsychologylab.be/ocs-nl/>.

Normgegevens

De normgegevens van de Nederlandse versie van de Oxford Cognitive Screening zijn gebaseerd op 246 gezonde Vlamingen tussen de 22 en 90 jaar oud.

Literatuur

- Demeyere, N., Riddoch, M. J., Slavkova, E. D., Bickerton, W. L., & Humphreys, G. W. (2015). The Oxford Cognitive Screen (OCS): validation of a stroke-specific short cognitive screening tool. *Psychological assessment, 27*(3), 883.
- Huygelier, H., Schraepen, B., Demeyere, N., & Gillebert, C. R. (2020). The Dutch version of the Oxford Cognitive Screen (OCS-NL): normative data and their association with age and socio-economic status. *Aging, Neuropsychology, and Cognition, 27*(5), 765-786.
- Huygelier, H., Schraepen, B., Miatton, M., Welkenhuyzen, L., Michiels, K., Note, E., Lafosse, C., Thielen, H., Lemmens, R., Bruffaerts, R., Demeyere, N., & Gillebert, C. R. (2022). The Dutch

Oxford Cognitive Screen (OCS-NL): psychometric properties in Flemish stroke survivors.
Neurological Sciences, 43(11), 6349–6358. <https://doi.org/10.1007/s10072-022-06314-2>

Rowland Universal Dementia Assessment Scale

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
RUDAS	Nederlands	Goudsmit, van Campen, Schilt, Hinnen, Franzen & Schmand (2018)	55+	Nee	Nee

Meetpretentie

De Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) is een korte cognitieve screeningstest voor dementie ontwikkeld voor laaggeleide cliënten met een diverse culturele achtergrond.

Algemene beschrijving

De RUDAS meet verschillende cognitieve functies en is vertaald en gevalideerd in diverse landen. De Nederlandse versie kan in een klein half uur worden afgenomen. Het kan ondersteunend zijn om een tolk, de tolkentelefoon of een familielid bij het onderzoek te betrekken. Daarnaast zijn er ook versies beschikbaar in het Arabisch, Turks en Hindi. De RUDAS kan het best worden gebruikt in combinatie met de IQCODE, een informantenvragenlijst voor de familie.

De RUDAS wordt met name in de eerste lijn geadviseerd. Voor de tweede lijn kan de CCD overwogen worden.

Op de website van het Trimbos is het instrument, de handleiding en een instructievideo te vinden.

Normgegevens

Verschillende afkappunten kunnen worden gehanteerd, afhankelijk van de setting/populatie waarin het onderzoek plaatsvindt en het doel van de screening. In het oorspronkelijke Australische validatie-onderzoek werd geconstateerd, dat <23 het optimale afkappunt is om dementie te detecteren. In het Nederlandse validatie-onderzoek kwam een afkappunt van <22 als optimaal afkappunt naar voren (sensitiviteit en specificiteit beide 74%) voor het onderscheid tussen cliënten zonder cognitieve stoornissen en degenen met milde cognitieve stoornissen of dementie. Ander onderzoek houdt daarnaast rekening met het aantal jaren opleiding wat iemand heeft gehad, waarbij 2 punten worden opgeteld boven op de ruwe score bij individuen met 0 jaren opleiding en 1 punt bij individuen met 1-6 jaren opleiding.

Kortom: In de Nederlandse handleiding wordt geadviseerd om het afkappunt van <22 te hanteren om dementie te detecteren in de algemene bevolking. Echter zou men afhankelijk van het gewenste doel en de populatie voor een eigen ander afkappunt en eventuele correctie voor aantal jaren opleiding kunnen kiezen.

Literatuur

Goudsmit, M., van Campen, J., Franzen, S., van den Berg, E., Schilt, T., & Schmand, B. (2021).

Dementia detection with a combination of informant-based and performance-based measures in low-educated and illiterate elderly migrants. *The Clinical Neuropsychologist*, 35, 660-678.

Goudsmit, M., van Campen, J., Schilt, T., Hinnen, C., Franzen, S., & Schmand, B. (2018). One Size Does Not Fit All: Comparative Diagnostic Accuracy of the Rowland Universal Dementia Assessment Scale and the Mini Mental State Examination in a Memory Clinic Population with Very Low Education. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 8, 290-305.

Nielsen, T. R., Segers, K., Vanderaspoilden, V., Bekkhus-Wetterberg, P., Bjørkløf, G. H., Beinhoff, U., Minthon, L., Pissioti, A., Tsolaki, M., Gkioka, M., & Waldemar, G. (2019). Validation of the Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) in a multicultural sample across five Western European countries: diagnostic accuracy and normative data. *International Psychogeriatrics*, 31(2), 287–296. <https://doi.org/10.1017/S1041610218000832>

Storey, J. E., Rowland, J. T., Conforti, D. A., & Dickson, H. G. (2004). The Rowland universal dementia assessment scale (RUDAS): a multicultural cognitive assessment scale. *International Psychogeriatrics*, 16(1), 13-31.

Seven Minute Screen

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
7MS	Handleiding (2015)	41-98 jaar	Nee	Nee

Meetpretentie

De Seven Minute Screen (7MS) detecteert snel cognitieve stoornissen bij dementie. Het instrument tracht de ziekte van Alzheimer en andere veel voorkomende vormen van dementie, zoals vasculaire dementie, frontotemporale dementie en dementie met Lewy bodies, op te sporen.

Algemene beschrijving

De 7MS bestaat uit vier subtesten die verschillende cognitieve domeinen meten: tijdsoriëntatie, geheugen, visuospatieel functioneren en expressieve taal functie. De gemiddelde afnameduur is twaalf minuten, langer dan de naam doet vermoeden. Uit onderzoek in diverse geheugenpoli's blijkt de 7MS goed te onderscheiden tussen dementie en normale veroudering. In vergelijking met de MMSE verdient de 7MS duidelijk de voorkeur. Zo is de sensitiviteit en specificiteit voor dementie bij de 7MS respectievelijk 96% en 93%, terwijl dit voor de MMSE 69% en 98% is. De sensitiviteit voor de verschillende types dementie varieert van 92% voor een subcorticale dementie tot 97% voor de ziekte van Alzheimer.

Daarentegen is de specificiteit voor depressie lager dan bij de MMSE. Daarom is voorzichtigheid van belang bij de interpretatie van de totaalscore bij de aanwezigheid van stemmingsklachten. Verder blijkt dat opleiding, leeftijd en geslacht invloed hebben op de score.

Hoewel alleen de recall op de geheugentest wordt gescoord, kan de prestatie op de herkenning en de onmiddellijke recall kwalitatief worden geïnterpreteerd en daarmee indicatief zijn voor vervolgonderzoek.

Normgegevens

De normgegevens zijn gebaseerd op 289 gezonde proefpersonen, 175 cliënten met een MCI en 563 cliënten met een dementie. Voor de subtesten zijn vaste afkappunten bepaald. Behalve de Fluency test worden de scores op de taken handmatig berekend. Met behulp van een scoretool wordt de kans op dementie berekend, uitgedrukt in een percentage.

Literatuur

- Appels, B., van Campen, J., Schmand, B. (2015). *Seven Minute Screen (7MS): Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Appels, B. A., van Campen, J. P., & Schmand, B. (2016). Validation of the Seven Minute Screen for use in a memory clinic. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 47, 68-77.
- Meulen, E. F., Schmand, B., van Campen, J.P., de Koning, S.J., Ponds, R. W., Scheltens, P., & Verhey, F.R. (2004). The seven minute screen: A neurocognitive screening test highly sensitive to various types of dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 75, 700-705.
- Mora-Simon, S., Ladera-Fernandez, V., Garcia-Garcia, R., Patino-Alonso, M. C., Perea Bartolome, M. V., Unzueta-Arce, J., Perez-Arechaederra, D., & Rodriguez-Sanchez, E. (2017). Structure of enhanced cued recall task in the 7 minute screen test. *Applied Neuropsychology: Adult*, 24, 152-159.
- Peters, M. J. V., Ponds, R. W. H. M., Ham, V. D. P., Scheltens, P., & Verhey, F. R. J. (2004). De 7 minuten test ter detectie van Dementie van het Alzheimerstype: psychometrische aspecten. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 35, 114-120.
- Smits, P. (2006). Cognitieve screeningsinstrumenten bij dementie: 'Vergeten' in de richtlijn? *Tijdschrift voor neuropsychologie*, 3, 40-47.

Aandacht en executief functioneren

Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
BADS	Handleiding met Nederlandse normen ANDI	16-87 jaar	Nee	Ja

Meetpretentie

De Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS-NL) is een testbatterij gericht op het voorspellen van alledaagse problemen die het gevolg zijn van het zogenaamde 'dysexecutieve syndroom'.

Algemene beschrijving

De testbatterij bestaat uit zes verschillende subtesten. Daarnaast kan gebruik worden gemaakt van een vragenlijst naar executieve problemen. De subtesten variëren wat betreft complexiteit en doen in verschillende mate een beroep op aspecten van executieve functies zoals planning, organisatie, initiatie en uitvoering, controle en regulatie van complex gedrag. De genoemde vragenlijst is de DEX-vragenlijst welke plannings- en organisatieproblemen tracht op te sporen. De vragenlijst bestaat uit 20 items gericht op het vaststellen van problemen die doorgaans geassocieerd zijn met plannings- en organisatiestoornissen. Er zijn twee versies, één bedoeld voor de cliënt en één voor iemand die de cliënt goed kent.

De afname van de totale test duurt 30 tot 60 minuten. Bij de afname heeft men de scoreformulieren, een stopwatch, een potlood en water nodig. Per test wordt een ruwe score en een profielscore tussen 0 en 4 berekend op basis van prestatie, aantal fouten en gemeten tijd. De totale profielscore wordt verkregen door de profielscores van de subtesten bij elkaar op te tellen, waarna deze omgezet kan worden in een standardscore. De DEX-vragenlijst geeft kwalitatieve informatie en wordt niet meegenomen bij de profielscore.

De gehele BADS wordt in de klinische praktijk met name bij jongere, nog werkende cliënten afgenomen met relatief intacte geheugenfuncties. In de oudere populatie wordt vaak een selectie van testten afgenomen, waarbij geen gebruik kan worden gemaakt van de normen en de resultaten kwalitatief dienen te worden geïnterpreteerd.

Normgegevens

De Nederlandse normgroep (Krabbendam & Kalf, 1999) bestaat uit 171 gezonde proefpersonen (personeel van het Psychomedisch Streekcentrum Vijverdal en uit de MAAS-studie), die in vier leeftijdsgroepen (16-31, 32-47, 48-63 en 64+) werden ingedeeld, zoals oorspronkelijk ook het geval was in de Engelse studie.

Er is een aanzienlijk verschil tussen de originele Engelse normgroep in de handleiding en de Nederlandse normgroep in het supplement. Zowel de scoreranges als het aantal leeftijdscategorieën verschillen. Met de Nederlandse normen kan iemand nog op een gezond niveau presteren, terwijl deze met de Engelse norm op een gestoord niveau presteert. De oorzaak van deze verschillen is onduidelijk. Aanbevolen wordt om de Nederlandse normen te gebruiken. De ANDI database heeft recente normen beschikbaar.

Literatuur

- Bouma, A., Mulder, J., Lindeboom, J., & Schmand, B. (2012). *Handboek neuropsychologische diagnostiek*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Evers, A. V. A. M., van Vliet-Mulder, J. V., & Groot, C. D. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland*.
- Krabbendam, L., & Kalff, A. C. (1999). *BADS-NL supplemental*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Wilson B. A., Alderman N., Burgess P. W., Emslie H., & Evans J. J. (1997). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Cijferreeksen

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
Cijferreeksen	WAIS-IV (vooruit, achteruit en sorteren)	Handleiding	16 – 85 jaar	Nee	Ja
Cijferreeksen	Verlengde reeksen (vooruit en achteruit)	Concentratie 65+ protocol	≥ 65 jaar	Nee	Nee
Cijferreeksen	WMS-R (vooruit en achteruit)	ANDI			

Meetpretentie

De Cijferreeksen beogen aandacht, concentratie, werkgeheugen en het sequentieel geheugen te meten.

Algemene beschrijving

De Cijferreeksen als subtest van de WAIS-IV kenmerkt zich door drie condities; voorwaarts, achterwaarts en sorteren. De Verlengde Cijferreeksen kenmerkt zich door twee condities; voorwaartse en achterwaartse cijferreeksen. De cijferreeksen zijn daarbij verlengd, in plaats van twee items per blok met hetzelfde aantal cijfers, bevat elk blok nu drie items. Het gehele 'Concentratie 65+protocol' is een testbatterij met naast de Verlengde Cijferreeksen ook de Knox Blokken en de EMCT.

De test is in deze bundel opgenomen, omdat zowel de betrouwbaarheid als de bruikbaarheid goed is. De validiteit is niet voldoende onderzocht.

Normgegevens

De normen uit het 'Concentratie 65+ protocol' zijn gebaseerd op een groep van 100 ouderen, leeftijd 68-94 jaar (gemiddeld 80,0, sd 5,8). De normen zijn in 2001 door Lindeboom verzameld. Leeftijd en geslacht bleken binnen deze groep niet van invloed op de testprestaties. Deze ouderen waren woonachtig in verzorgingshuizen en aanleunwoningen, maar er waren geen gerapporteerde geheugenstoornissen, geen CVA in de voorgeschiedenis en geen andere handicaps die konden interfereren met de testafname. Er is een Excel-bestand beschikbaar (NIP, sectie neuropsychologie, 2012) waarin de ruwe scores ingevuld kunnen worden.

Naast deze normen kan de handleiding van de WAIS-IV-NL (2013) gehanteerd worden bij diverse leeftijdsgroepen (tot 85 jaar). De score kan met behulp van schaalwaarden en standaarddeviaties geïnterpreteerd worden. De normgegevens zijn van augustus 2010 tot en met mei 2011 verzameld. Afgewogen kan worden of de normering van de WAIS-IV gebruikt wordt (2013) of de normen van het Concentratie 65+ protocol (2001). Nadeel van de WAIS-IV is dat er een gecombineerde score bepaald wordt, in plaats van losse scores per conditie.

De ANDI database heeft eveneens normgegevens voor Cijferreeksen, zowel gebaseerd op de versie uit de WAIS-IV als op verouderde edities van de WAIS (WAIS-III en WAIS-R) en de verouderde WMS (WMS-R uit 1987). De subtest zoals in de WAIS-III en de WAIS-R/WMS-R is echter niet meer verkrijgbaar. De afname en scoring volgens de WAIS-III en de WAIS-R/WMS-R wijken af van die bij de WAIS-IV en de verlengde cijferreeksen. Daarom wordt het afgeraden om normen uit ANDI, gebaseerd op de WAIS-III of

WAIS-R/WMS-R, te gebruiken voor de interpretatie van de subtest Cijferreeksen conform de WAIS-IV of de verlengde versie.

Literatuur

Bouma, A., Mulder, J., Lindeboom, J., & Schmand, B. (2012). *Handboek neuropsychologische diagnostiek*. (2 ed.) Pearson Assessment and Information B.V.

Kent, P. (2020). *The Wechsler Memory Scale: A Guide for Clinicians and Researchers (1st ed.)*. New York: Routledge

Lindeboom, J., & Matto, D. (1994). Cijferreeksen en Knox blokken als concentratietests voor ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 25, 63-68.

D2 Aandachts- en concentratietest

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
D2	Handleiding	18 – 80 jaar	Nee	Ja

Meetpretentie

De D2 aandachts- en concentratietest beoogt concentratie en (visuele) aandacht bij volwassenen en ouderen (18-80 jaar) te meten.

Algemene beschrijving

De test bestaat uit het zo snel mogelijk zo veel mogelijk letters 'd' met twee verticale streepjes op te sporen tussen afleidende items. De test bestaat uit 14 rijen met elk 47 items. Per regel heeft de cliënt maximaal 20 seconden de tijd.

Scores geven informatie over het niveau en verloop van aandacht en concentratie, waarbij er wordt gekeken naar verwerkingsnelheid, nauwkeurigheid, concentratie en variatie in tempo. Door de scores in te vullen in het bijbehorende Excel-bestand worden standaardscores verkregen en kan een profiel worden opgesteld.

Normgegevens

Normgegevens zijn gebaseerd op 503 proefpersonen die van 1994-1995 (227) en 2005-2006 (276) deelnamen aan de MAAS-studie.

Normen zijn beschikbaar voor Nederlandse volwassenen en ouderen (18-80 jaar). Er zijn eveneens aparte Vlaamse normen beschikbaar. Voor de digitale versie, de D2- R, zijn er Europese normen voor volwassenen. Voor een betrouwbare beoordeling van het cognitief functioneren moet er gebruik worden gemaakt van de gemiddelde score op prestatie snelheid.

Literatuur

- Bates, M. E., & Lemy Jr., E. P. (2004). The d2 Test of Attention: Construct validity and extensions in scoring techniques. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10, 392-400.
- Egberink, I. J. L., & Vermeulen, C. S. M. (29 mei, 2018). *COTAN beoordeling 2008, Aandachts- en concentratietest d2*. Verkregen via www.cotandocumentatie.nl
- Steinborn, M. B., Langner, R., Flehmig, H. C., & Huestegge, L. (2018). Methodology of Performance Scoring in de d2 Sustained-Attention Test: Cumulative-Reliability Functions and Practical Guidelines. *Psychological Assessment*, 30, 339-3.

Five Digit Test

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
Five Digit Test	Handleiding met Nederlandse normen	60+ jaar	Nee	Nee

Meetpretentie

De Five Digit Test (FDT) beoogt de snelheid van informatieverwerking, het vermogen om de aandacht te richten en te schakelen, en de interferentiegevoeligheid te meten.

Algemene beschrijving

De FDT heeft overeenkomsten met de Stroop Kleur-Woord Test en is ontwikkeld vanuit het Stroop-effect. Het tracht in te spelen op de nadelen die de Stroop bij bepaalde doelgroepen heeft. Zo werkt de FDT met cijfers in plaats van woorden, waarmee de afhankelijkheid van taal en opleidingsniveau wordt vermindert. Dit maakt dat de FDT ingezet kan worden bij ouderen vanaf 60 jaar die de Nederlandse taal niet of niet goed beheersen, laaggeletterd en/of lager opgeleid zijn en kleuren niet goed kunnen waarnemen.

De test kent vier verschillende onderdelen met een oplopende moeilijkheidsgraad. Alle vier onderdelen worden apart visueel weergegeven op een pagina met 50 items in vakjes (vijf per regel). Bij het eerste onderdeel ('Lezen') wordt gevraagd om het cijfer in het vakje op te lezen. Het tweede onderdeel ('Tellen') bestaat uit het tellen van het aantal sterretjes in een vakje. Bij het derde onderdeel ('Inhibitie') dient het aantal cijfers in het vakje geteld te worden, waarbij het aantal cijfers niet overeenkomt met het afgedrukte cijfer. Het is de bedoeling dat de automatische reactie aangaande het op te lezen cijfer onderdrukt wordt. Het vierde onderdeel ('Inhibitie/Switching') heeft overeenkomsten met het derde onderdeel, met als aanvulling dat er afgewisseld dient te worden tussen het ene keer oplezen van het cijfer en het andere keer tellen van het aantal cijfers.

De afname van de FDT duurt ongeveer vijftien tot twintig minuten en het scoren minder dan tien minuten. De benodigde tijd om de onderdelen af te ronden en het aantal gemaakte fouten halverwege en aan het eind van elk onderdeel (dus na 25 en 50 items) wordt genoteerd. De tijdscores worden gebruikt om bij alle vier onderdelen percentielen te berekenen. Het aantal gemaakte fouten kan bij het vierde onderdeel ('Inhibitie/Switching') ook nog worden gebruikt om tot percentielen te komen.

Normgegevens

Er zijn Nederlandse normen beschikbaar voor ouderen (60+ jaar). De data voor de Nederlandse normgroep bestaat uit een samenstelling van twee onderzoeken welke verzameld zijn in de periode 2019 tot en met 2023.

De FDT is, volgens de handleiding, bruikbaar bij de volgende populaties: ouderen zonder cognitieve klachten, ouderen met neurodegeneratieve ziektebeelden (zoals beperkte neurocognitieve stoornis, ziekte van Alzheimer en verschillende dementie diagnoses), ouderen met vasculaire cognitieve stoornissen en psychiatrische aandoeningen die gepaard gaan met cognitieve problemen (denk aan depressie, bipolaire stoornis of stoornis in middelengebruik).

Literatuur

Cecato J. F. (2024). Five Digit Test in neuropsychological assessment of working memory in aged individuals: normative data. *Dementia & neuropsychologia*, 18, e20240141.

<https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2024-0141>

Franzen, S., Papma, J., & Berg van den., E. (2023). *Handleiding Five Digit Test*. Hogrefe. (Origineel werk door Sedő, M. in 2007).

Modified Wisconsin Card Sorting Test

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
M-WCST	Schretlen, 2010 ANDI	18-92 jaar	Ja	Nee

Meetpretentie

De Modified Wisconsin Card Sorting Test (M-WCST) is bedoeld om te onderzoeken of een persoon in staat is concepten te genereren, te toetsen, aan te passen en te selecteren. De test is een vereenvoudigde versie van de Wisconsin Card Sorting Test (WCST) en doet een beroep op het executieve functioneren. De M-WCST lijkt geschikter dan de WCST te zijn voor het onderzoeken van personen ouder dan 65 jaar en van personen waarbij uit observaties al blijkt dat er sprake is van cognitieve stoornissen.

Algemene beschrijving

De M-WCST is een test bestaande uit twee sets; vier stimuluskaarten en 24 responskaarten. Bij deze test hoort tevens een scoreformulier. De volgorde van de responskaarten bij afname van de M-WCST is van tevoren vastgelegd. De afnameduur is ongeveer 15 minuten. Bij de M-WCST kunnen perseveratiefouten worden genoteerd. Bovendien kunnen er gedragsobservaties worden gemaakt met betrekking tot probleemoplossend vermogen, impulscontrole en emotionele reacties.

Deze test heeft een lage test-hertestbetrouwbaarheid, waardoor voorzichtig moet worden omgegaan met het interpreteren van verschillen tussen twee testafnames.

Normgegevens

De ANDI database heeft Nederlandse normen van de M-WCST beschikbaar. Daarnaast bevat de Amerikaanse handleiding van Schretlen (2010) uitgebreide normen. In deze handleiding zijn leeftijd en opleidingsniveau meegenomen in de normering van de verschillende indices van de M-WCST (aantal, voltooide categorieën, aantal perseveratieve fouten, totaal aantal fouten en percentage perseveratieve fouten). Daarnaast worden normen gegeven voor een gecombineerde score van aantal voltooide categorieën en perseveratieve fouten.

Literatuur

Schretlen, D. J. (2010). *Modified Wisconsin Card Sorting Test®: M-WCST; Professional Manual*. PAR.

Stroop Kleur-Woord Test

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
Stroop	10 x 10 Hammes et. al	Schmand et al. (2012) ANDI	17 – 90 jaar	Nee	Ja
Stroop	D-KEFS	Handleiding	8 – 90 jaar	Ja	Nee

Meetpretentie

De Stroop Kleur-Woord Test kan beschouwd worden als een test die een beroep doet op mentale snelheid, executieve aandacht, responsinhibitie en werkgeheugen.

Algemene beschrijving

De test doet een beroep op de mentale controle en executieve aandacht. Mentale controle benadrukt het aspect van volgehouden aandacht. Daarnaast meet de Stroop Kleur-Woord Test interferentievervalsingen in het cognitief functioneren (een vorm van gerichte aandacht). In een aantal studies wordt gevonden, dat ook het werkgeheugen in belangrijke mate bijdraagt aan het interferentie-effect op de Stroop Kleur-Woord Test.

Hammes

De test bestaat uit drie kaarten met ieder 100 stimuli, gerangschikt in tien rijen en tien kolommen. Alle stimuli hebben betrekking op de kleuren rood, geel, blauw en groen. De Nederlandse versie bestaat uit drie kaarten, waarbij de benodigde tijd, fouten en eventuele correcties worden genoteerd. Het voordeel van de Stroop Kleur-Woord Test van Hammes et al. is dat deze een groter aantal stimuli heeft, waardoor het interferentie-effect over een langere termijn onderzocht kan worden.

D-KEFS

De Stroop Kleur-Woord Test D-KEFS is onderdeel van de uitgebreide testbatterij voor het onderzoek naar executieve functies (D-KEFS). Deze test is gebaseerd op de traditionele Stroop Kleur-Woord Test. Een voordeel van de Stroop Kleur-Woord Test D-KEFS is dat er een extra conditie is. Er is ook een computerversie, maar de meetpretenties wijken af van die van de papieren versie. Een nadeel is dat er van de D-KEFS geen Nederlandse normen beschikbaar zijn. De onderzoeker moet er op letten, dat er geen alternatieve strategie wordt toegepast bij de laatste subtest waardoor het inhibitie-effect verminderd wordt, door bijvoorbeeld de ogen half dicht te knijpen of door de wimpers te kijken. De kleur geel op de Stroop-kaart steekt weinig af tegen de witte achtergrond, waardoor het woord 'geel' op de interferentiekaart mogelijk slechter leesbaar is en de te onderdrukken respons minder sterk wordt uitgelokt. De volgorde van de kleur van de woorden is at random gekozen, waardoor de tijdscore beïnvloed kan worden (als dezelfde kleurwoorden elkaar opvolgen).

Normgegevens

Er zijn normgegevens van twee Nederlandse studies. De normgegevens zijn gebaseerd op een groep van 803 gezonde proefpersonen in de leeftijd van 17-90 jaar. Hierbij werd rekening gehouden met de invloed van leeftijd, opleiding en sekse en de gegeven scores op eerdere taken. Via een Excel-bestand kunnen de T-scores en de percentielscores worden weergegeven. De ANDI database beschikt ook over normen van de Stroop.

Literatuur

Bouma, A., Mulder, J., Lindeboom, J., & Schmand, B. (2012). *Handboek neuropsychologisch diagnostiek*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Diesfeldt, H. F. A. (2006). Constructvaliditeit van enkele tests voor episodisch geheugen in de

psychogeriatric. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 37, 56-66.

Lindeboom, J. (1993). De diagnostische waarde van tests voor mentale controle. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 24, 105-109.

Schmand, B. (2012). Normen voor Stroop kleur-woord tests, Trail Making test, en Story Recall van de Rivermead Behavioural Memory Test, uitgave onder auspiciën van de sectie Neuropsychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen Amsterdam

Test of Sustained Selective Attention

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
TOSSA	Handleiding	15 -93 jaar	Nee	Ja

Meetpretentie

De Test of Sustained Selective Attention (TOSSA) wordt gebruikt om selectieve en volgehouden aandacht te meten.

Algemene beschrijving

De TOSSA is een computertest waarbij de cliënt gedurende lange tijd moet reageren op één stimulus tussen verschillende afleidende stimuli. Er worden groepjes van twee, drie of vier piepjes aangeboden (distractorstimuli), waarbij er moet worden gereageerd wanneer er een groepje van drie piepjes (targetstimulus) aangeboden wordt.

Na de instructie is er een korte oefenconditie waarna de daadwerkelijke test start. Deze duurt ongeveer acht minuten. Na het opslaan van de afname wordt er automatisch een blad met resultaten aangemaakt. De handleiding maakt inzichtelijk hoe het resultatenblad geïnterpreteerd moet worden. Tevens toont dit of en in welke mate er sprake is van aandachtsproblemen en/of aandachtsstoornissen.

De TOSSA is verkrijgbaar via de website van de uitgever. Hierop zijn eveneens de handleiding en een demoversie te vinden.

Normgegevens

Er is een gezonde normgroep en een neurologische normgroep. Een kanttekening hierbij is dat de gezonde normgroep relatief weinig ouderen bevat. De normen zijn verzameld in de periode 1994-2009. De gezonde groep bestaat uit 224 personen zonder hersenletsel met een leeftijd tussen de 15 en 93 jaar. Opleidingsverschillen spelen geen rol. De neurologische normgroep bestaat uit 1019 personen in de leeftijd van 12-82 jaar. Binnen deze groep kunnen vier groepen worden onderscheiden: personen met een CVA-rechts, CVA-links, contusio cerebri en overige.

Literatuur

Egberink, I. J. L., & Vermeulen, C. S. M. (6 augustus 2018). *COTAN beoordeling 2007, Test of Sustained Selective Attention, TOSSA*. Verkregen via <https://www.cotandocumentatie.nl/>
Kovács, F. (2018). T.O.S.S.A. Test of Sustained Selective Attention. Voor Windows 9X/ME/2000/NT/XP/VISTA/7/10, versie 4.0. Handleiding. *Pyramid Productions*. Verkregen via <https://www.pyramidproductions.info/NL-TOSSA-Test.html>

Trailmaking Test

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
TMT-AB	Reitan	Schmand et al. (2012) ANDI	17 – 90 jaar 8 – 97 jaar	Nee	Ja
TMT	D-KEFS	Handleiding	8 – 89 jaar	Nee	Nee

Meetpretentie

De Trailmaking Test (TMT) beoogt verdeelde aandacht en cognitieve flexibiliteit te onderzoeken. De test doet hierbij een beroep op snelheid van informatieverwerking, visueel zoekgedrag en visuomotoriek.

Algemene beschrijving

Reitan

De TMT-A wordt beschouwd als een aandachtstest, welke met enige snelheid ingevuld dient te worden en een beroep doet op visueel zoekgedrag en het doortellen van de cijfers. De TMT-B doet een beroep op executieve functies zoals verdeelde aandacht, set-shifting en self-monitoring/inhibitie. Op grond hiervan wordt de TMT ook wel beschouwd als een test om executieve (controle)functies te meten.

Factoren die van invloed zijn op de prestatie op de TMT zijn onder andere gezichtsscherpte, motorische vaardigheden, neglect, analfabetisme en bijvoorbeeld fatische stoornissen. De TMT is een gevoelig instrument bij het onderscheiden van cliënten met hersenletsel en cliënten zonder hersenletsel en is een voorspeller van het alledaags functioneren bij ouderen (bijvoorbeeld autorijden). Bij cliënten met frontale laesies is zowel de tijdscore als de foutscore hoger dan bij cliënten met niet-frontale laesies. Cliënten met de ziekte van Alzheimer zijn op zowel test A als test B trager en maken meer fouten dan MCI-clieënten. Laatstgenoemden blijken weer trager te zijn en meer fouten te maken dan gezonde personen. Van de executieve functietesten lijkt de TMT-B een van de gevoeligste taken om de ziekte Alzheimer te identificeren. Cliënten met Lewy body dementie zijn op beide taken trager dan cliënten met de ziekte van Alzheimer. Cliënten met een vasculaire aandoening zijn vooral trager op test B. Depressieve cliënten komen op test A en B in het algemeen trager uit dan de controlegroep en maken op test B meer fouten.

Het belangrijkste voordeel van de TMT-AB ten opzichte van de D-KEFS versie is, dat door het uitgebreide onderzoek bekend is wat de test beoogt te meten (validiteit) en welke resultaten bij cliënten verwacht kunnen worden.

D-KEFS

De test bestaat uit vijf condities (Visueel scannen, Cijfer Sequencing, Letter Sequencing, Cijfer-Letter Switching en Motorische snelheid). Door de extra condities kan je onderzoeken of een afwijkende score op de conditie Switching samenhangt met een hogere-orde-stoornis in de cognitieve flexibiliteit, met één of meer beschadigingen in de primaire deelvaardigheden van de test of met beide. Ook voor de TMT D-KEFS geldt, dat gezichtsscherpte, motorische vaardigheden, neglect, analfabetisme en bijvoorbeeld fatische stoornissen van invloed zijn op de prestatie. De scoring is gebaseerd op de snelheid van het invullen en foutmetingen.

De validiteit van de TMT D-KEFS is nog weinig onderzocht, maar er zijn aanwijzingen dat de TMT D-KEFS als een performance validity test (PVT) kan worden ingezet. De TMT D-KEFS kan met vijf trials echter te belastend zijn voor cliënten die snel vermoeid zijn. Daarnaast ontbreken Nederlandse normen voor deze versie. De D-KEFS-variant is complexer dan de oorspronkelijke TMT en maakt gebruik van een groter papierformaat, wat resulteert in langere afnameduur en meer visuele interferentie tijdens het zoekproces.

Normgegevens

De normgegevens uit de ANDI database kunnen gebruikt worden. Bij de TMT D-KEFS moet de handleiding gebruikt worden, al zijn deze normen niet gebaseerd op een Nederlandse populatie.

Literatuur

- Bouma, A. Mulder, J. Lindeboom, J., & Schmand, B. (2012). *Handboek neuropsychologische diagnostiek*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Erdodi, L. A., Hurtubise, J. L., Charron, C., Dunn, A., Enache, A., McDermott, A., & Hirst, R. B. (2018). The D-KEFS Trails as performance validity tests. *Psychological Assessment, 30*, 1082-1095. Doi org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/pas0000561
- Fine, E. M., Delis, D. C., & Holdnack, J. (2011). Normative adjustments to the D-KEFS trail making test: corrections for education and vocabulary level. *The Clinical Neuropsychologist, 25*, 1331-1344.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA®): A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatric Society, 53*, 695-699.
- Schmand, B. (2012). Normen voor Stroop kleur-woord tests, Trail Making test, en Story Recall van de Rivermead Behavioural Memory Test, Uitgave onder auspiciën van de sectie Neuropsychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen Amsterdam.
- Schmand, B., Agelink van Rentergem, J., de Vent, N., Murre, J., & Huizenga, H. (2017). Advanced Neuropsychological Diagnostics Infrastructure (ANDI): Voor een scherper neuropsychologische diagnostiek. *Tijdschrift van Neuropsychologie, 12*, 114-112

Geheugen

8-Woordentest

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
8-WT	ADS-6	Toutert, Diesfeldt en Hoek (2016)	65 – 94 jaar	Nee	Ja (ADS)

Meetpretentie

De 8-woordentest (8-WT) is een auditief-verbale leer- en geheugentest die vooral wordt ingezet bij (vermoeden van) milde cognitieve stoornissen en dementie.

Algemene beschrijving

De 8-WT is een verkorte versie van de 15-woordentest (15-WT) die in zijn oorspronkelijke vorm te belastend werd geacht voor dementie-onderzoek. De 8-WT maakt deel uit van de *Amsterdamse Dementie-Screeningstest* (ADS-6) en peilt vooral episodisch (langetermijn-) geheugen en leervermogen, maar levert ook informatie over retrievalproblemen en intrusiefouten. Afnameduur is 20 tot 30 minuten (inclusief tijdsinterval tussen inprenting en uitgestelde herinnering). De cliënt krijgt vijfmaal een reeks van acht woorden aangeboden. Na elke aanbieding wordt gevraagd zoveel mogelijk woorden op te noemen. Net als bij de 15-WT wordt na een tijdsinterval van 15-20 minuten een uitgestelde herinnering- en herkenningstrial afgenomen. Het is belangrijk om tijdens dit tijdsinterval geen testen af te nemen die interfereren met het verbaal geheugen, zoals taal- of geheugentesten.

Vereenvoudiging van de 15-WT tot de 8-WT heeft het nadeel, dat het recency-effect een grotere rol krijgt. Een inprentingsstoornis uit zich primair in het ontbreken van een primacy-effect en in de aanwezigheid van een recency-effect.

Normgegevens

Zoals eerder genoemd maakt de 8-WT deel uit van de *Amsterdamse Dementie-Screeningstest* (ADS-6). De meest recente normen zijn in oktober 2016 samengesteld en kunnen worden teruggevonden in het artikel van Van Toutert et al. (2016).

Literatuur

- Kalverboer, A. F., & Deelman, B. G. (1964). *Voorlopige selectie van enkele test voor het onderzoeken van geheugenstoornissen van verschillende aard*. Groningen: afdeling Neuropsychologie, Rijksuniversiteit van Groningen.
- Lindeboom, J., & Jonker, C. (1988). *Amsterdamse Dementie-screeningstest*. Lisse: Swets and Zeitlinger.
- Mulder, J., Bouma, A., & Lindeboom, J. (2012). *Amsterdamse Dementie-Screeningstest (ADS-6)*.
- Van Toutert, M., Diesfeldt, H., & Hoek, D. (2016). De Amsterdamse Dementie Screeningstest (ADS) bij ouderen zonder neurocognitieve stoornis Implicaties voor de klinische praktijk = The Amsterdam Dementia Screening Test in cognitively healthy and clinical samples An update of normative data. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 47, 198-210.

15-Woordentest

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
15-WT	Maastricht of Groninger versie, auditieve modaliteit	Schmand et al. (2012) ANDI (normen voor 5 aanbiedingen en voor 3 aanbiedingen)	14 – 87 jaar 18 – 95 jaar	Ja	Ja

Meetpretentie

De 15-Woordentest (15-WT) is bedoeld om verbale inprentings- en lange termijn geheugenstoornissen bij cliënten met een hersenaandoening te onderzoeken.

Algemene beschrijving

Bij deze episodische geheugentest wordt een lijst met vijftien woorden vijfmaal volledig aangeboden. Na iedere aanbieding moet de cliënt de woorden opnoemen die hij of zij heeft onthouden. Na de vijfde aanbieding wordt een periode van circa twintig minuten besteed aan andere testen welke niet interfereren met taal of geheugen. Vervolgens wordt de uitgestelde reproductietrial en een recognitieprocedure van de 15WT afgenomen. De recognitietest is samengesteld uit vijftien items van de lijst en vijftien nieuwe eenlettergrepige zelfstandige naamwoorden die gemakkelijk een visueel beeld oproepen (bijvoorbeeld 'beer'). Versie B (no-image versie) bestaat uit abstracte woorden die minder goed voorstelbaar zijn (bijvoorbeeld 'rouw'). Versie A kent drie veelgebruikte parallelversies ('bloem'-, 'mes'- en 'steen'-versie). Versie B wordt in de klinische praktijk weinig gebruikt.

Normgegevens

In 2012 zijn op de site van het NIP-normen voor de inprenting en uitgestelde reproductie van de 15-WT gepubliceerd. Deze normgegevens zijn gebaseerd op 847 gezonde personen in de leeftijd van 14-87 jaar. Voor de herkenning zijn geen normen beschikbaar.

Er zijn normen van twee versies beschikbaar in de ANDI database (vijf en drie aanbiedingen). De normen uit de ANDI database worden aanbevolen.

Literatuur

- Bouma, A., Mulder, J., Lindeboom, J., & Schmand, B. (2012). *Handboek neuropsychologische diagnostiek*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Saan, R. J., & Deelman, B. G. (1986). *De 15-woordentest A en B (een voorlopige handleiding)*. Groningen: Afdeling Neuropsychologie, UMCG.
- Schmand, B. (2012). Normen voor Stroop kleur-woord tests, Trail Making test, en Story Recall van de Rivermead Behavioural Memory Test, Uitgave onder auspiciën van de sectie Neuropsychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen Amsterdam.

Location Learning Test

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
LLT	Afnameversie I	Handleiding (EN)	50 – 96 jaar	Ja	Nee
	Afnameversie II	Handleiding (NL) ANDI	18 – 90 jaar	Ja	Nee

Meetpretentie

De Location Learning Test (LLT) brengt het visueel ruimtelijk geheugen, zowel inprenting als uitgestelde herinnering, in kaart.

Een studie onder 411 cliënten met een CVA, cliënten met diabetes mellitus en een controlegroep toont, dat de Leerindex het meest sensitief is bij het maken van onderscheid tussen de cliëntengroepen en de controlegroep. Tevens kan er met de Leerindex onderscheid worden gemaakt binnen de CVA groep (links en rechts). De groep cliënten met een CVA in de rechterhemisfeer laat hierbij een slechtere score zien.

Algemene beschrijving

De LLT is ontwikkeld als visuele variant van een woord-leertest, maar dit wil niet zeggen dat verbale componenten geen rol spelen. De LLT lijkt geschikt te zijn voor het vaststellen van mildere vormen van geheugenachteruitgang, bijvoorbeeld in het kader van diabetes.

De cliënt krijgt een stimuluskaart te zien met daarop afgebeeld een 5x5 matrix met zwart-wit afbeeldingen van tien alledaagse voorwerpen. Het is de bedoeling dat de cliënt in vijf leertrials de locatie van de tien objecten leert. Er volgt een uitgestelde herinnering na twintig minuten. Tevens is er een optionele herkenningstrial.

Bij afnameprocedure I wordt de stimuluskaart 30 seconden aangeboden. Bij afnameprocedure II is de aanbestedingstijd gehalveerd.

Er zijn nog geen gegevens bekend met betrekking tot het onderscheidend vermogen van de test. Cliënten met dementie presteerden duidelijk lager dan gezonde proefpersonen op de verschillende onderdelen van de LLT. Er is echter geen duidelijk verschil in prestatie gevonden tussen cliënten met verschillende vormen van dementie, zoals de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie.

Normgegevens

Voor afnameprocedure I van de LLT zijn normen beschikbaar van gezonde Engelse proefpersonen tussen de 50 en 96 jaar (n=186). Deze normen zijn geschikt voor gebruik bij personen van 50 jaar of ouder, waarbij reeds cognitieve stoornissen gediagnosticeerd zijn.

Voor afnameprocedure II zijn Nederlandse normen beschikbaar voor gezonde proefpersonen tussen 18 en 87 jaar (n=382). Aanvullende normgegevens zijn beschikbaar via een digitaal scoringsprogramma van gezonde deelnemers tussen de 16 en 90 jaar (n=647). De normgegevens van afnameprocedure II zijn geschikt gebleken voor gebruik bij personen met een dementieel syndroom en verdienen de voorkeur voor gebruik in de klinische praktijk. De normen zijn opgenomen in een digitaal scoringsprogramma, te verkrijgen via Hogrefe Uitgevers BV.

Literatuur

Bucks, R., & Willison, J. (1997). Development and validation of the Location Learning Test (LLT): a test of visuo-spatial learning designed for use with older adults and in dementia. *Clinical Neuropsychologist*, 11, 273-286.

Kessels, R. P. C., Bucks, R. S., Willison, J. R., & Byrne, L. M. T. (2014). *Location Learning Test – Herziene uitgave*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.

- Kessels, R. P. C., Nys, G. M. S., Brands, A. M. A., van den Berg, E., & van Zandvoort, M. J. E. (2006). The modified Location Learning Test: Norms for the assessment of spatial memory function in neuropsychological patients. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *21*, 841-846.
- Kessels, R. P. C., Nys, G. M. S., Brands, A. M. A., & van Zandvoort, M. J. E. (2004). De Location Learning Test als maat voor het ruimtelijk geheugen: bruikbaarheid van een nieuwe afnameprocedure en normgegevens. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, *35*, 147-152.

Rey Complex Figure Test

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
RCFT	Handleiding	6 – 89 jaar	Nee	Nee
	ANDI	18 – 95 jaar		

Meetpretentie

De Rey Complex Figure Test (RCFT) wordt gebruikt om visueel-constructieve- en – ruimtelijke vaardigheden en visueel-ruimtelijk geheugen te meten.

Algemene beschrijving

De cliënt dient de figuur van Rey-Osterrieth na te tekenen van een voorbeeld. Vervolgens dient na enkele minuten afleiding (gesprek of non-visuele test) het figuur zonder voorbeeld opnieuw getekend te worden. Na een half uur volgt een uitgestelde reproductie en een recognitietest. De kopieertest doet een beroep op de visueel-constructieve vaardigheden en de executieve functies (overzicht, testaanpak). De daarop volgende testen doen in grotere mate een beroep op het visueel-ruimtelijk geheugen. Bij de scoring wordt gebruik gemaakt van het scoringssysteem van Meyers & Meyers (1995) en bestaat uit achttien elementen waarop een score van 0, 0,5, 1 of 2 kan worden behaald.

De ervaring in de klinische praktijk leert dat bij cliënten met een hoge leeftijd (>80 jaar) ook bij kwalitatief zwakke testprestaties, T-scores en percentielscores behalen die in het normale bereik zijn. Een kwalitatieve beoordeling van de werkwijze en het resultaat is dan ook een zinvolle aanvulling bij de kwantitatieve beoordeling.

In het Handboek neuropsychologische diagnostiek (Bouma et al., 2012) wordt voor de kopieertrial geadviseerd de figuur gedurende ten minste tweeëneuhalf minuut aan te bieden met een maximum van vijf minuten voor (motorisch) trage cliënten. Dit komt overeen met de handleiding van Meyers & Meyers (1995). Het is geoorloofd voor een cliënt om er langer dan vijf minuten over te doen bij aanzienlijke motorische problemen vanwege het belang van het voltooien van de kopieertrial. Deze problemen worden ook ervaren binnen de reproductietesten. Er zijn echter wel gevolgen verbonden aan het niet hanteren van de tijdsduur welke de testresultaten kunnen beïnvloeden. Het is om deze reden belangrijk de kopieertijd te registreren en de tijdslimieten aan te houden.

Normgegevens

Er zijn Amerikaanse normen beschikbaar voor kinderen van 6 jaar tot en met ouderen van 89 jaar. Bij deze oudste categorie dient opgemerkt te worden, dat de normen zijn gebaseerd op een zeer kleine steekproef. De resultaten dienen dan ook met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Er zijn ook normgegevens beschikbaar uit de ANDI database.

Literatuur

Bouma, A., Mulder, J., Lindeboom, J., & Schmand, B. (2012). *Handboek neuropsychologische diagnostiek*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Meyers, J. E., & Meyers, K. R. (1995). *Rey Complex Figure Test and Recognition Trial. Professional Manual*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers B.V.

Rivermead Behavioural Memory Test 3

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
RBMT-3-NL	Handleiding RBMT-3-NL	16 – 89 jaar	Ja	Nee

Meetpretentie

De Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT-3-NL) is een neuropsychologische testbatterij welke ontworpen is om de dagelijkse geheugencapaciteiten van volwassenen in kaart te brengen. Deze testbatterij is de vernieuwde versie van de Nederlandse versie van de RBMT uit 1987.

Ten opzichte van de oude versie zijn er een aantal aanpassingen gedaan aan de subtesten. Er zijn aanpassingen gemaakt bij enkele subtesten in de moeilijkheidsgraad. Daarnaast is in de subtest voor gezichtsherkenning nu sprake van etnische diversiteit, zodat deze geschikter is voor gebruik in een multiculturele samenleving. De Verhaaltjes zijn bijgewerkt in moeilijkheidsgraad. Ook is er een nieuwe subtest ontwikkeld genaamd de Niet-Alledaagse Taak. Met behulp van die test kan iemands vermogen om een nieuwe vaardigheid te leren onderzocht worden.

Algemene beschrijving

De RBMT-3 is bedoeld voor gebruik in klinische populaties. Het is een hulpmiddel voor het in kaart brengen van de ernst van de stoornis, voor het identificeren van sterke en zwakke punten van de cliënt, het monitoren van geheugen over tijd en het meten van effect van behandelingen.

Het duurt ongeveer 30 minuten om de RBMT-3 volledig af te nemen. Idealiter wordt de test in zijn geheel afgenomen vanwege de onmiddellijke en uitgestelde reproductie- of herkenningscondities op de subtesten.

De subtesten meten aspecten van visueel en verbaal geheugen en van vrije reproductie en herkenning. Ook wordt het onmiddellijk en uitgesteld dagelijks geheugen gemeten. Daarnaast wordt het prospectief geheugen gemeten alsmede het vermogen nieuwe informatie te leren.

Er dient voorzichtig te worden omgegaan met afname en interpretatie van de RBMT-3 bij personen met een beperkte kennis van de Nederlandse taal.

Normgegevens

De normgegevens zijn verkregen in een steekproef van 324 gezonde personen tussen de 16 en 88 jaar. Deze zijn te vinden in de vernieuwde handleiding uit 2023. Ruwe subtestscores worden omgezet in geschaalde subtestscores met behulp van de Wechslerschaal. Voor geschaalde subtestscores zijn tevens percentielscores beschikbaar.

Met de nieuwe versie is er ook een herziening van de normgegevens beschikbaar. Er zijn geschaalde subtestscores voor individuele subtesten en een algemene geheugen index voor de totale score (gemiddelde van 100 en standaardafwijking van 15). Er kunnen percentielscores en betrouwbaarheidsintervallen worden afgeleid voor de algemene geheugen index.

Het is mogelijk om met behulp van de Reliable Change Index (RCI) te bepalen of er sprake is van een statistisch significant verschil tussen twee afgenomen testresultaten. Er dient wel rekening te worden gehouden met het feit dat de afname van beide Nederlandse versies maar bij een kleine, gemengde steekproef heeft plaatsgevonden.

Literatuur

- Kessels, R.P.C., Rensen, Y. & Bertens, D. (2023). *RBMT-3-NL: The Rivermead Behavioural Memory Test – Third Edition: Nederlandstalige bewerking*. Amsterdam: Pearson.
- Kessels, R. P. C., Rensen, Y. C. M., & Bertens, D. (2023). Het alledaagse geheugen ecologisch valide meten met de nieuwe Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT-3-NL).

RBMT Verhaaltjes

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
RBMT Verhaaltjes	RBMT	Schmand et al. 2012	17 – 89 jaar	Ja	Nee
		ANDI	18 – 90 jaar		
			16 – 89 jaar	Ja	

Meetpretentie

De subtest Verhaaltjes van de RBMT is bedoeld om alledaagse geheugenproblemen bij cliënten met een hersenaandoening te onderzoeken.

Algemene beschrijving

De subtest Verhaaltjes kan als zelfstandige geheugentest worden gebruikt. Er worden *altijd* twee krantenberichten aangeboden, omdat één krantenbericht een te lage betrouwbaarheid heeft. Dit wordt voorafgaand aan de test benoemd naar de cliënt. Allereerst wordt het eerste krantenbericht voorgelezen waarna de cliënt het zo nauwkeurig mogelijk moet navertellen. Geef indien noodzakelijk een extra prompt (zie handleiding). Vervolgens wordt het tweede krantenbericht voorgelezen, waarna de cliënt het verhaal zo nauwkeurig mogelijk naverteld. Er wordt een interval van vijftien minuten gehanteerd om te toetsen wat de cliënt nog weet van de berichten. Wanneer de cliënt begint met het tweede verhaal, onderbreek dan en vraag wat er nog wordt herinnerd van het eerste krantenbericht. Geef indien nodig een aanwijzing, conform de handleiding.

Scoring gebeurt volgens de handleiding (1 punt voor elk correct herinnerd element of een goede omschrijving of synoniem en een 0,5 punt voor een gedeeltelijk correcte herinnering of een omschrijving of synoniem dat bij benadering juist is). Voor de hier beschreven normenset wordt als extra scoringsregel gehanteerd, dat elementen ook één punt (c.q. een half punt) opleveren wanneer ze foutief naar een ander element verwijzen. Bijvoorbeeld: als de cliënt niet van Bert Koster maar van een rechercheur zegt dat “hij een erg dappere man was” krijgt dit element toch een punt.

Normgegevens

In 2012 zijn op de website van het NIP nieuwe normen gepubliceerd. Via een Excel-bestand kunnen de inprenting, de uitgestelde reproductie (herinnerd na 15 minuten) en het percentage onthouden worden berekend (T-score & percentielscore), gecorrigeerd voor leeftijd, sekse en opleidingsniveau. De normgegevens zijn gebaseerd op 344 gezonde personen (17-89 jaar).

Er zijn ook normgegevens beschikbaar uit de ANDI database. Deze gegevens zijn gebaseerd op een samenvoeging van verschillende versies van de test, waarop de normen zijn gebaseerd. Het is goed bewust te zijn van de verschillende normgroepen die bestaan voor de RBMT, mede omdat de praktijkervaring heeft geleerd, dat de normering van de testresultaten naar descriptieve labels sterk kan variëren afhankelijk van de gebruikte normering.

Literatuur

Bouma, A., Mulder, J., Lindeboom, J., & Schmand, B. (2012). *Handboek neuropsychologische diagnostiek*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Evers, A., Vliet - Mulder, J. C., & van Groot, C. J. (2000). *COTAN-online Documentatie van tests en testresearch in Nederland*.

Schmand, B. (2012). Normen voor Stroop kleur-woord tests, Trail Making test, en Story Recall van de Rivermead Behavioural Memory Test, Uitgave onder auspiciën van de sectie Neuropsychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen Amsterdam.

Van Balen, H. G. G., & Groot Zwaaftink, A.J.M. (1993). *Rivermead Behavioural Memory Test*,

Handleiding. Nederlandse bewerking. Lisse: Swets en Zeitlinger
Wilson, B., Cockburn, J., & Baddeley A. (1991). *The Rivermead Behavioural Memory Test.*
Suffolk: Thames Valley Test Company.

Visuele Associatie Test

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
VAT	A, B, C, D, E, F	Handleiding	65 – 85 jaar	Ja	Ja
	A+B, C+D, E+F	Handleiding	65 – 85 jaar	Ja	Nee
	Fotoversie: A, B, E, F	Handleiding	57 – 78 jaar	Ja	Nee
	A+B	Handleiding	57 – 78 jaar	Ja	Nee
	E+F	Handleiding	Gemiddelde leeftijd van de steekproef = 83,5 jaar.	Ja	Nee
		ANDI			

Meetpretentie

De Visuele Associatie Test (VAT) is een geheugentest die wordt gebruikt om stoornissen in het aanleren van nieuwe informatie op te sporen zoals die voorkomen bij anterograde amnesie. De test maakt gebruik van visueel associëren om het episodisch geheugen te beoordelen. De korte vorm van de VAT doet een beroep op een automatisch leerproces dat grote overeenkomsten vertoont met het geheugen in het dagelijks (incidenteel) leren. De lange vorm vergt mogelijk meer inspanning en beoogt meer intentioneel leren te meten, hoewel bevindingen in onderzoek bij de lange vorm ook een automatisch leerproces suggereren. Een zwakke prestatie wijst hoogstwaarschijnlijk op een gestoorde encodering ofwel anterograde amnesie.

De korte vorm van de VAT wordt gebruikt voor ouderen boven 65 jaar en heeft betrekking op (beginnende) dementievraagstellingen. De lange vorm wordt gebruikt voor testbare cliënten beneden 65 jaar en kan gebruikt worden voor vraagstellingen naar een amnestisch syndroom of posttraumatische amnesie. Als er secuur naar de normgroepen gekeken wordt, is er geen duidelijke indicatie voor de korte of lange versie voor mensen die 63 of 64 jaar oud zijn. Aanbeveling: afhankelijk van de vraagstelling kiest men de korte vorm (dementie) of de lange vorm (overig).

Algemene beschrijving

De VAT bestaat uit een zestal cuekaarten (twaalf bij de lange vorm), waarna zes associatiekaarten worden aangeboden. Ten slotte wordt de oorspronkelijke cuekaart weer getoond en wordt aan de cliënt gevraagd welk object er in de associatiefase bij kwam. De afnameduur is afhankelijk van welke versie wordt afgenomen, over het algemeen maximaal tien minuten. Testscores worden niet beïnvloed door opleidingsniveau.

De VAT is in 2014 herzien en uitgebreid met parallelversies C en D. Met deze uitbreiding is een uitgestelde reproductie (UR) en uitgestelde herkenning (UH) toegevoegd. Hierdoor kan naast een inprentingsstoornis ook een retrievalstoornis geobjectiveerd worden. Meer informatie hieromtrent is beschikbaar in de handleiding van 2014.

In de vernieuwde handleiding van 2022 zijn de VAT fotoversies (A+B, E+F) toegevoegd. De inhoud van de kleurenfoto's zijn, op enkele uitzonderingen na, ongewijzigd gebleven.

De versies C+D en E+F van de VAT en de fotoversie E+F bevatten nog een herkenningsconditie.

De fotoversies van de VAT worden geadviseerd om af te nemen bij ouderen met een migratieachtergrond. Uit onderzoek blijkt dat het gebruik van de fotoversies zorgt voor een verminderde onderschatting van de prestaties van laagopgeleide ouderen met een migratieachtergrond.

Cliënten met de ziekte van Alzheimer presteren op de VAT beduidend slechter dan gezonde ouderen. Het vermogen van de VAT om MCI van de ziekte van Alzheimer en gezonde controle proefpersonen te onderscheiden is echter niet hoog. De VAT is eveneens minder goed in staat om tussen verschillende vormen van dementie te differentiëren. Zo kan de prestatie op de VAT bij cliënten met Lewy body

dementie gestoord zijn door een verstoord aandachtsproces of problemen in de visuele perceptie. De VAT is dus met name geïndiceerd voor de vraagstelling 'normale veroudering' versus de ziekte van Alzheimer. Als de prestatie op de korte vorm zeer laag is ($P < 5$) kan dezelfde vorm meerdere keren aangeboden worden. Zo niet, dan moet een andere vorm uitgekozen worden wegens hertesteffecten.

Normgegevens

De handleiding uit 2022 kan geraadpleegd worden voor de normgegevens. Bij de interpretatie van de normgegevens dient men er rekening mee te houden, dat de normgegevens van de korte vorm A gebaseerd zijn op ouderen zonder vastgestelde cognitieve stoornissen, terwijl de normen van de lange vorm gebaseerd zijn op neurologische cliënten met diverse aandoeningen.

De normen van de VAT fotoversie A+B zijn gebaseerd op de gegevens van 415 ouderen uit 39 verschillende landen, tussen de 57 en 78 jaar. Aanvullend onderzoek naar de VAT fotoversie E+F is verricht bij 30 ouderen, waarvan de meerderheid van Nederlandse afkomst met een gemiddelde leeftijd van 83,5 jaar.

Er zijn normgegevens beschikbaar vanuit de ANDI database.

Literatuur

- Bouma, A., Mulder, J., Lindeboom, J., & Schmand, B. (2012). *Handboek neuropsychologische diagnostiek*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Diesfeldt, H., Prins, M. & Lauret, G. (2017). De Visuele Associatietest (VAT) als instrument voor de ouderenpsycholoog. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 49, 60-71.
- Lindeboom, J., Schmand, B., Meyer, S. R. A., de Jonghe, J. F. M., Franzen, S., van den Berg, E. & Papma, J.M. (2022). VAT Visuele associatietest. Handleiding 2022. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers BV.
- Lindeboom, J., Schmand, B., Tulner, L., Walstra, G., & Jonker, C. (2002). Visual association test to detect early dementia of the Alzheimer type. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 73, 126-133.

Taal

Comprehensive Aphasia Test

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
CAT-NL	Handleiding	Volwassenen en ouderen	Nee	Nee

Meetpretentie

Tot 2014 was de Akense Afasie Test (AAT) de meest aangewezen test voor de diagnostiek van de ernst en aard van de afasie op functieniveau. De Comprehensive Aphasia Test (CAT-NL) wordt gezien als de opvolger van de AAT. De Richtlijn Afasie (2015) adviseert de AAT te vervangen door de CAT-NL ter bevordering van uniformiteit. De CAT-NL is bedoeld om uitgebreid taalvaardigheden te testen, om geassocieerde cognitieve stoornissen te screenen en om een beknopt beeld te geven van de beperking die een afasiecliënt in het dagelijks leven ondervindt. Daarnaast kan de CAT-NL ingezet worden om de richting en de stappen voor (stoornisgerichte) behandeling aan te geven en als evaluatie-instrument.

Algemene beschrijving

De CAT-NL is gebaseerd op vier taalmodaliteiten: spreken, begrijpen, lezen en schrijven. De test bestaat uit drie onderdelen: een cognitieve screening, een taaltest en een vaardigheidsvragenlijst. De totale afnameduur van de CAT-NL is 60 tot 120 minuten.

Normgegevens

De CAT-NL is genormeerd op afasiecliënten uit Nederland en Vlaanderen (257 afatici, 573 niet-afatici). Er zijn C-scores en afkapwaarden beschikbaar voor de subtesten en de schalen. Er is een addendum ontwikkeld bij de CAT-NL waarin de kritische waarden worden weergegeven. Deze waarden reflecteren in hoeverre een bepaalde score significant afwijkt van een eerdere score.

Literatuur

Visch-Brink, E., Vandenborre, D., de Smet, H.J., & Mariën, P. (2014). *Comprehensive Aphasia Test – Nederlandse bewerking (CAT-NL)*. Amsterdam: Pearson.

Berns, P. E. G., Jünger, N., Boxum, E., Nouwens, F., Staij, M. G. van der, Wessel, S. van, et al. (2015). *Logopedische Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen'*.

Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.

Fluencytesten

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
Semantische/ categoriefuency	Dieren en beroepen	ANDI Schmand et al. (2012) Toutert et al. (2016)	17 – 97 jaar	Nee	Ja, als onderdeel van de GIT en ADS
Fonemische/ letterfluency	DAT, KOM, PGR	ANDI Schmand et al. (2012)		Ja	Nee

Meetpretentie

Fluencytesten doen een beroep op concentratie, semantisch geheugen, werkgeheugen en executieve functies (responsinhibitie en zelfmonitoring, organiseren van zoekprocessen). Daarnaast zit er een taalcomponent in (lexicaal geheugen bij de letterfluency).

Algemene beschrijving

Semantische fluency/categoriefuency

De cliënt moet in één minuut tijd zoveel mogelijk woorden uit een bepaalde categorie noemen (dieren, beroepen). Het opnoemen van dieren is, in tegenstelling tot het noemen van beroepen, een gevoelige indicator voor dementie. Het aantal genoemde dieren en beroepen, en de totale somscore worden beïnvloed door demografische variabelen zoals leeftijd en opleiding.

Fonemische fluency/letterfluency

De cliënt voert drie afzonderlijke rondes uit, waarbij hij of zij telkens in één minuut zoveel mogelijk woorden moet noemen die beginnen met de opgegeven letter. Voor iedere ronde wordt een andere letter gebruikt. Er zijn drie parallelversies van deze test, met de letters D-A-T, K-O-M & P-G-R. Het is zinvol om de resultaten van letter- en categoriefuency met elkaar te vergelijken. Stoornissen in het semantisch geheugen zullen eerder tot uiting komen op de categoriefuency. Bij cliënten met executieve functiestoornissen is het initiatief om woorden op te halen vaak sterk verminderd, zonder dat er sprake is van stoornissen in het semantisch geheugen. Daarnaast kunnen in beide taken persevereren en associatief ontsporen optreden. De categoriefuency blijkt gevoeliger voor temporale dan voor frontale laesies; bij letterfluency is dit patroon juist omgekeerd. Mensen met MCI, preklinische ziekte van Alzheimer of frontotemporale dementie doen het op beide type fluencytaken slechter dan gezonde mensen. Cliënten met de ziekte van Alzheimer gaan op de categoriefuency harder achteruit dan op de letterfluency.

Normgegevens

Het raadplegen van de ANDI database wordt aanbevolen. Ook kunnen via de site van het NIP de normen van Schmand geraadpleegd worden.

Literatuur

- Barelds, D. P. H. (2004). *Groninger Intelligentie Test 2 (GIT-2): handleiding*. Amsterdam: Harcourt Publishers.
- Bouma, A., Mulder, J., Lindeboom, J., & Schmand, B. (2012). *Handboek neuropsychologische diagnostiek*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Diesfeldt, H., van der Elst, W., & Jolles, J. (2009). Klinische bruikbaarheid van categoriegebonden woordproductie voor het onderscheiden van dementie en normale cognitieve veroudering. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 40, 54-71.

- Rosen, V. M., & Engle, R. W. (1997). The role of working memory capacity in retrieval. *Journal of Experimental Psychology: General*, 126, 211-227.
- Ruff, R. M., Light, R. H., Parker, S. B., & Levin, H. S. (1996). Benton controlled oral word association test: Reliability and updated norms. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 11, 329-338.
- Schmand, B., Groenink, S. C., van der Dungen, M. (2008). Letterfluency: psychometrische eigenschappen en Nederlandse normen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 39,64-76.

Nederlandse Benoem Test

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
NBT	92-item versie	Whitepaper (2020, 2021)	18-93 jaar	Nee	Nee

Meetpretentie

De Nederlandse Benoem Test (NBT) is een meetinstrument voor het vaststellen van woordvindingsstoornissen bij volwassenen en ouderen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH).

Algemene beschrijving

De NBT bestaat uit 92 eenduidige kleurenafbeeldingen die namen representeren van objecten met variërende moeilijkheidsgraad. De volgorde van de items is mede gebaseerd op psycholinguïstische variabelen zoals woordfrequentie en verwervingsleeftijd. De test geeft hierdoor ook informatie over de aard van de woordvindingsstoornis. De afbeeldingen van de NBT zijn zorgvuldig uitgezocht voor de Nederlandse setting. Er zijn items geselecteerd speciaal voor de Nederlandse taal. De test is tot stand gekomen in samenwerking met logopedisten en cliënten met NAH en een afasie, om zo samen een valide, betrouwbaar en gebruiksvriendelijk instrument te creëren. Er is een whitepaper gepubliceerd met scoringsvoorbeelden om de NBT accuraat te scoren.

Normgegevens

Voor de normering van de NBT zijn gegevens verzameld van 193 gezonde deelnemers en 164 mensen met afasie uit Nederland in een aanvullende whitepaper. Deze whitepaper is aanvullend op de handleiding en biedt extra informatie over normering ten aanzien van opleidingsniveau en leeftijd.

Literatuur

- Bastiaanse, R., Bosje, M., & Visch-Brink, E. (1995). *Agrammatic comprehension of Dutch: The case of verb movement*. *Aphasiology*, 9(6), 579–604.
- Ewijk, L. van, Dijkhuis, L., Hofs-van Kats, M., Hendrickx-Jessurun, M., Wijngaarden, M., & Hilster, C. de (2020). *Handleiding Nederlandse Benoem Test*. Second. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dijkhuis, L., Methorst, T., Hofs-van Kats, M. & Ewijk, L. van (2020). *Whitepaper bij de Nederlandse Benoemtest*. Geraadpleegd op 14 oktober 2022, van <https://testweb.bsl.nl/wp-content/uploads/sites/30/2021/06/A4-Whitepaper-def-1.pdf>
- Dijkhuis, L., Velden, van der H. & Ewijk, L. van (2021). *Whitepaper 2 bij de Nederlandse Benoemtest (NBT): Scoringsvoorbeeldlijst en regels voor scoring*. Geraadpleegd op 14 oktober 2022, van [https://testweb.bsl.nl/wp-content/uploads/sites/30/2021/07/Whitepaper-2.NBT-Scoringsvoorbeeldlijst-en-regels-voor-scoring .pdf](https://testweb.bsl.nl/wp-content/uploads/sites/30/2021/07/Whitepaper-2.NBT-Scoringsvoorbeeldlijst-en-regels-voor-scoring.pdf)
- Levelt, W. J. M., Roelofs, A., & Meyer, A. S. (1999). A theory of lexical access in speech production. *Behavioral and Brain Sciences*, 22(1), 1–75.
- Hommersom, K., & de Groot, A. M. B. (1995). *Nederlandse Benoem Test (NBT): Handleiding*. Swets & Zeitlinger.

ScreeLing

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
ScreeLing	72 items versie	Handleiding 2010	18- 64 jaar 65 jaar en ouder	Nee	Nee

Meetpretentie

De ScreeLing, afgeleid van Screening linguïstiek, is een screeningsinstrument voor het vaststellen van afasie op het gebied van de semantiek, fonologie en syntaxis.

Algemene beschrijving

De ScreeLing is een eenvoudig meetinstrument, dat in eerste instantie werd ontwikkeld voor patiënten met een afasie ten gevolge van een CVA. Een tweede belangrijke doelgroep bestaat uit patiënten met een degeneratieve ziekte waarbij een stoornis op een specifiek taalverwerkingsniveau een belangrijk diagnostisch criterium is. Hoewel het voor deze laatste groep zinvol kan zijn het ziekteverloop in kaart te brengen, zijn er nog geen aparte normgroepen voor beschikbaar.

Een voordeel van de test is dat het in de eerste week na een beroerte of een hersentrauma kan worden afgenomen. De test detecteert naast afasie ook de onderliggende taaldefecten: semantiek (woordbetekenis), fonologie (klankherkenning) en syntaxis (zinsstructuur).

Het scoresysteem is eenvoudig. Met 72 items is het een relatief uitgebreid instrument, waarvoor de afnametijd ongeveer 30 minuten bedraagt.

De ScreeLing is een geschikt screeningsinstrument voor dementiegerelateerde afasie, bleek uit het artikel van Seelaar (2023). De subscores helpen onderscheid te maken tussen patiënten met frontotemporale dementie (FTD) en verschillende subtypen van PPA en de ziekte van Alzheimer. In het onderzoek wordt een striktere cut-off score gebruikt dan in de handleiding, namelijk 70/72 voor de totaalscore en 23/24 voor de subscores.

Normgegevens

Voor de interpretatie van de testresultaten worden cut-off scores gehanteerd. Deze geven aan of en in welke mate zich stoornissen voordoen op de verschillende linguïstische niveaus. De normen zijn gebaseerd op een onderzoeksgroep van 285 deelnemers en bestaande uit 147 afasiepatiënten, 138 gezonde proefpersonen. Aanvullend nog 23 chronische afasiepatiënten om de stabiliteit in de tijd na te gaan.

Literatuur

- El Hachioui, H., van de Sandt, W. M. E., Dippel, D. W., Koudstaal, P. J., & Visch-Brink, E. G. (2012). The ScreeLing: occurrence of linguistic deficits in acute aphasia post-stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44, 429-435.
- El Hachioui H, Visch-Brink EG, de Lau LM, van de Sandt-Koenderman MW, Nouwens F, Koudstaal PJ, Dippel DW. Screening tests for aphasia in patients with stroke: a systematic review (2017). *Journal of neurology*, 264, 211-220.
- Seelaar, H. (2023). De ScreeLing als geschikte screeningstest voor het detecteren van semantische, fonologische en syntactische stoornissen in de klinische subtypen van frontotemporale dementie en alzheimerdementie. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 18.
- Visch-Brink, E. G., van de Sandt-Koenderman, W. M. E. H., el Hachioui, H. (2010). *ScreeLing (ScreeLing) – handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Praxis en visuoconstructie

Apraxietest van Heugten & Geusgens

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
Apraxietest	Van Heugten & Geusgens	Handleiding	Alle leeftijden	Nee	Nee

Meetpretentie

De Apraxietest is bedoeld als screeningstest om de aanwezigheid en ernst van apraxie (ideatoir, ideomotorisch) te onderzoeken. De Apraxietest is primair ontwikkeld voor CVA-patiënten in een revalidatiesetting. Het is een screeningsinstrument en is niet geschikt om verschillende vormen van apraxie van elkaar te onderscheiden. Voor aanvullende diagnostiek wordt verwezen naar de richtlijnen voor ergotherapeuten.

Algemene beschrijving

Apraxie is het onvermogen om doelgerichte bewegingen of alledaagse handelingen uit te voeren. De Apraxietest bestaat uit twee onderdelen: demonstratie van voorwerpgebruik (ideatoire apraxie) en imitatie van gebaren en handelingen (ideomotorische apraxie) en kan in ongeveer tien minuten worden afgenomen. In totaal worden negen voorwerpen gedemonstreerd en zes gebaren moeten worden geïmiteerd. De totaalscore bestaat uit een optelsom van de subscores van de twee onderdelen. Er zijn een aantal voorwerpen nodig voor de test.

Het gedrag waarmee de cliënt respondeert nadat een opdracht is gegeven, wordt gescoord door middel van een observatieschaal, specifiek ontwikkeld voor de Apraxietest. Deze, inclusief scoring, is te vinden in het Handboek neuropsychologische diagnostiek van Bouma (2012) en in de 'Richtlijn voor een kort neuropsychologisch onderzoek bij patiënten met een beroerte' (2010).

Normgegevens

Het aanbevolen afkappunt voor de Apraxietest is 86 punten. Indien er hoger wordt gescoord, is er zeer waarschijnlijk geen sprake van apraxie.

Literatuur

Bouma, A., Mulder, J., Lindeboom, J., & Schmand, B. (2012). *Handboek neuropsychologische diagnostiek*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Sectie Revalidatie en sectie Neuropsychologie Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). (2010). Richtlijn voor een kort neuropsychologisch onderzoek bij patiënten met een beroerte.

Van Heugten, C. M., & Geusgens, C. (2004). *Handleiding apraxietest*. Hoensbroek: Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap (iRv).

Bells test

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
Bells test	Handleiding	20 – 87 jaar	Nee	Nee

Meetpretentie

De Bells Test beoogt een visueel hemi-neglect vast te stellen. Er kan een visueel, egocentrisch neglect van de peripersonlijke ruimte worden vastgesteld.

Algemene beschrijving

Op een A4-vel in landschapsoriëntatie worden 315 stimuli aangeboden: 35 targets (kerkklokken of bellen) tussen afleiders (zaag, sleutel, vogel, etc.). De items zijn gelijkmatig over zeven kolommen verdeeld: per kolom 5 targets en 40 afleiders. Binnen deze structuur zijn de stimuli ook horizontaal gelijkmatig verspreid, zodat het hele visuele veld wordt aangesproken. De proefleider houdt op een scoringsformulier bij welke, en in welke volgorde de proefpersoon de targets omcirkelt. Dit zodat er informatie beschikbaar is omtrent de zoekstrategie die gehanteerd wordt.

De Bells test wordt gescoord door het aantal gemiste targets (omissies) te tellen, zowel in totaal als per bladheft. Voor dit laatste worden de kolommen één t/m drie (linkerzijde) vergeleken met de kolommen vijf t/m zeven (rechterzijde).

Voor het detecteren van een neglect na een CVA, wordt er aanbevolen om als primaire test een wegstreeptest af te nemen. Indien er voldoende tijd en ruimte is om meerdere neglecttesten af te nemen, wordt aangeraden om aanvullend één of meer van de volgende taken te gebruiken: de lijn-bisectietest, een figuurkopieertaak en/of de 'baking tray'-taak. De Catherine Bergego Scale wordt aangeraden als functionele/ecologische test.

Normgegevens

Een verschil van vijf of meer omissies tussen links en rechts kan als afwijkend worden beschouwd. Een score van drie of meer omissies (32 of minder items) is indicatief voor een aandachtsstoornis.

Literatuur

- Bouma, A., Mulder, J., Lindeboom, J., & Schmand, B. (2012). *Handboek neuropsychologische diagnostiek. Tweede herziene druk*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Gauthier, L, Dehaut, F., & Joanette, Y. (1989) The Bells Test: a quantitative and qualitative test for visual neglect. *International Journal of Clinical Neuropsychology, Volume 60*, 49-54.
- Moore, M., Milosevich, E., Beisteiner, R., Bowen, A., Checketts, M., Demeyere, N., Fordell, H., Godefroy, O., Laczó, J., Rich, T., Williams, L., Woodward-Nutt, K. & Husain, M. (2022). Rapid screening for neglect following stroke: A systematic search and European Academy of Neurology recommendations. *European journal of neurology 29* (9), 2596-2606.
- Rousseaux, M., Beis, J.M., Pradat-Diehl, P., Martin, Y., Bartolomeo, P., Bernati, T., Chokron, S., Leclercq, M., Louis-Dreyfus, A., Marchal, F., Perennou, D., Prairial, C., Rode, G., Samuel, C., Sieroff, E., Wiart, L. & Azouvi, P. (2001) Presenting a battery for assessing spatial neglect. Norms and effects of age, educational level, sex, hand and laterality. *Revue Neurologique, 157*(11 Pt 1):1385-400.

Kloktekentest

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
Kloktekentest	14-itemmethode (KBS) 3-itemmethode (CAMCOG) ANDI	41-89	Nee	Nee

Meetpretentie

De Kloktekentest is een test om snel en eenvoudig een eerste indruk te krijgen van cognitieve achteruitgang bij ouderen. De kloktekening doet een beroep op meerdere cognitieve vaardigheden zoals aandacht, visueel semantisch geheugen, werkgeheugen, visuospatiële vaardigheden en executieve functies.

Algemene beschrijving

De Kloktekentest is gemakkelijk af te nemen en kost weinig tijd. Bij de interpretatie dienen leeftijd, geslacht en opleidingsniveau in acht genomen te worden. Het aantal fouten op de Kloktekentest neemt toe wanneer mensen ouder zijn en weinig opleiding genoten hebben. De Kloktekentest is ondanks het minder verbale karakter over het algemeen niet geschikt voor mensen met een migratieachtergrond, met name bij een lage of afwezige opleiding.

Er bestaan diverse instructie- en scoringsmethoden van de Kloktekentest. Uit de literatuur blijkt, dat geen van de scoringsmethoden duidelijk de voorkeur geniet zowel niet in kwantitatieve als in kwalitatieve zin.

De 14-itemmethode (KBS) is een veel gebruikte scoring die informatie geeft over diverse cognitieve domeinen. Deze methode is aangepast voor de Nederlandse populatie.

Daarnaast is de 3-itemmethode volgens de CAMCOG een veel gehanteerde scoringswijze. Aangeraden wordt om deze scoringswijze boven een uitgebreide scoringswijze te verkiezen, omdat de uitgebreide scoringswijze te veel ten koste gaat van de diagnostische nauwkeurigheid. Verder laat het berekenen van optimale grenswaardes (*best balance*) zien, dat voor de kloktekening- 3 dit 'best balance'-punt gelijk is aan het gebruikte afkappunt van 3. De specificiteit en positief voorspellende waarde van beide scoringsmethoden van de kloktekening blijken niet erg hoog.

De volgende instructie wordt aanbevolen: *'Teken een grote wijzerplaat en zet alle cijfers erin. Teken nu de wijzers erin zodat de klok op tien over elf (11:10) staat.'*

Normgegevens

Geen van de bestaande scoringsmethoden hanteert leeftijds- en/of geslachtsnormen. In een kleine groep ouderen (n=44) met een lichte vorm van dementie of geen dementie werd bij een afkappunt van ≤ 10 op het 14-itemmethode (KBS) een sensitiviteit van 100% en een specificiteit van 90.9% gevonden. Op de 3-itemmethode wordt het afkappunt van drie gehanteerd. Een score lager dan drie wordt als afwijkend beschouwd.

Literatuur

Derix, M. M., Hofstede, A. B., Teunisse, S., Hijdra, A., Walstra, G. J., & Weinstein, H. C. (1991).

CAMDEX-N: the Dutch version of the Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly with automatic data processing. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 22, 143-150.

Elzen, H., Schmidt, I., & Bouma, A. (2004). De diagnostische waarde van de kloktekening in de

- geriatrie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 35, 107-113.
- Freedman, M., Leach, L., Kaplan, E., Winocur, G., Shulman, K. I., & Delis, D. C. (1994). *Clock drawing. A neuropsychological analysis*. New York: Oxford University Press.
- Maestri, G., Nicotra, A., Pomati, S., Canevelli, M., Pantoni, L., & Cova, I. (2023). Cultural influence on clock drawing test: A systematic review. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 29, 704-714.
- Mainland, B. J., Amodeo, S., & Shulman, K. I. (2014). Multiple clock drawing scoring systems: Simpler is better. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 127-136.
- Smits, L., Koene, T., Pijnenburg, Y., Scheltens, P., van der Flier, W. (2009). De kloktekentest: Bespreking van de literatuur en voorbeelden uit de praktijk. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 3, 2-14.
- Stigter, M. I., Berg, I. J., Deelman, B.G. (1999). *De kloktekening als screeningsinstrument voor (beginnende) dementie (Doctoraal-scriptie)*. Rijksuniversiteit Groningen, afd. Neuropsychologie en Gerontologie.
- Von Gunten, A., Ostos-Wiechetek, M., Brull, J., Vaudaux-Pisquem, I., Cattin, S., & Duc, R. (2008). Clock-drawing test performance in the normal elderly and its dependence on age and education. *European Neurology*, 60, 73-78.
- Wever-Buirma, L. E., Reijnders, J. S., van Hooren, S. A., & Knipping, A. A. (2018). De diagnostische waarde van de kloktekening als screeningsinstrument voor dementie: Onderzoek in een geheugenpolipopulatie. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 13, 133-142.

Lijn-bisectietest

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
Lijn-bisectie test	RBIT	Handleiding	22 – 82 jaar	Nee	Nee

Meetpretentie

De Lijn-bisectietest is een onderdeel uit de Rivermead Behavioural Inattention Test (RBIT). De RBIT is een testbatterij om een visueel-ruimtelijke verwaarlozing (neglect) vast te stellen na CVA.

Algemene beschrijving

De opdracht bestaat uit het doorstrepen van drie horizontale lijnen van 20 centimeter in het midden. Er is geen voorbeelditem.

Bij de scoring wordt met een mal bepaald hoeveel punten er voor iedere lijn worden gegeven. Als de afwijking van het middelpunt niet meer is dan 12 mm (naar links of naar rechts), wordt de maximale score toegekend (drie punten). Voor afwijkingen die tussen de 13 en 19 mm liggen, worden twee punten toegekend en voor afwijkingen die tussen de 19 en 25 mm liggen, wordt één punt toegekend. Uit de score kan dus niet worden afgeleid of de cliënt het middelpunt naar links of rechts heeft verschoven. De maximale score is 9 punten.

Voor het detecteren van een neglect na een CVA, wordt er aanbevolen om als primaire test een wegstreepetest af te nemen. Indien er voldoende tijd en ruimte is om meerdere neglecttesten af te nemen, wordt aangeraden om aanvullend één of meer van de volgende taken te gebruiken: de lijn-bisectietest, een figuurkopieertaak en/of de 'baking tray'-taak. De Catherine Bergego Scale wordt aangeraden als functionele/ecologische test.

Normgegevens

Het afkappunt volgens de handleiding is zeven. Dit betekent dat een score van zeven of lager als afwijkend kan worden beschouwd en indicatief is voor neglect.

Literatuur

- Bouma, A., Mulder, J., Lindeboom, J., & Schmand, B. (2012). *Handboek neuropsychologische diagnostiek*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Moore, M., Milosevich, E., Beisteiner, R., Bowen, A., Checketts, M., Demeyere, N., Fordell, H., Godefroy, O., Laczó, J., Rich, T., Williams, L., Woodward-Nutt, K. & Husain, M. (2022). Rapid screening for neglect following stroke: A systematic search and European Academy of Neurology recommendations. *European journal of neurology* 29 (9), 2596-2606.
- Wilson, B. A., Cockburn, J., & Halligan, P. W. (1987). *Behavioral Inattention Test*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Star Cancellation Test

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
Star Cancellation Test	RBIT	Handleiding/ Diesfeldt (2017)	22 – 82 jaar	Nee	Nee

Meetpretentie

De Star Cancellation Test is een onderdeel uit de Rivermead Behavioural Inattention Test (RBIT). De RBIT is een testbatterij om een visueel-ruimtelijke verwaarlozing (neglect) vast te stellen na CVA. De Star Cancellation Test wordt apart gebruikt als screeningsinstrument om eenzijdig ruimtelijk neglect op te sporen van de peripersonlijke ruimte.

Algemene beschrijving

De opdracht bestaat uit het doorstrepen van kleine sterren (54 en 2 voorbeelditems) op een papier (A4-formaat). Naast de kleine sterren zijn 75 afleidende stimuli (grote sterren, letters en woorden) afgebeeld.

De Star Cancellation Test wordt aanbevolen vanwege zijn sterke psychometrische eigenschappen. Hoewel deze test geen tijdslimiet kent, en tests mét tijdsdruk mogelijk gevoeliger zijn voor het opsporen van visuele inattentie, blijft de Star Cancellation een waardevolle en breed inzetbare keuze binnen de neglectdiagnostiek.

Voor het detecteren van een neglect na een CVA, wordt er aanbevolen om als primaire test een wegstreeptest af te nemen. Indien er voldoende tijd en ruimte is om meerdere neglecttesten af te nemen, wordt aangeraden om aanvullend één of meer van de volgende taken te gebruiken: de lijn-bisectietest, een figuurkopieertaak en/of de 'baking tray'-taak. De Catherine Bergego Scale wordt aangeraden als functionele/ecologische test.

Normgegevens

De score komt overeen met het aantal correct doorgestreepte kleine sterren. Volgens de handleiding van de RBIT (1987) ligt het afkappunt op 51. Dit betekent dat een score van 51 of lager kan wijzen op de aanwezigheid van een eenzijdig ruimtelijk neglect. Bij oudere volwassenen wordt vaak een lager afkappunt van 44 gehanteerd, om rekening te houden met leeftijdsgerelateerde scoreverschillen en het risico op vals-positieve bevindingen te verkleinen.

Er zijn geen officiële normgegevens wat betreft een lateraliteitsindex. In de literatuur komt men verschillende lateraliteitsindices tegen. Eén daarvan is het aantal doorgestreepte kleine sterren op de linkerhelft van het papier te delen door het totaal aantal doorgestreepte kleine sterren, waarbij een neglect gedefinieerd kan worden als een score ≤ 0.44 of ≥ 0.56 . Zie het boek van Bouma (2012) voor de verschillende lateraliteitsindices.

Literatuur

- Bouma, A., Mulder, J., Lindeboom, J., en Schmand, B. (2012). *Handboek neuropsychologische diagnostiek. Tweede herziene druk*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Diesfeldt, H. (2017). Aandacht voor visuele aandacht: Onderzoek met de Balloons Test en Star cancellation. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 12, 39-57.
- Huisman, K., Visser-Meily, A., Eijsackers, A., & Nijboer, T. (2013). Hoe kan de diagnostiek van visueel neglect verbeterd worden? *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 8, 134-140.
- Moore, M., Milosevich, E., Beisteiner, R., Bowen, A., Checketts, M., Demeyere, N., Fordell, H., Godefroy,

O., Laczó, J., Rich, T., Williams, L., Woodward-Nutt, K. & Husain, M. (2022). Rapid screening for neglect following stroke: A systematic search and European Academy of Neurology recommendations. *European journal of neurology* 29 (9), 2596-2606.

Visuele Perceptie van Object en Ruimte

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
VPOR	Volwassenen	Handleiding	20 – 69 jaar	Nee	Ja
	Ouderen	Handleiding	70 – 90 jaar	Nee	

Meetpretentie

De Visuele Perceptie van Object en Ruimte (VPOR) is bedoeld om stoornissen in de visuele perceptie van rechterhemisfeer patiënten te identificeren. Uit onderzoek bleek de test ook bruikbaar voor cliënten met specifieke neurodegeneratieve aandoeningen, zoals de ziekte van Alzheimer. Ook bij CVA cliënten met laesies in de posterieure gebieden van de linker hemisfeer kan de VPOR worden gebruikt. Cliënten met de gedragsvariant van frontotemporale dementie presteren over het algemeen normaal.

Algemene beschrijving

Aanbevolen wordt om minimaal de subtesten 'Onvolledige Letters' en 'Stippen Tellen' af te nemen, voor een eerste indruk van perceptie van objecten en ruimte. De afdurenduur is circa 5 minuten per subtest.

Subtiele perceptiestoornissen kunnen onopgemerkt blijven door plafondeffecten in sommige subtesten.

Bij de interpretatie van de testresultaten moet rekening worden gehouden met mogelijke beïnvloeding door taalstoornissen, neglect of gezichtsvelduitval. Indien er sprake is van lagere orde visusstoornissen (fundamentele visuele functies) kan de test niet worden gebruikt. Bij een vermoeden van specifieke agnosieën is aanvullende diagnostiek met gespecialiseerde testen noodzakelijk. Bijkomend probleem zijn de zwakke psychometrische kwaliteiten van de subtests, zoals de zwakke interne consistentie en convergente validiteit.

Normgegevens

Bij de interpretatie van de VPOR worden de originele Engelse normen uit de handleiding gebruikt (200 cliënten). Er zijn afkappunten voor twee groepen: cliënten jonger en ouder dan 50 jaar. Voor elke test en elke leeftijdsgroep worden de cumulatieve frequenties gebruikt om een vijf procent afkappunt te bepalen.

Literatuur

Bouma, A., Mulder, J., Lindeboom, J., & Schmand, B. (2012). *Handboek neuropsychologische diagnostiek*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Peña-Casanova, J., Quintana-Aparicio, M., Quiñones-Úbeda, S., Aguilar, M., Molinuevo, J., Serradell, M., et al. (2009). Spanish Multicenter Normative Studies (NEURONORMA project): Norms for the visual object and space perception battery-abbreviated, and judgment of line orientation. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 24, 355-370

Warrington, E. K., & James, M. (1991). *The visual object and space perception battery: VOSP*. London: Pearson. Nederlandse versie door Swets & Zeitlinger (1995). *Visuele Perceptie van Object en Ruimte (VPOR)*. Harcourt Assessment B.V.

Sociale cognitie

Ekman 60 Faces Test

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
Ekman 60 Faces Test	FEEST	Spikman et al. (2018)	16 – 92 jaar	Nee	Nee

Meetpretentie

De Ekman 60 Faces Test meet de perceptie van emotionele gezichtsuitdrukkingen.

Algemene beschrijving

De Ekman 60 Faces Test (EFT) maakt deel uit van de Facial Expression of Emotions: Stimuli and Tests (FEEST). Er zijn zes universele emoties te herkennen in gezichten, te weten: angst, boosheid, verdriet, walging, verrassing en blijdschap.

De verwerking van emoties in gezichtsuitdrukkingen verschaft informatie over de emotionele toestand van de andere persoon en is daarmee een aspect van sociale cognitie (waarnemen, interpreteren en handelen in sociale processen, zoals Theory of Mind).

Bij cliënten met beschadiging van prefrontale hersenstructuren wordt een verstoring in zowel de herkenning als de productie van emoties gevonden. Verstoorte emotieperceptie is onder andere gevonden bij personen met autisme en schizofrenie. Ook bij personen met Mild Cognitive Impairment en (beginnende) dementie wordt een verminderde emotieperceptie gevonden. Dit wordt met name gevonden bij cliënten met frontotemporale dementie (FTD).

In het dementie-onderzoek is de FEEST een bruikbaar diagnostisch instrument bij met name FTD-vraagstellingen. De FEEST is oorspronkelijk als computertest uitgegeven. Er is eveneens een boekversie beschikbaar die geschikt is om te gebruiken in een oudere populatie.

Normgegevens

In het UMCG zijn nieuwe normen bepaald voor de EFT van de FEEST. In de periode 2007 tot 2015 heeft de dataverzameling plaatsgevonden. De steekproef bestond uit 520 gezonde mensen met een leeftijd tussen de 16 en 92 jaar. Normen zijn bepaald voor combinaties van achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht en opleidingsniveau). De normen zijn verkrijgbaar bij de afdeling Klinische Neuropsychologie in het UMCG.

Literatuur

- Ekman, P. (1999). Basic Emotions. In Dalgleish, T. & Power, M. J. (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion* (pp. 45-60). New York, NY: John Wiley & Sons Ltd.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 124-129.
- Izard, C. E. (1994). Innate and universal facial expressions: Evidence from developmental and cross-cultural research. *Psychological Bulletin*, 115, 288-299.
- McCade, D., Savage, G., & Naismith, S. L. (2011). Review of Emotion Recognition in Mild Cognitive Impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 32, 257-266.
- Voncken, L., Timmerman, M., Spikman, J., & Huitema, R. (2018) Beschrijving van de nieuwe, Nederlandse normering van de Ekman 60 Faces Test (EFT), onderdeel van de FEEST. *Tijdschrift voor Neuropsychologie* 13, 143-151.
- Young, A., Perret, D., Calder, A., Sprengelmeyer, R., & Ekman, P. (2002). *Facial Expressions of*

Emotion- Stimuli and Tests (FEEST). Bury st. Edmunds, England: Thames Valley Test Company.

Social Norms Questionnaire

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
SNQ	SNQ-NL	Van den Berg et al. (2021)	18+	Nee	Nee

Meetpretentie

De Social Norms Questionnaire (SNQ-NL) meet het vermogen om sociale normen te begrijpen en te identificeren.

De SNQ-NL differentieert tussen cliënten met de gedragsvariant FTD (bvFTD) en de ziekte van Alzheimer, maar niet tussen de gedragsvariant FTD en psychiatrische ziektes.

De SNQ-NL heeft een voldoende constructvaliditeit en kan gebruikt worden om kennis en begrip van sociale normen te onderzoeken in klinische populaties.

Algemene beschrijving

De Social Norms Questionnaire is ontwikkeld om vast te stellen in welke mate personen bepaalde impliciete, maar geaccepteerde sociale normen, kunnen begrijpen en identificeren.

De test bestaat uit 22 ja/nee-vragen welke beantwoord dienen te worden door de cliënt na een gestandaardiseerde instructie van de testafnemer.

De totale score kan worden berekend, waarbij een hogere score duidt op een betere kennis van sociale normen. Daarnaast worden twee soorten fouten onderscheiden:

Break-score (0-12): het aantal fouten in de richting van het doorbreken van een sociale norm. Een hogere score weerspiegelt meer fouten.

Overadhere score (0-10): het aantal fouten in de richting van overmatige samenleving van een waargenomen sociale norm, een hogere score weerspiegelt meer fouten.

Normgegevens

Er zijn referentiegegevens voor de SNQ-NL op basis van een controlegroep (n = 92, leeftijdscategorie 44-82 jaar, 47 mannen). Er zijn aparte gegevens voor mannen en vrouwen. Er is geen significante associatie tussen leeftijd en opleiding.

Literatuur

Van den Berg, E., Poos, J. M., Jiskoot, L. C., Montagne, B., Kessels, R., Franzen, S., . . . Papma, J. M. (2021). Impaired Knowledge of Social Norms in Dementia and Psychiatric Disorders: Validation of the Social Norms Questionnaire-Dutch Version (SNQ-NL). *Assessment, 29*, 1236–1247.

Symptoomvaliditeit

Amsterdamse Korte Termijn Geheugen Test

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
AKTG	1999	Handleiding	9 jaar en ouder	Nee	Ja

Meetpretentie

De Amsterdamse Korte Termijn Geheugen Test (AKTG) wordt gebruikt om onderpresteren op geheugentaken en/of oriëntatietaken te detecteren.

Algemene beschrijving

De test wordt expliciet geïntroduceerd als test van het kortetermijngeheugen. Kenmerkend voor de AKTG is, dat de test complexer oogt dan hij feitelijk is. De test bestaat uit 2 voorbeelden en 30 items. Elk item bestaat uit drie delen: een lijst met vijf woorden, vervolgens een afleidende eenvoudige rekensom en vervolgens wederom een lijst met vijf woorden, waarvan drie woorden overeenkomen met de eerste lijst. De cliënt wordt gevraagd die drie woorden te herkennen. De afnameduur van de AKTG is ongeveer tien tot vijftien minuten.

De AKTG kan niet worden afgenomen bij cliënten met dementie, Korsakov-patiënten, cliënten met klinisch evidente cognitieve stoornissen (bijvoorbeeld afasie) of cliënten met een posttraumatische amnesie.

Een cliënt mag op basis van alleen een lage AKTG-score niet beschuldigd worden van (opzettelijk) malingeren. De conclusie die wel getrokken mag worden is, dat de cliënt onder het niveau presteert waartoe hij of zij feitelijk in staat is. Bij geriatrische cliënten met een depressie is er een verhoogde kans op scores die onder het afkappunt vallen.

De AKTG heeft een hoge sensitiviteit, maar de specificiteit ligt onder die van de vergelijkbare TOMM-test.

Normgegevens

De test is genormeerd voor kinderen vanaf negen jaar en volwassenen. Er is een afkappunt dat geldt voor alle leeftijden. Het aanbevolen afkappunt is 85 punten. Een score daaronder wijst op onderpresteren bij een cliënt waarbij geen sprake is van evidente cognitieve stoornissen. De normgroep bestaat uit experimentele simulanten, controles en verschillende cliëntgroepen, in totaal 518 personen.

Literatuur

- Bouma, A., Mulder, J., Lindeboom, J., & Schmand, B. (2012). *Handboek neuropsychologische diagnostiek*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Schmand, B., De Sterke, S., & Lindeboom, J. (1999) *AKTG/ Amsterdamse Korte Termijn geheugen Test*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Test of Memory Malingering

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
TOMM	Handleiding	5 – 84 jaar	Nee	Nee

Meetpretentie

De Test of Memory Malingering (TOMM) wordt gebruikt om een inschatting te maken of er sprake is van onderpresteren op neuropsychologisch onderzoek bij kinderen en volwassenen die zich presenteren met geheugen- of aandachtsproblemen.

Algemene beschrijving

De TOMM wordt geïntroduceerd als geheugentest. De test bestaat uit twee leertrials (Trial 1 en Trial 2) en een optionele retentietrial. De afdure van de TOMM is ongeveer tien minuten (exclusief het tijdsinterval voor de retentietrial).

Wanneer er sprake is van suboptimaal presteren, kunnen de resultaten van het neuropsychologisch onderzoek niet betrouwbaar geïnterpreteerd worden. Er kunnen op basis van de TOMM geen uitspraken gedaan worden over de oorzaak van het onderpresteren.

Het is mogelijk om een verkorte testafname van de TOMM te doen. De retentietrial wordt dan niet afgenomen. Hiervoor kan gekozen worden als de prestatie op trial 2 goed is (score ≥ 45). Het is echter goed om te beseffen, dat dit een negatieve invloed kan hebben op de sensitiviteit van de TOMM.

De afkappunten zijn alleen geschikt voor cliënten die een MMSE-score behalen die hoger is dan 23.

De TOMM heeft een hoge specificiteit, maar de sensitiviteit is lager in vergelijking met andere vergelijkbare testen. De TOMM is niet gevoelig voor leeftijd, opleiding en culturele achtergrond. De TOMM is weinig sensitief voor cognitieve functiestoornissen, depressiviteit, angst en psychotische stoornissen. De TOMM moet niet gebruikt worden bij cliënten met zeer ernstige cognitieve functiestoornissen, zoals de ziekte van Alzheimer.

Normgegevens

De normen van de TOMM zijn gebaseerd op een groep personen in de leeftijd van 5 tot 84 jaar. Een score van minder dan 45 op trial 2 of de retentietrial geven aanwijzingen voor onderpresteren.

Daarnaast is er een meer conservatieve normering: bij meer dan 14 fouten op Trial 2 en de retentietrial samen, wordt onderpresteren aangenomen. Wanneer enkel Trial 1 en Trial 2 zijn afgenomen wordt een afkappunt van 13 fouten op de somscore van deze twee trials aanbevolen.

Literatuur

Bouma, A., Mulder, J., Lindeboom, J., & Schmand, B. (2012). *Handboek neuropsychologische diagnostiek*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Colby, F. (2001). Using the binomial distribution to assess effort: Forced-choice testing in neuropsychological setting. *Neurorehabilitation*, 16, 253-265.

Visuele Associatie Test – Extended

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
VAT-E	Handleiding (2017)	18 – 88 jaar	Nee	Nee

Meetpretentie

De Visuele Associatie Test – Extended (VAT-E) kan gebruikt worden wanneer er in klinische situaties mogelijk sprake is van onderpresteren. Verder kan de VAT-E gebruikt worden om geheugenproblemen te onderzoeken.

Algemene beschrijving

De VAT-E is gebaseerd op items van de Visuele Associatie Test. De VAT-E bevat vier symptoomvaliditeitschalen, die gebaseerd zijn op herkenning. Daarnaast heeft de VAT-E drie geheugenschalen: vrij reproduceren (VR), gepaard associëren (GA) en meerkeuze herkenning (MK). De verschillende schalen helpen de clinicus gericht advies te geven over passende hulp voor cliënten met geheugenproblemen.

De totale afnameduur van de VAT-E is ongeveer 15 minuten (exclusief het tijdsinterval van 15 minuten).

De VAT-E maakt gebruik van visuele stimuli. De test kan hierom ook afgenomen worden bij bijvoorbeeld cliënten met een dyslexie of bij cliënten die een andere moedertaal hebben.

Normgegevens

De schalen voor de symptoomvaliditeit hebben afkappunten. Er zijn normtabellen voor de geheugenschalen. Deze normtabellen zijn gebaseerd op data van 450 personen in de leeftijd van 18 tot 88 jaar. De gegevens zijn verzameld tussen januari 2014 en juni 2016.

Literatuur

- Meyer, S. R. A., de Jonghe, J. F. M. (2017). *VAT-E Visuele associatietest – Extended*. Handleiding. Hogrefe Uitgevers BV.
- Meyer, S. R. A., de Jonghe, J. F. M., Schmand, B., & Ponds, R. W. H. M. (2017). The Visual Association Test-Extended: a cross-sectional study of the performance validity measures. *The Clinical Neuropsychologist*, 31, 798-813.
- Meyer, S. R. A., De Jonghe, J. F., Schmand, B., & Ponds, R. W. (2019). Visual associations to retrieve episodic memory across healthy elderly, mild cognitive impairment, and patients with Alzheimer's disease. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 26, 447-462.

Word Memory Test

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
WMT	Handleiding Green (2004)	Alle leeftijden	Nee	Nee

Meetpretentie

De Word Memory Test (WMT) wordt ingezet om te beoordelen of cliënten die zich presenteren met geheugenklachten mogelijk onderpresteren tijdens neuropsychologisch onderzoek. Een vereiste is dat de cliënt beschikt over een normale leesvaardigheid.

Algemene beschrijving

De WMT is een gecomputeriseerde symptoomvaliditeitstest, die wordt gepresenteerd als een verbale geheugentest. De WMT bestaat uit twee efforttaken, die het symptoomvaliditeitstest-gedeelte uitmaken, en vier conventionele geheugentaken die het verbale geheugen meten. Om de WMT als efforttest te gebruiken, moeten beide efforttaken volledig worden afgenomen. De geheugenmaten zijn niet valide als op één van de efforttaken de score onder het vastgestelde afkappunt ligt. Aan de hand van het profiel van de effort- en geheugenmaten tezamen kan men beoordelen of een lage WMT-effort score te wijten is aan een gebrek aan effort, of te wijten is aan ernstige cognitieve functiestoornissen of een dementie. Een profiel met lage scores op de efforttaken en relatief hoge scores op de geheugentaken is atypisch en wijst op onderpresteren. Cliënten die dermate cognitieve stoornissen hebben dat zij niet in staat zijn een score boven het afkappunt te halen voor de efforttaken, zullen in vergelijking met de efforttaken nog veel slechter presteren op de vier geheugentaken. Dit wordt het dementieprofiel genoemd en komt niet alleen voor bij dementie, maar ook bij andere ernstige cognitieve stoornissen. De afnameduur voor de efforttaken ligt tussen de vijf en zeven minuten. De afnameduur voor de geheugentaken is ongeveer tien minuten.

Op basis van een lage score op de WMT kan men concluderen, dat er sprake is van suboptimaal presteren, maar er kan geen uitspraak gedaan worden over de etiologie hiervan.

De test is af te nemen in tien talen. Er is ook een papieren versie van de WMT beschikbaar. De WMT is een goed gevalideerde test. Depressiesymptomen, pijn, angst en epilepsie leiden niet automatisch tot onderpresteren op de WMT. De efforttaken van de WMT zijn nauwelijks gevoelig voor leeftijd en opleiding. De test lijkt wel gevoelig voor apathie. Als er sprake is van apathie is de effort ook gering, waardoor iemand slechter zal presteren op de WMT.

De WMT is in vergelijking met de TOMM sensitiever. De sensitiviteit van de WMT en de AKTG is ongeveer gelijk. De specificiteit van de WMT is in vergelijking met de AKTG test beter en ongeveer gelijk aan die van de TOMM.

Normgegevens

Als criteriumscore is vastgesteld dat het percentage correct op de drie indices (Immediate Recognition, Delayed Recognition en Multiple Choice) voor onderpresteren hoger dan 82,5 procent moet zijn om te kunnen spreken van een goede inzet. Het klinische afkappunt kan als erg conservatief worden beschouwd. Scores tussen 83 en 90 procent dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Er wordt een consistency score berekend, die de mate van overeenstemming tussen verschillende recognitiontesten meet. Ook wordt er een Effort Composite Score samengesteld, die de verschillende inzetindices integreert in één samenvattende maat voor inspanning en validiteit.

In de 'Report builder' kunnen resultaten vergeleken worden met maximaal vijf referentiegroepen.

In de handleiding zijn normen vermeld voor de aanvullende taken (Free Recall en Paired Associates Learning [PAL]) en zijn gebaseerd op een kleine groep gezonde controles met een beperkte leeftijdsrange. In 2009 is de normgroep uitgebreid tot 155, in de leeftijd van 20 tot 80 jaar.

Literatuur

Bouma, A., Mulder, J., Lindeboom, J., & Schmand, B. (2012). *Handboek neuropsychologische diagnostiek*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Rienstra, A., Spaan, P. E. J., & Schmand, B. (2009). Reference data for the Word Memory Test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 24, 255-262.

Intelligentie

Raven's 2 Progressive Matrices

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
Raven's 2 Progressive Matrices	Raven's 2	Handleiding	4-70 jaar	Digitaal is elke test uniek	Nee

Meetpretentie

De Raven's 2 progressive matrices (Raven's 2) is een non-verbale intelligentietest voor het beoordelen van de algemene cognitieve vaardigheden. De test meet het deductief vermogen wat een van de belangrijkste onderdelen is van de door Spearman aangeduide algemene intelligentie of *g*.

Algemene beschrijving

Deze versie van de Raven's Progressive Matrices is een herziening van eerdere versies, zoals de Colored Progressive Matrices (CPM), de Advanced Progressive Matrices (APM) en de Standard Progressive Matrices (SPM). Het doel van deze herziening is om één testbatterij te creëren die geschikt is voor een breder leeftijdsbereik en een grotere variatie aan cognitieve vaardigheden. De test is zowel op papier als digitaal beschikbaar en er is een verkorte en uitgebreide versie.

De ontwikkelaars geven aan dat de test geschikt is voor mensen die de Nederlandse taal niet volledig beheersen, zoals mensen met taalproblemen, immigranten of personen die Nederlands als tweede taal verwerven of verworven hebben. Ook kan hij afgenomen worden bij mensen met gehoorproblemen, een autismespectrumstoornis of een ontwikkelingsachterstand. Toch wordt de prestatie op non-verbale (intelligentie)testen zoals de Raven SPM, die op het eerste oog juist geschikt kunnen lijken voor cliënten die het Nederlands onvoldoende beheersen, vaak sterk beïnvloed door de culturele en opleidingsachtergrond (Rosselli & Ardila, 2003). Interpretatie dient dan met voorzichtigheid te gebeuren.

Normgegevens

De normen zijn gebaseerd op een groep mensen ($n=1200$) uit zes landen. Uit onderzoek bleek dat de scores dusdanig equivalent waren, dat er een gezamenlijke normgroep kon worden samengesteld. De normgegevens zijn verzameld in 2018 en 2019.

Literatuur

Bouma, A., Mulder, J., Lindeboom, J., & Schmand, B. (2012). *Handboek neuropsychologische diagnostiek*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Rosselli, M., & Ardila, A. (2003). The impact of culture and education on non-verbal neuropsychological measurements: A critical review. *Brain and Cognition*, 52(3), 326–333. [https://doi.org/10.1016/S0278-2626\(03\)00170-2](https://doi.org/10.1016/S0278-2626(03)00170-2)

Screeener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
SCIL	SCIL 18+	Nijman, Kaal, van Scheppingen en Moonen (2018)	18+	Nee	Nee

Meetpretentie

De screeener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking (SCIL) is een instrument, dat is ontworpen om snel te kunnen screenen op een licht verstandelijke beperking.

Algemene beschrijving

De SCIL wordt afgenomen via een vraaggesprek, aangevuld met enkele opdrachten op het gebied van rekenen en taal. Er is geen speciale training vereist voor afname van de SCIL, maar het is van belang goed bekend te zijn met de instructies. De SCIL omvat 14 items en afname duurt gemiddeld tussen de 10 en vijftien minuten. In totaliteit zijn er voor alle veertien items nul tot twee punten te verdienen, wat leidt tot een maximale score van 28.

Normgegevens

De steekproef voor de normering bestond uit 318 volwassenen met een gemiddelde IQ-score van 85, dat in Nederland wordt gehanteerd voor de classificatie van een verstandelijke beperking.

Dit is gedaan om de generaliseerbaarheid van de steekproef naar de praktijk te optimaliseren.

De interne consistentie tussen de 14 items bedraagt 0,84 met een test-hertestbetrouwbaarheid van 0,92 over een periode van gemiddeld zes weken tussen twee afnames. Daarnaast werd er voor de SCIL een hoge predictieve validiteit gevonden voor het onderscheiden van een IQ van 84 of lager van een IQ van 85 of hoger.

Het afkappunt van de SCIL is bepaald op 20, met een sensitiviteit van 82% en een specificiteit van 83%. Daarbij geldt dat de zekerheid met betrekking tot het vermoeden van een IQ van onder de 84 groter wordt naarmate de totaalscore verder onder het afkappunt ligt. Andersom geldt hetzelfde: hoe hoger de totaalscore ten opzichte van het afkappunt, des te groter de zekerheid tot het vermoeden van een IQ score van boven de 85.

De conclusie uit het onderzoek van Nijman en collega's (2018) luidt, dat de SCIL een bruikbaar instrument is om in te zetten bij vermoedens van een licht verstandelijke beperking, maar dat het slechts een screeningsinstrument is en uitvoeriger onderzoek nodig is om een definitieve diagnose te stellen. Tot slot wordt vervolgonderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de SCIL in onafhankelijke steekproeven aangeraden.

Literatuur

American Psychiatric Association. (2013). Neurodevelopmental Disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

Nijman, H., Kaal, H., van Scheppingen, L., & Moonen, X. (2018). Development and testing of a screener for intelligence and learning disabilities (scil). *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities : Jarid*, 31, 67. <https://doi.org/10.1111/jar.12310>

Wieland, J., Van Hout, T. P., Van Els, B., & Bogers, J. P. A. M. (2020). Onderkennen van zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking bij aangemelde cliënten op een algemene psychiatrische polikliniek. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 62, 860–867.

Wechsler Adult Intelligence Scale-IV

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
WAIS-IV	Handleiding ANDI	16 – 85 jaar	Nee Nee	Ja

Meetpretentie

De Wechsler Adult Intelligence Scale-IV (WAIS-IV-NL) meet de algemene intelligentie, het IQ, van adolescenten en volwassenen. De WAIS-IV omvat tien kernsubtesten en vijf optionele subtesten die de factoren Verbaal Begrip, Perceptueel Redeneren, Werkgeheugen en Verwerkingssnelheid in kaart brengen.

Algemene beschrijving

De WAIS-IV-NL is gebaseerd op de Amerikaanse WAIS-IV en is ontwikkeld om de normen up-to-date te brengen en de psychometrische eigenschappen te verbeteren. De subtesten van de WAIS-IV-NL omvat vier indexschalen die zijn samengesteld uit verscheidene subtesten: Verbaal Begrip, Perceptueel Redeneren, Werkgeheugen en Verwerkingssnelheid. De subtesten binnen een indexschaal worden gebruikt om de bijbehorende indexscore af te leiden. Iedere indexschaal draagt bij aan de totaalscore die gebruikt wordt om het Totale IQ-score (TIQ) te verkrijgen.

De afname van de WAIS-IV-NL gebeurt met pen en papier of via Q-interactive. Een afname van de volledige batterij duurt 1,5 tot 2,5 uur, afhankelijk van de leeftijd en de capaciteiten van de testpersoon, de ervaring van de gebruiker en het aantal af te nemen subtesten.

In het kader van de klinische validatie van de WAIS-IV-NL is een groep van 22 cliënten met de ziekte van Alzheimer (voornamelijk in een beginstadium) getest. Het doel van dit onderzoek was om na te gaan of de WAIS-IV-NL in staat is cognitieve achteruitgang bij deze groep te detecteren, en daarmee de klinische bruikbaarheid van de test te toetsen. De groep scoorde aanzienlijk lager dan gemiddeld op alle subtests, processcores en indexscores, met een gemiddelde TIQ van circa 67,3 en een opvallend lage verwerkingssnelheid (gemiddelde indexscore \approx 53,2). Deze resultaten zijn in lijn met het verwachte cognitieve profiel van mensen met beginnende dementie van het Alzheimer-type. Deze bevindingen ondersteunen het gebruik van de WAIS-IV-NL als een klinisch relevant en gevoelig instrument voor het signaleren van cognitieve achteruitgang bij patiënten met (beginnende) dementie, en onderbouwen de waarde van de test in neuropsychologische diagnostiek.

Normgegevens

De normen van de WAIS-IV-NL zijn onderverdeeld in Nederland ($n=1000$) en Vlaanderen ($n=500$). Voor beide groepen geldt dat er normen zijn voor tien leeftijdsgroepen verdeeld over de leeftijden 16:0 tot 84:11. Voor drie subtesten (Cijfers en Letters nazeggen, Figuur zoeken, Gewichten) zijn er normen verzameld van 16:0 tot 69:11. De steekproef is een representatieve weergave van de Nederlandse en Vlaamse samenleving gebaseerd op leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en regio. Verder zijn er verschillende betrouwbaarheidsstudies gedaan waarvoor geen aparte normen zijn gepubliceerd.

Literatuur

Wechsler, D (2012): *WAIS-IV-NL: Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition- Nederlandstalige bewerking: Technische handleiding en Afname- en scoringshandleiding*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Vragenlijsten

Apathie Evaluatie Schaal (AES)

Test	Versie	Normen	Parallelversie	COTAN
AES	AES- 18 AES- 14 AES- 10	Handleiding Lampe en Heeren Vertaalde versie Starkstein et al. Handboek Doen bij Depressie	Nee	Nee

Meetpretentie

Met de Apathie Evaluatie Schaal kan apathie worden gemeten. Ook de NPI en de GIP bevatten schalen om apathie te onderzoeken, maar de AES is uitgebreider en bevat de verschillende kenmerken die apathie typeren.

Algemene beschrijving

De Nederlandse versie van de Apathie Evaluatie Schaal (AES) van Lampe en Heeren (2000) bevat 18 items. De totaalscore varieert van 18 tot 72, waarbij een hogere score meer apathie aanduidt. De 18 items bevatten zowel zelfbeoordelvragen alsook vragen die door de onderzoeker worden beoordeeld. Er is ook een verkorte vertaalde versie van 14 items beschikbaar, namelijk de Apathy Scale (AS), in het Nederlands de AES-14. Deze schaal wordt bij Parkinsonpatiënten aanbevolen wegens de psychometrisch goede kwaliteiten bij deze doelgroep.

De derde variant is afkomstig uit het handboek 'Doen bij depressie'. Het betreft de Apathy Evaluation Scale Nursing Home-version (AES-10). Uit de oorspronkelijke lijst zijn vragen weggelaten die minder toepasbaar zijn bij verpleeghuisbewoners. De schaal is bij bewoners met en zonder dementie toe te passen. Deze versie kan worden gebruikt om te screenen op apathie door een zorgmedewerker te interviewen.

De AES-18 schaal is gevalideerd voor cliënten met de ziekte van Alzheimer of een andere vorm van dementie, cliënten met een NAH en een depressie. Sinds 2009 is er internationale consensus over de diagnose apathie. Deze consensus maakt het mogelijk om, naast de betrouwbaarheid en de interne consistentie van meetinstrumenten, ook de validiteit ervan grondiger te onderzoeken.

De AES-14 en AES-18 zijn (gratis) beschikbaar via de website van het Trimbos-instituut.

Normgegevens

Op de AES-18 versie duidt een score hoger dan 38 als cut-off waarde voor een apathiesyndroom. Op de AES-14 geldt een afkapwaarde van 14.

Op de AES-10 wordt een afkappunt van 21 gehanteerd: een score van 21 of hoger geeft aan dat verder onderzoek nodig is. Bij mensen met de diagnose dementie wordt een 'optimaal afkappunt' van 29 aangeraden. Met 'optimaal' wordt bedoeld dat wordt verwacht dat het nadeel van een foutieve beslissing om iemand zonder apathie als apathisch aan te merken (onterecht positieve beslissing) gelijk is aan het nadeel van een foutieve beslissing om iemand met apathie als niet apathisch aan te merken (onterecht negatieve beslissing).

Literatuur

Gerritsen, D., Leontjevas, R., Ketelaar, N., Derksen, E., Koopmans, R., & Smalbrugge, M. (2013). *Handboek Doen bij Depressie: Multidisciplinair zorgprogramma*. Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen.

Lampe en Heeren (2000). Nederlandse vertaling van de AES. Geraadpleegd op 15 september 2025 van <https://www.trimbos.nl/kennis/ouderenpsychiatrie-nkop/meetinstrumenten-ouderenpsychiatrie/>

- Leentjens, A. F., Dujardin, K., Marsh, L., Martinez-Martin, P., Richard, I. H., Starkstein, S. E., ... & Stebbins, G. T. (2008). Apathy and anhedonia rating scales in Parkinson's disease: critique and recommendations. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 23, 2004-2014.
- Leontjevas, R., Evers-Stephan, A., Smalbrugge, M., Pot, A. M., Thewissen, V., Gerritsen, D. L., & Koopmans, R. T. (2012). A comparative validation of the abbreviated Apathy Evaluation Scale (AES 10) with the Neuropsychiatric Inventory apathy subscale against diagnostic criteria of apathy. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13, 308-e1.
- Leontjevas, R., Gerritsen, D., van Leeuwen, A. (2012). Meetinstrumenten voor depressie en apathie in verpleeghuizen. Toepassingsmogelijkheden naar aanleiding van het Doen bij Depressie onderzoek. UKON. Geraadpleegd op 15 september 2025 van <https://www.ukonnetwerk.nl/media/1348/handleiding-vragenlijstendepressieapathie20120406.pdf>
- Lueken, U., Seidl, U., Völker, L., Schweiger, E., Kruse, A., & Schröder, J. (2007). Development of a short version of the Apathy Evaluation Scale specifically adapted for demented nursing home residents. *The American journal of geriatric psychiatry*, 15, 376-385.
- Marin, R. S., Biedrzycki, R. C., & Firinciogullari, S. (1991). Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry research*, 38, 143-162.
- Pedersen, K. F., Alves, G., Larsen, J. P., Tysnes, O. B., Møller, S. G., & Brønnick, K. (2012). Psychometric properties of the Starkstein Apathy Scale in patients with early untreated Parkinson disease. *The American journal of geriatric psychiatry*, 20, 142-148.
- Robert, P., Onyike, C. U., Leentjens, A. F. G., Dujardin, K., Aalten, P., Starkstein, S., ... & Bayle, F. (2009). Proposed diagnostic criteria for apathy in Alzheimer's disease and other neuropsychiatric disorders. *European Psychiatry*, 24, 98-104.
- Santangelo, G., Barone, P., Cuoco, S., Raimo, S., Pezzella, D., Picillo, M., Erro, R., Moccia, M., Pellecchia, M. T., Amboni, M., Franco, S., Grossi, D., Trojano, L., & Vitale, C. (2014). Apathy in untreated, de novo patients with Parkinson's disease: validation study of Apathy Evaluation Scale. *Journal of Neurology*, 261(12), 2319-2328. <https://doi.org/10.1007/s00415-014-7498-1>
- Starkstein, S. E., Mayberg, H. S., Preziosi, T., Andrezejewski, P., Leiguarda, R., & Robinson, R. G. (1992). Reliability, validity, and clinical correlates of apathy in Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 4, 134-139.

Amsterdam Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
A-IADL	Amsterdamse	Handleiding	Ouderen	Nee	Nee

Meetpretentie

De Amsterdam Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (A-IADL) meet problemen in uiteenlopende dagelijkse activiteiten die nodig zijn voor zelfstandig wonen.

Algemene beschrijving

De A-IADL is geschikt om het huidige functioneren van een cliënt in complexe dagelijkse activiteiten (IADL) in kaart te brengen. De vragenlijst heeft als doel problemen op complexe dagelijkse activiteiten in een vroeg stadium van het ontstaan te kunnen detecteren. Bij een beginnende uitgebreide neurocognitieve stoornis is het functioneren op de schalen van de A-IADL aangedaan. In het begin kan dit nog subtiel zijn en daarom is het van belang in het diagnostisch proces gebruik te maken van meetinstrumenten gericht op de IADL. Het instrument is ook toe te passen bij het beoordelen van vooruitgang en achteruitgang in de toekomst. Dit instrument is bedoeld voor ouderen en kan binnen de thuissituatie en het ziekenhuis worden gebruikt. De A-IADL is een vragenlijst die aansluit bij de huidige technologische ontwikkelingen, heeft relatief goede psychometrische eigenschappen en het is mogelijk de vragenlijst digitaal op te sturen en van tevoren in te laten vullen door de informant. Het instrument is niet specifiek onderzocht bij ouderen die in een verpleeghuis wonen. Wel is er onderzoek gedaan naar de implementatie van de vragenlijst op de geheugenpoli in een perifere ziekenhuis. Er is gekozen voor activiteiten die voor zowel mannen als vrouwen en voor verschillende leeftijdsgroepen van toepassing zijn, zoals koken of het regelen van financiën.

De A-IADL geeft zeven domeinen van functioneren weer en hoe hoger de score des te meer beperkingen heeft de cliënt in zijn functioneren.

De vragenlijst wordt ingevuld door een naaste, zoals een familielid, partner of vriend. De vragenlijst is zowel digitaal als op papier af te nemen. Er is naast de originele versie (70 items, afnametijd 20-25 minuten) ook een korte versie (30 items, afnametijd 10-15 minuten) beschikbaar.

De A-IADL-vragenlijst is gratis beschikbaar voor gebruik in de kliniek en voor non-profitorganisaties en kan worden aangevraagd via: <https://www.alzheimercentrum.nl/professionals/amsterdam-iadl/>

Er wordt onderzoek gedaan naar een uitbreiding van de A-IADL met een aantal neuropsychologische taken naar de Cognitive-Functional Composite (CFC), met als doel om progressie van MCI en dementie in kaart te kunnen brengen. Deze test is als complete test nog niet beschikbaar voor de klinische praktijk, er zijn nog geen grootschalige normgegevens beschikbaar. Meer informatie over deze ontwikkeling is te vinden via de website van het Alzheimercentrum Amsterdam van het Amsterdam UMC.

Normgegevens

De totaalscore wordt omgeschaald naar een T-score, waarbij lagere scores meer problemen in het dagelijks IADL-functioneren betekenen. De kwaliteit van de A-IADL werd in verschillende validatiestudies onderzocht. Hieruit bleek de vragenlijst een valide en betrouwbaar instrument voor interferentie in het dagelijks leven.

Literatuur

- Dubbelman, M. A. (2022). *For good measure: Detecting and defining changes in everyday functioning in Alzheimer's disease and related disorders*. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Jutten, R.J., Peeters, C.F.W., Leijdesdorff, S.M.J., Visser, P.J., Maier, A.B., Terwee, C.B., Scheltens, P. & Sikkes, S.A.M. (2017). Detecting functional decline from normal aging to dementia: Development and

validation of a short version of the Amsterdam IADL Questionnaire. *Alzheimer's & Dementia*, 8, 26-35.

Sikkes, S. A. M., Dubbelman, M. A., Verrijp, M., Jutten, R. J., Gillisen, F., Pijnenburg, Y. A. L. P., & Scheltens, P. (2019). Het meten van problemen in het dagelijks leven bij beginnende dementie: De Amsterdam IADL-vragenlijst. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 14(2), 126-137.

Scheltens, P. (2019). Het meten van problemen in het dagelijks leven bij beginnende dementie: De Amsterdam IADL-vragenlijst. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 14.

Van der Putten-Toorenburg, A., Schoonenboom, N., Prick, A-E., Leontjevas, R., Vaessen, T. & Sikkes, S. A. M., (2023). De Implementatie van de Amsterdam IADL-vragenlijst op de Geheugenpolikliniek. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 18.

Brief Symptom Inventory

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
BSI	BSI BSI-18	Handleiding	Vanaf 18 jaar	Nee	Nee

Meetpretentie

De Brief Symptom Inventory (BSI) brengt de symptomen van psychopathologie in kaart.

Algemene beschrijving

De BSI is een multidimensionale klachtenlijst die door middel van zelfrapportage wordt afgenomen. De BSI is een verkorte versie van de SCL-90-R. De BSI bestaat uit 53 items. Er is ook een verkorte versie met 18 items die kan worden gebruikt als een screener.

De BSI meet de aard en ernst van de klachten. Deze worden verdeeld over negendimensies; somatische klachten (SOM), cognitieve problemen (COG), interpersoonlijke gevoeligheid (INT), depressieve stemming (DEP), angst (ANG), hostiliteit (HOS), fobische angst (FOB), paranoïde gedachten (PAR) en psychoticisme (PSY). Naast deze dimensies omvat de BSI ook drie globale schalen, namelijk: een algemene maat voor psychopathologie (BSI-totaalscore), het aantal aanwezig symptomen en de ernst van de aanwezige symptomen.

De items vragen hoeveel last iemand heeft van de beschreven klacht. De respondent kan scoren van 'helemaal geen' (=0) tot 'heel veel' (=4).

De BSI-18 kan worden gebruikt als screener voor de meest voorkomende klachten: lichamelijke klachten, depressie en angst. Dit geeft een totaalscore die kan worden gebruikt voor interpretatie.

Normgegevens

De normgegevens voor de BSI zijn verzameld door middel van longitudinaal bevolkingsonderzoek. Er zijn normgegevens beschikbaar voor cliënten in de ambulante zorg (n=4650), (gezonde) autochtone mannen en vrouwen van 18 tot 29 jaar (n=266), vanaf 30 jaar (n=1047), en (gezonde) allochtone mannen en vrouwen vanaf 18 jaar (n=287).

Literatuur

De Beurs, E., & Zitman, F. (2005). *De brief symptom inventory (BSI). De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90*. Leiden: Leids universitair medisch centrum.

De Beurs, E. (2008). *Brief symptom inventory handleiding*. Leiden: The Netherlands: PITS B.V.

Derogatis, L. R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.

Derogatis, L. R. (1977). *The SCL-R-90 Manual I: Scoring, Administration and Procedures for the SCL-90*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.

Catherine Bergego Scale

Test	Versie	Normen	Parallelversie	COTAN
Catherine Bergego Scale	Nederlandse versie	Ten Brink e.a. (2013)	Nee	Nee

Meetpretentie

De Catherine Bergego Scale (CBS) is een observatielijst waarmee de aanwezigheid en de mate van neglect systematisch kan worden geobserveerd bij alledaagse handelingen.

Algemene beschrijving

De CBS bestaat uit tien items, die het functioneren van patiënten in dagelijkse activiteiten in kaart brengen, zoals wassen, aankleden, eten, mobiliteit en het gebruik van de persoonlijke ruimte. Een observator schat in of het niet kunnen uitvoeren van een activiteit het gevolg is van een neglect. De tien items worden gescoord op een schaal van 0-3 (geen, mild, gematigd of ernstig neglect). De CBS is een ecologisch valide instrument. Er wordt in de uiteindelijke score geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende typen neglect. Van de Nederlandse versie is de interne consistentie hoog en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voldoende tot matig.

Voor het detecteren van een neglect na een CVA, wordt er aanbevolen om als primaire test een wegstreeptest af te nemen. Als er tijd en ruimte is om meer dan één neglect test af te nemen, dan wordt aangeraden om de lijn-bisectietest en figuur kopiëren af te nemen.

Normgegevens

De maximale score is 30, waarbij een score van zes als grenswaarde wordt gebruikt om een neglect te identificeren. De mate van neglect kan worden weergegeven als mild (6-10), gematigd (11-20) of ernstig (21-30).

Literatuur

- Azouvi, P., Olivier, S., De Montety, G., Samuel, C., Louis-Dreyfus, A. & Tesio, L. (2003). Behavioral assessment of unilateral neglect: Study of the psychometric properties of the Catherine Bergego Scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(1), 51-57.
- Bergego, C., Azouvi, P., Samuel, C., Marchal, F., Louis-Dreyfus, A., Jokic, C., Morin, L., Renard, C., Pradat-Diehl, P., & Deloche, G. (1995). Catherine Bergego Scale (CBS). *Neuropsychological Rehabilitation Journal*.
- Brink, A.F. ten, Nijboer, T.C.W., Van Beekum, L., Van Dijk, J., Peeters, R., Post, M.W.M. & Visser-Meily, J.M.A. (2013). De Nederlandse Catherine Bergego schaal: Een bruikbaar en valide instrument in de CVA zorg. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie*, (6), 27-36.
- Brink, A.F. ten, Visser-Meily, J.M.A., Eijsackers, A., Kouwenhoven, M. & Nijboer, T.C.W. (2017). Ontwikkelingen in de diagnostiek van neglect: dynamischer meten is beter weten. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 12(3), 177-188.
- Moore, M., Milosevich, E., Beisteiner, R., Bowen, A., Checketts, M., Demeyere, N., Fordell, H., Godefroy, O., Laczó, J., Rich, T., Williams, L., Woodward-Nutt, K. & Husain, M. (2022). Rapid screening for neglect following stroke: A systematic search and European Academy of Neurology recommendations. *European journal of neurology* 29 (9), 2596-2606.

Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
CERQ	CERQ CERQ-18	Handleiding	12 t/m 99 jaar	Nee	Ja

Meetpretentie

De Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) meet cognitieve strategieën van adolescenten en volwassenen welke gebruikt worden om met stressvolle of emotioneel beladen gebeurtenissen om te gaan.

Algemene beschrijving

De CERQ heeft als het doel het meten van verschillende cognitieve copingstrategieën bij adolescenten (vanaf 12 jaar) en volwassenen. De CERQ is een zelfrapportage vragenlijst. De vragenlijst kan zowel gebruikt worden om cognitieve copingstijlen te meten als om een specifieke respons op een specifieke gebeurtenis of situatie te meten. Afhankelijk van het beoogde doel van de CERQ, wordt de vraagstelling hierop aangepast.

De vragenlijst bestaat uit 36 items, gelijkmatig verdeeld over 9 schalen: jezelf de schuld geven, accepteren, rumineren, concentreren op andere positieve zaken, concentreren op planning, positief herinterpreteren, relativieren, catastroferen en anderen de schuld geven.

De respondent wordt gevraagd naar de mate waarin hij of zij gebruik maakt van een bepaalde cognitieve copingstrategie. Deze wordt beoordeeld op de vijfpuntschaal lopend van '(bijna) nooit' tot '(bijna) altijd'. De CERQ vraagt uitsluitend naar wat iemand denkt na het meemaken van een negatieve gebeurtenis. Dit maakt de CERQ anders dan andere coping vragenlijsten waarbij geen expliciet onderscheid wordt gemaakt tussen gedachten en wat de persoon in werkelijkheid doet.

Wanneer de CERQ wordt gebruikt voor onderzoek, kan dit worden aangegeven bij de auteurs en is het mogelijk deze gratis te gebruiken. Hiervoor kan contact worden gezocht via de website van Universiteit Leiden. Voor het gebruik in diagnostische setting zijn er kosten verbonden aan het gebruik van de vragenlijst.

Normgegevens

Er zijn vijf normgroepen beschikbaar, elk met afzonderlijke normtabellen voor mannen en vrouwen. Hiervan zijn vier normgroepen steekproeven van de algemene bevolking: adolescenten van 13 tot 15 jaar (n=586), adolescenten van 16 tot 18 jaar (n=986), volwassenen van 18 tot 65 jaar (n=611) en ouderen van 66 jaar en ouder (n=99). Daarnaast is er een normgroep volwassen psychiatrische cliënten van 18 tot 65 jaar (n=218).

De CERQ kan worden gebruikt om een Reliable Change Index te berekenen. Hiermee kan in kaart worden gebracht wat het effect van hulpverlening is op een specifieke respondent.

Literatuur

- Baan, N.W.A., Garnefski, N., & Kraaij, V. (2002). Religiositeit, slechts een gedachtespinsel? Een onderzoek naar de relatie van religieuze- en cognitieve copingmechanismen met welbevinden onder boeren getroffen door de MKZ-crisis. *Psyche en Geloof*, 13, 114-127.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *CERQ Handleiding voor het gebruik van de Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Een vragenlijst voor het meten van cognitieve copingstrategieën*. Zoetermeer: DATEC.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European journal of psychological assessment*, 23(3), 141-149.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*, 41(6), 1045-1053.

Coping Inventory for stressful situation

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
CISS	CISS (NL; De Ridder & Van Heck, 2004)	Handleiding	Vanaf 18 jaar	Nee	Ja

Meetpretentie

De Coping Inventory for stressful situation (CISS) meet copingstijlen van (jong)volwassenen.

Algemene beschrijving

De CISS heeft als doel het in kaart brengen van copingstijlen. De CISS is een zelfbeoordelingschaal waarbij de respondent wordt geïnstrueerd aan te geven hoe men over het algemeen omgaat met een stresserende of stressvolle situatie.

De vragenlijst bestaat uit 48 items welke gelijkmatig zijn verdeeld over drie schalen: Taakgerichte coping (T), Emotiegerichte coping (E) en Vermijdingsgerichte coping (V). De schaal Vermijdingsgerichte coping bestaat uit twee subschalen: Afleiding zoeken (AZ) en Gezelschap zoeken (GZ).

Elke vraag wordt gescoord op een vijfpuntsschaal lopend van 'helemaal niet' tot 'heel erg sterk'. De respondent geeft bij elke vraag aan in hoeverre hij/zij op de betreffende manier reageert in stressvolle situaties. De schaalscores worden berekend door de items per schaal op te tellen. Hierbij geldt dat een hogere score indiceert dat de bijbehorende copingstrategie op de respondent van toepassing is.

De CISS gaat uit van het onderscheid tussen probleemgerichte en emotiegerichte strategieën in coping. Hierin onderscheidt de CISS zich van andere vragenlijsten zoals de Utrechtse Coping Lijst (UCL). Hierdoor kan de interpretatie worden ondersteund door de coping theorie van Lazarus en Folkman (1984).

De CISS is geschikt bevonden voor gezonde volwassenen, psychiatrische cliënten en cliënten met niet-aangeboren hersenletsel.

Normgegevens

Er zijn drie normgroepen te vinden in de handleiding: werkende volwassenen (n=683), studenten (n=184) en psychiatrische patiënten (n=410).

De CISS wordt gescoord met behulp van een scoringsleutel, die op het formulier is opgenomen. Hierop is te zien welke items behoren tot welke (sub)schaal. De ruwe (sub)schaalscores kunnen worden omgezet in normgegevens. De normeringschaal van de CISS is ingedeeld in zeven categorieën, lopend van 'zeer hoog' tot 'zeer laag'.

Literatuur

- Endler, N. S., & Parker, J. (1990). *Coping inventory for stressful situations*. Multi-Health systems incorporated.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1999). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems.
- de Ridder, D. T. D., & van Heck, G. L. (2004). *Coping inventory for stressful situations. CISS Handleiding*. Swets Test Publishers.
- Brands, I. M., Köhler, S., Stapert, S. Z., Wade, D. T., & van Heugten, C. M. (2014). Psychometric properties of the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) in patients with acquired brain injury. *Psychological assessment*, 26(3), 848.

Cornell Scale for Depression in Dementia

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
CSDD	Meetinstrumenten voor de ouderenpsychiatrie – Trimbos instituut	n.v.t.	Nee	Nee

Meetpretentie

De Cornell Scale for Depression in Dementia is een 19-item beoordelingsschaal voor depressie bij dementie. De clinicus neemt de lijst af en gebruikt hierbij informatie van zowel de cliënt (voor zover mogelijk, afhankelijk van de ernst van de dementie) als van een informant, zoals een familielid of een verzorgende.

Algemene beschrijving

De items van de Cornell schaal zijn samengesteld na zorgvuldig literatuuronderzoek naar de fenomenologie van depressie bij dementie en depressie bij cognitief gezonde ouderen. Vijf domeinen worden uitgevraagd: stemmingsgerelateerde kenmerken, gedragsstoornissen, lichamelijke kenmerken, cyclische functies en stoornissen in de gedachteninhoud. De ernst van elk symptoom wordt op een 3-puntsschaal aangeven: afwezig, licht/wisselend aanwezig of ernstig. Daarnaast is er de antwoordmogelijkheid 'niet te beoordelen'. De beoordelingen zijn gebaseerd op symptomen en kenmerken zoals waargenomen in de week voorafgaande aan het interview.

Volgens de handleiding van de originele CSDD (Cornell) gebeurt afname van de schaal in twee stappen: allereerst interviewt de clinicus een verzorgende over alle items van de schaal, waarna een kort interview met de cliënt plaatsvindt. De items worden uitgevraagd zoals ze op de schaal zijn aangegeven, waarbij de clinicus vrij is om toelichting te geven indien een item niet wordt begrepen. Indien een groot verschil bestaat tussen het oordeel van de verzorgende en het oordeel van de cliënt, dient de clinicus de verzorgende opnieuw te interviewen. Uiteindelijk wordt de Cornell schaal gescoord op basis van het klinisch oordeel van de clinicus.

In de klinische praktijk wordt de Cornell schaal vaak als vragenlijst ingevuld door verzorgend personeel van verpleeghuizen. Belangrijk om bij deze vorm van afname te beseffen is dat de vragenlijst niet als zodanig gevalideerd is.

Totale afnameduur van de Cornell schaal bedraagt ongeveer 30 minuten (20 minuten met verzorgende, tien minuten met cliënt).

De Cornell schaal wordt in diverse studies vooral als bruikbaar screeningsinstrument gezien, waarbij het met name gebruikt kan worden voor het uitsluiten van een depressie. Ook wordt de Cornell schaal bruikbaar geacht als screeningsinstrument voor depressie bij (gevorderde) dementie. De Cornell schaal is (gratis) beschikbaar via de website van het Trimbos-instituut.

Normgegevens

De oorspronkelijke auteurs van de lijst geven aan, dat de Cornell bruikbaar is als kwantitatieve maat voor depressie en dat, hoewel de totaalscore correleert met de aanwezigheid van depressieve symptomen, de lijst niet is geconstrueerd als diagnostisch instrument.

In een Nederlandse studie werd gevonden, dat de schaal een hoge negatieve voorspellende waarde (100%) en lage positieve voorspellende waarde bood (niet hoger dan 50%).

Onderzoek toont aan dat dit instrument valide is, met een specificiteit van 0.80 en een sensitiviteit van 0.84 (op basis van pooled result best-reported estimates). De volgende waarden worden gehanteerd: een afkappunt van >8 duidt op lichte depressiviteit en >12 op matige/ernstige depressiviteit.

Literatuur

- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. V., & Shamoian, C.A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. *Society of Biological Psychiatry*, 23, 271-284.
- Cohen, C. I., Hyland, K., & Kimhy, D. (2003). The utility of mandatory depression screening of dementia patients in nursing homes. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2012-2017.
- Goodarzi, Z. S., Mele, B. S., Roberts, D. J., & Holroyd-Leduc, J. (2017). Depression Cade Finding in Individuals with Dementia: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65, 937-948.
- Kok, R. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn depressie, addendum ouderen*. Utrecht: CBO/Trimbosinstituut.
- Leontjevas, R., Gerritsen D. L., Vernooij-Dassen, M. J., Smalbrugge, M., & Koopmans, R. T. (2012). Comparative validation of proxy-based Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale and Cornell Scale for Depression in Dementia in nursing home residents with dementia. *American Journal of Geriatry and Psychiatry*, 20, 985–99.

Geriatric Depression Scale

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallel versie	COTAN
GDS	GDS-4 GDS-5 GDS-8 GDS-15 GDS-30	Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie Addendum Ouderen bij de MDR Depressie Olde Rikkert et al, 2008	Vanaf 60 jaar	Nee	Nee

Meetpretentie

De Geriatric Depression Scale (GDS) is een screeningschaal voor depressie, specifiek ontwikkeld voor ouderen.

Algemene beschrijving

De GDS is een screeningsinstrument voor depressieve symptomen bij ouderen. Het instrument kent meerdere versies, die variëren in lengte en toepassing. De oorspronkelijke versie bestaat uit 30 items (GDS-30). Daarnaast zijn er verkorte versies ontwikkeld, waarvan de GDS-15 het meest wordt gebruikt. Andere varianten zijn de GDS-8, GDS-5 en GDS-4.

GDS-30

De GDS-30 is uitgebreid onderzocht en kan zowel voor screening als voor het volgen van veranderingen in depressieve symptomen worden ingezet. Wel is aangetoond dat de betrouwbaarheid afneemt bij mensen met cognitieve beperkingen. Bij een MMSE-score lager dan 15 is deze versie niet langer betrouwbaar.

GDS-15 en GDS-8

De GDS-15 is een veelgebruikte, valide verkorte versie van het instrument. Ook de GDS-8 blijkt betrouwbaar af te nemen. Onderzoek onder 350 en 410 ouderen toonde aan, dat zowel de GDS-8 als GDS-15 voldoende onderscheidend vermogen hebben in vergelijking met de GDS-30 en de MADRS. Deze versies zijn bovendien praktisch inzetbaar in zorginstellingen.

GDS-5 en GDS-4

De kortste versies, de GDS-5 en GDS-4, tonen volgens een recente systematische review en meta-analyse grote variatie in betrouwbaarheid. Er bestaan bovendien meerdere versies van deze schalen, waardoor vergelijking en interpretatie bemoeilijkt worden.

Conclusie

De GDS is bedoeld als screeningsinstrument, niet als diagnostisch instrument volgens DSM-criteria. Een verhoogde score kan aanleiding zijn voor nadere diagnostiek. Voor betrouwbare toepassing wordt aanbevolen om bij voorkeur de GDS-8, GDS-15 of GDS-30 te gebruiken.

De GDS is (gratis) online beschikbaar via de website van het Trimbos-instituut.

Normgegevens

Voor de GDS-30 worden de volgende interpretaties aangehouden: 0-10: niet depressief, 11- 20: mild depressief, 21-30: ernstig depressief.

Bij de GDS-15 wijst een score van 6 of meer op een mogelijke depressie. Bij somatisch zieken wordt een afkapwaarde van 7/8 geadviseerd. Voor de GDS-8 wijst een score van 3 of hoger op een mogelijke depressie.

Literatuur

- Brañez-Condorena A., Soriano-Moreno D.R., Navarro-Flores A., Solis-Chimoy B., Diaz-Barrera M.E., Taype-Rondan A. (2021). Accuracy of the Geriatric Depression Scale (GDS)-4 and GDS-5 for the screening of depression among older adults: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 16, e0253899.
- Gerritsen, D. L., Jongenelis, K., Pot, A. M., Beekman, A. T. F., Eisses, A. M. H., Kluiters, H., & Ribbe, M. W. (2007). De GDS-8: een korte, cliënt- en gebruikers-vriendelijke versie van de Geriatrische Depressie Schaal voor verpleeghuizen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38, 298-304.
- Kenney Weeks, S., McGann, P. E., King Michaels, T., Penninx, B. W. J. H. (2003). Comparing various short-form Geriatric Depression Scales leads to the GDS-5/15 (2003). *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 133-137.
- Kok, R. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn depressie, addendum ouderen*. Utrecht: CBO/Trimbosinstituut.
- Olde Rikkert, M. G. M., Flamaing, J., Petrovic, M., Schols, J. M. G. A., & Hoefnagels, W. H. L. (2008). *Probleemgeoriënteerd denken in de geriatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Sheikh, J. L., & Yeasavage, J. A. (1986). *Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version*. In T.L. Brink (ed.), *Clinical Gerontology: A guide in assessment and intervention*. New York: Hawthorne Press.
- Smalbrugge, M., Jongenelis, L., Pot, A. M., Beekman, A. T. F., & Eefsting, J. A. (2008). Screening for depression and assessing change in severity of depression. Is the Geriatric Depression Scale (30-, 15- and 8-item versions) useful for both purposes in nursing home patients? *Aging & Mental Health*, 12, 244-248.
- Yeasavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.

Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
GPS	Van Alphen (2006)	60 jaar en ouder	Nee	Nee

Meetpretentie

De Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal (GPS) is een screeningsinstrument, dat is ontwikkeld voor het opsporen van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.

Algemene beschrijving

De GPS is een screeningsinstrument voor de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen en is gebaseerd op de algemene diagnostische criteria van de DSM-IV-TR (APA, 2000). Dit instrument kan dienen als indicatie voor voortgezet psychodiagnostisch onderzoek. De GPS bestaat uit twee subschalen: Habituëel gedrag en Biografische gegevens. Indien de GPS-score indicatief is voor een persoonlijkheidsstoornis, is uitvoerig persoonlijkheidsonderzoek aangewezen. De diagnose persoonlijkheidsstoornis kan niet met de GPS worden gesteld.

De gevoeligheid van het instrument is hoog. De diagnostische nauwkeurigheid van de GPS-informantversie is redelijk tot uitstekend.

Dit screeningsinstrument is niet geschikt indien er sprake is van ernstige depressieve en psychotische stoornissen dan wel cognitieve problematiek of zwakbegaafdheid.

De GPS is (gratis) beschikbaar via de website van het Trimbos-instituut.

Normgegevens

Eerst worden de subschalen afzonderlijk van elkaar gescoord. Op basis van deze scores wordt beoordeeld of er aanwijzingen zijn voor de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis.

Literatuur

- Van Alphen, S. P. J., Engelen, G. J. J. A., Kuin, Y., Hoijsink, H. J. A., & Derksen, J. J. L. (2006). A preliminary study of the diagnostic accuracy of the Gerontological Personality Disorders Scale (GPS). *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 21(9), 862-868.
- Meuwissen-van Pol, E. C. H., Rossi, G., de Weerd-Spaetgens, C. M. E. E., & Van Alphen, S. P. J. (2020). Screening for personality disorders in geriatric medicine outpatients. *European Geriatric Medicine*, 11, 289-295.
- Penders, K. A., Peeters, I. G., Metsemakers, J. F., & Van Alphen, S. P. (2020). Personality disorders in older adults: A review of epidemiology, assessment, and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 22, 1-14.

Hospital Anxiety and Depression Scale

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
HADS	Bjelland et al. 2002 ANDI	16 – 65 jaar	Nee	Nee

Meetpretentie

De Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) is een 14-item screening naar angst- en depressieklachten in een medische populatie.

Algemene beschrijving

De HADS bestaat uit een angstschaal en een depressieschaal, die beide worden gescoord op een 4-puntsschaal (0-3), met een totaalscore per schaal van 0 tot 21. De HADS is ontwikkeld om depressieve en angstklachten te meten zonder vertekening door lichamelijke symptomen. Om deze reden zijn items die sterk beïnvloed kunnen worden door lichamelijke aandoeningen, zoals slapeloosheid en vermoeidheid, grotendeels weggelaten of omgevormd tot psychologisch georiënteerde formuleringen. De HADS is ontwikkeld als screeningsinstrument en is niet gebaseerd op een diagnostisch kader zoals de DSM-5. De vragenlijst bevat niet alle symptomen die vereist zijn voor het stellen van een depressieve stoornis volgens de DSM-5. Bij signalering van verhoogde klachteniveaus is om deze reden aanvullend klinisch onderzoek noodzakelijk. Er is geen eenduidigheid omtrent psychometrische eigenschappen in de literatuur. Met name het onderscheidend vermogen tussen de angst- en depressieschaal wordt in twijfel getrokken. Een recente review vond hiervoor onvoldoende consistent bewijs. Toch concluderen de auteurs, dat de HADS als totaliteit een waardevol hulpmiddel blijft voor het opsporen van psychische klachten ("case finding").

Diverse buitenlandse onderzoeken en een Nederlands onderzoek suggereren dat de HADS bruikbaar is bij ouderen, maar het merendeel van het onderzoek bij ouderen richt zich niet op de functie van de HADS als screeningsinstrument. In onderzoek waarin hier wel naar werd gekeken, bleek de HADS onvoldoende sensitief en specifiek ter screening bij in het algemeen ziekenhuis opgenomen ouderen. De HADS wordt in de literatuur aanbevolen als screeningsinstrument voor algemene psychische klachten (general distress; Norton et al., 2013), en als meetinstrument om veranderingen in symptomatologie over de tijd te monitoren (Stern, 2014).

Er wordt een nieuwe vorm van de HADS voorgesteld, genaamd de HADS-5. Deze vorm bevat twee schalen met vijf items, waaruit vier 'rusteloosheid-items' weggelaten zijn (angst-items: 4, 6 en 7; depressie-item: 5).

De HADS is (gratis) beschikbaar via de website van Meetinstrumenten in de zorg.

Normgegevens

Voor zowel de Angstschaal als de Depressieschaal geldt, dat een score van 0-7 als normaal wordt beschouwd; 8-10 wordt gezien als grensgebied en een score > 10 geeft aanwijzingen voor mogelijke angst- en/of depressieve klachten.

Literatuur

- Bjelland, I. Dahl, A.A., Tangen Haug, T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Cosco, T. D., Doyle, F., Ward, M., & McGee, H. (2012). Latent structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale: a 10-year systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 180-184.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the hospital anxiety and depression. *Research*, 42, 14-41.
- Kok, R. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn depressie, addendum ouderen*. Utrecht:CBO/Trimbosinstituut.

- Lichtenberg, P. (2010). *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology*. Academic Press.
- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P. P., Kempen, G. I., Speckens, A. E., & van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, *27*, 363-370.
- Norton, S., Cosco, T., Doyle, F., Done, J., & Sacker, A. (2013). The Hospital Anxiety and Depression Scale: a meta confirmatory factor analysis. *Journal of psychosomatic research*, *74*(1), 74-81.
- Stern, A. F. (2014). the Hospital anxiety and Depression scale. *Occupational Medicine*, *64*, 393-394.
- Straat, J. H., van der Ark, L. A., & Sijtsma, K. (2013). Methodological artifacts in dimensionality assessment of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Journal of Psychosomatic Research*, *74*, 116-121.
- Wu, Y., Levis, B., Sun, Y., He, C., Krishnan, A., Neupane, D., ... & Thombs, B. D. (2021). Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale Depression subscale (HADS-D) to screen for major depression: systematic review and individual participant data meta-analysis. *bmj*, *373*.
- Zigmond, A., Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*, 361-370.

Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
H.A.P.	Barendse & Thissen 2.0 H.A.P-t	Handleiding	Volwassenen alle leeftijden	Nee	Ja Ja

Meetpretentie

De Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (H.A.P.) is een gevalideerde en genormeerde informantenvragenlijst naar premorbide persoonlijkheidskenmerken. De vragenlijst is gebaseerd op de diagnostische criteria van de persoonlijkheidsstoornissen van de DSM-III en uitvoerige beschrijvingen van de gedragskarakteristieken van persoonlijkheidsstoornissen door Millon.

Algemene beschrijving

De vragenlijst is oorspronkelijk ontwikkeld voor de ouderenzorg, maar blijkt bruikbaar voor volwassenen van alle leeftijden. De lijst kan worden gebruikt wanneer persoonlijkheidsonderzoek door middel van zelfbeoordeling niet goed mogelijk is of als aanvulling op onderzoek met zelfbeoordelingsvragenlijsten. De H.A.P. is geschikt voor beoordeling van aspecten van de persoonlijkheid die voor de klinische praktijk relevant zijn en voor de screening van persoonlijkheidspathologie.

De H.A.P. vragenlijst wordt ingevuld door iemand die de betrokken persoon goed kent in diens persoonlijke leefsfeer (meestal partner, kind of ouder). De vragenlijst bestaat uit tien inhoudsschalen en twee controleschalen met in totaal 62 items. De uitslagen op de inhoudsschalen worden gecorrigeerd voor het positieve of negatieve oordeel van de informant en de instemmingstendens. De psychometrische eigenschappen van de H.A.P. zijn redelijk tot uitstekend. Alle schalen zijn intern consistent. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de test-hertestbetrouwbaarheid zijn goed tot uitstekend.

Er bestaat een tegenwoordige tijd-versie, de zogenaamde H.A.P-t. De H.A.P-t werd speciaal ontwikkeld voor gebruik voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking (IQ 50-85).

In 2019 is er een versie 2.0 van de H.A.P gepresenteerd. Deze versie omvat nieuwe controleschalen, factorschalen, schalen voor persoonlijkheidsstoornissen, de schaal 'neiging tot agressie' en 'indicatie voor autismespectrumstoornis'. De handleiding is vernieuwd en er zijn nieuwe populatienormen opgenomen. Deze versie wordt ondersteund door een digitaal platform waarin de vragenlijsten online door behandelaren of informanten kunnen worden ingevuld, waarna de scores op de verschillende schalen worden berekend.

Normgegevens

De H.A.P. versie 2.0 heeft vijf nieuw samengestelde normgroepen: Generalistische basis-ggz (n=825), Huisartspatiënten ouderen (n=332), Vlaamse ouderen (n=337), Sector Verpleging en Verzorging (n=504) en Specialistische ggz ouderen (n = 267).

De H.A.P.-t heeft drie normgroepen: Licht Verstandelijk Beperkten (n=227), Generalistische basis-ggz (n=209) en Sector Verpleging en Verzorging Gerontopsychiatrie (n=245).

Literatuur

American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (Third Edition, DSM III)*. Washington, DC.

Barendse, H. P. J., & Thissen, A. J. C. (2006). *Handleiding van de Hetero Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst H.A.P.* Schijndel: Barendse & Thissen.

Millon, T. (1981). *Disorders of Personality: DSM-III axis II*. New York: Wiley.

Millon, T. (1986). Personality Prototypes and their diagnostic criteria. In: T. Millon en G.L. Klerman

(red.), *Contemporary directions in psychopathology. Toward DSM- IV*. New York: Guilford Press.

Thissen, A.J.C. & Barendse, H.P.J. (2019). *Handleiding van de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst. HAP en HAP-t. Versie 2.0*. HAP Uitgeverij Nijmegen.

Montgomery Asberg Depression Rating Scale

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
MADRS	NKOP	n.v.t.	Nee	1989

Meetpretentie

De Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) brengt de ernst van een depressie in kaart.

Algemene beschrijving

De MADRS is een beoordelingsschaal voor depressie. De 10 items beslaan de kernsymptomen van een depressie en zijn overgenomen uit de Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS). De MADRS kan worden afgenomen door getrainde verpleegkundigen, psychiaters en psychologen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is zeer goed.

Bij het afnemen van de MADRS bepaalt de beoordelaar over welke tijdsperiode (het *tijdsinterval*) de symptomen beoordeeld worden. In de praktijk wordt bij de eerste afname meestal gekozen voor de afgelopen 7 dagen, omdat dit een gebalanceerd beeld geeft van de stemmingstoestand van de cliënt. Ook bij vervolgmetingen is dit een gangbare periode, zodat veranderingen in ernst over de tijd goed kunnen worden gevolgd.

Het is belangrijk dat de beoordelaar het gekozen tijdsinterval expliciet vermeldt, aangezien dit essentieel is voor de interpretatie van de scores. Bij herhaalde afnames (bijvoorbeeld wekelijks tijdens behandeling) kan de MADRS goed worden ingezet om het beloop van de depressie te monitoren.

Indien de cliënt niet zelf tot een duidelijk antwoord komt, kan er gebruik worden gemaakt van informatie uit andere bronnen.

De MADRS is (gratis) beschikbaar via de website van het Trimbos-instituut.

Normgegevens

De MADRS is gebaseerd op de CPRS en beide schalen hebben een gelijke betrouwbaarheid. In een Nederlands onderzoek werden de Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) en de MADRS met elkaar vergeleken. Aan het onderzoek namen 79 patiënten deel in de leeftijd van 21 tot 90 jaar. Het onderzoek toont een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor zowel de HAM-D als de MADRS. Daarnaast is er een hoge interne consistentie op zowel de HAM-D (0.85) als de MADRS (0.90) bij patiënten met een depressie.

Het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP) houdt de volgende normering aan voor ouderen van 65 jaar en ouder: een score boven twintig geeft aanwijzingen voor lichte depressiviteit. Een score boven 30 geeft aanwijzingen voor een ernstige depressie.

Literatuur

Blum, L. (2023). Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS).

Hartong, E. G. Th. M., & Goekoop, J. G. (1985). De Montgomery-Asberg beoordelingsschaal voor depressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 657-668.

Geijer, J., Baigi, A., & Aiff, H. (2021). Inter-rater reliability among psychiatrists when assessing depression according to the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75, 607-613.

Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.

Neuro Psychiatric Inventory

Test	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
NPI	Handleiding	Ouderen	Nee	Ja
NPI-Q	Handleiding		Nee	
NPI-NH	Handleiding		Nee	

Meetpretentie

De Neuro Psychiatric Inventory (NPI) brengt het neuropsychiatrisch functioneren van personen met hersenletsels in kaart. De NPI werd ontwikkeld voor cliënten met de ziekte van Alzheimer en andere dementiesyndromen, maar kan ook gebruikt worden voor onderzoek naar gedragsveranderingen bij andere ziektebeelden.

Algemene beschrijving

De NPI omvat 12 gedragsaspecten, te weten: wanen, hallucinaties, agitatie/agressie, depressie/dysforie, angst, euforie/opgetogenheid, apathie/onverschilligheid, ontremd gedrag, prikkelbaarheid/labiliteit, doelloos repetitief gedrag, nachtelijke onrust/slaapstoornis en eetlust/eetgedrag verandering.

De NPI wordt afgenomen in een interview met een mantelzorger/zorgverlener van de cliënt. Voor elk van de 12 gedragsaspecten wordt eerst een screeningsvraag gesteld. Indien er op deze screeningsvraag 'ja' wordt geantwoord, volgen zeven verdiepende vragen om de symptomen nader te specificeren. De geïnterviewde informant bepaalt de frequentie (4-puntsschaal) en ernst (3-puntsschaal) van het symptoom. De emotionele belasting voor de verzorgende wordt apart weergegeven op een 6-puntsschaal. Afname duurt tien tot dertig minuten, afhankelijk van het aantal gesignaleerde probleemgebieden.

Naast de interviewvorm, is eveneens een vragenlijstversie ontwikkeld (NPI-Q) waarvoor geen interview noodzakelijk is. De NPI-Q kan zelfstandig door een familielid of iemand anders die voor de cliënt zorgt ingevuld worden. De NPI-Q levert voor elk symptoom een bepaling van ernst op en een beoordeling op de emotionele belasting. Deze biedt een eerste indruk van neuropsychiatrische symptomen in de alledaagse (poli)klinische praktijk. De versie NPI-NH is aangepast voor gebruik in verpleeghuizen en richt zich op gedragingen binnen deze zorgomgeving. De vragen zijn identiek, maar geherformuleerd zodat deze beter zijn afgestemd op de zorgprofessionals.

De NPI is een veelgebruikte schaal, zowel in klinische praktijk als in wetenschappelijk onderzoek, waarbij het wordt gebruikt als primaire of secundaire effectmaat in klinische (medicijn)trials. Hoewel onder andere Cummings (2020) vaststelt, dat de betrouwbaarheid en de validiteit goed is, wordt dit in het onderzoek van Saari et al. (2020) juist niet gevonden. Ook wordt in het artikel van Vink en Diesfeldt (2024) kritisch gesproken over de betrouwbaarheid, en daarmee de bruikbaarheid, van het instrument.

De NPI is (gratis) beschikbaar via de website van het Trimbos-instituut.

Normgegevens

Voor elk gedragsaspect zijn vier scores te verkrijgen: frequentie, ernst, totaal (frequentie x ernst) en emotionele belasting van de verzorgende. Een totale NPI-score kan berekend worden door alle scores van de secties op te tellen. Deze totaalscore geeft een indicatie van de ernst en frequentie van neuropsychiatrische symptomen bij een cliënt. Hogere scores duiden op meer en/of ernstigere symptomen. Er zijn geen vaste normen voor de totaalscore, waardoor de interpretatie afhankelijk is van de klinische context en doelgroep. De emotionele belasting score wordt niet opgenomen in de totale NPI-score.

Literatuur

Cummings, J. (2020). The neuropsychiatric inventory: development and applications. *Journal of*

geriatric psychiatry and neurology, 33, 73-84.

Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, 2308-2314.

Drijgers, R. L., Aalten, P., Leentjens, A. F. G., Verhey, F. R. J. (2010). Apathie: van symptoom naar syndroom. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 397-405.

De Jonghe, J. F. M., Borkent, L. M. & M. G. Kat (1997). Nederlandse vertaling NPI.

Kat, M. G., de Jonghe, J. F. M., Aalten, P., Kalisvaart, C. J., Dröes, R. M., & Verhey, F. R. J. (2002). Neuropsychiatrische symptomen bij dementie: Psychometrische aspecten van de Nederlandse Neuropsychiatric Inventory (NPI). *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 33, 150-155.

Saari, T., Koivisto, A., Hintsa, T., Hänninen, T., & Hallikainen, I. (2020). Psychometric properties of the neuropsychiatric inventory: a review. *Journal of Alzheimer's Disease*, (Preprint), 1-15.

Van Sas, E., Vink, M. & Diesfeldt, H. F. A. (2024, 5 december). Kritische beschouwing van het concept BPSD. *Tijdschrift Voor Ouderenpsychologie*, 2. Geraadpleegd op 16 september 2025 van <https://ouderenpsychologie.eu/2024/12/05/kritische-beschouwing-van-het-concept-bpsd/>

Nurses' Observation Scale for Cognitive Abilities

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
NOSCA	NOSCA	Onbekend	Onbekend	Nee	Nee

Meetpretentie

De Nurses' Observation Scale for Cognitive Abilities (NOSCA) beoordeelt het cognitief functioneren van ouderen door middel van observatie.

Algemene beschrijving

De NOSCA heeft als doel om het cognitief functioneren in kaart te brengen door middel van observaties door verpleegkundigen of andere zorgprofessionals die nauw betrokken zijn bij de dagelijkse zorg van de cliënt. De NOSCA is tot stand gekomen door middel van een vergelijking van andere screeningsinstrumenten. Met de Delphi-methode is een consensus bereikt over de toegevoegde domeinen.

De NOSCA is een observatielijst die zich richt op het herkennen van cognitieve problemen bij geriatrische cliënten. De lijst bestaat uit 43 items, verdeeld over negen domeinen: bewustzijn, aandacht, perceptie, oriëntatie, geheugen, denken, hogere cognitieve functies, taal en praxis. Voor elk domein wordt een score gegeven van 0 (problemen herhaaldelijk gezien) tot 3 (geen problemen gezien), gebaseerd op vastgelegde gedragscriteria om zo objectief mogelijk te beoordelen.

De NOSCA wordt bijgehouden over twee dagen, waarbij twee aansluitende dag- en avonddiensten worden geobserveerd. Er wordt een totaalscore berekend over vier diensten.

De score per domein wordt berekend door de puntscores binnen het domein bij elkaar op te tellen. De totaalscore ontstaat door alle domeinscores bij elkaar op te tellen en ligt tussen de 0 en 24. Een lagere totaalscore wijst op een lager cognitief functioneren. De score kan als volgt worden geïnterpreteerd: 3 = geen problemen gezien, 2 = problemen zijn soms gezien, 1 = problemen zijn over het algemeen gezien en 0 = problemen zijn herhaaldelijk gezien.

Normgegevens

De NOSCA heeft geen vaste normtabellen. De scores geven een betrouwbaar en valide beeld van het cognitief functioneren, maar worden in de praktijk gebruikt voor monitoring binnen dezelfde patiëntomgeving, niet voor vergelijking met normpopulaties.

Literatuur

Persoon, A., Banningh, L. J. W., van de Vrie, W., Rikkert, M. G. O., & van Achterberg, T. (2011). Development of the Nurses' Observation Scale for Cognitive Abilities (NOSCA). *International Scholarly Research Notices*, 2011(1), 895082.

Persoon, A., Schoonhoven, L., Melis, R. J., van Achterberg, T., Kessels, R. P., & Rikkert, M. G. (2012). Validation of the NOSCA - nurses' observation scale of cognitive abilities. *Journal of clinical nursing*, 21(21-22), 3025–3036. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04129.x>

Federatie Medisch Specialisten. (2024). Richtlijndatabase. Richtlijn Dementie. 7.2. Screening op dementie/cognitieve stoornissen in het ziekenhuis. Geraadpleegd op 24 oktober 2025, van https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dementie/dementie_als_comorbiditeit_in_het_ziekenhuis/screening_op_dementie_cognitieve_stoornissen_in_het_ziekenhuis.html

Utrechtse Coping Lijst

Test	Versie	Normen	Leeftijdsbereik	Parallelversie	COTAN
UCL	UCL	ANDI	Vanaf 14 jaar	Nee	Ja
	UCL-R	Handleiding	14 tot 67 jaar	Nee	Nee

Meetpretentie

De Utrechtse Coping Lijst (UCL) meet copinggedrag van adolescenten en volwassenen.

Algemene beschrijving

De UCL heeft als doel vast te stellen welk copinggedrag in het algemeen wordt uitgevoerd bij confrontatie met problemen of stressvolle gebeurtenissen.

De vragenlijst bestaat uit 47 items waarbij de respondent moet aangeven hoe hij/zij over het algemeen reageert op stressvolle of belastende situaties. De 47 vragen zijn verdeeld over zeven subschalen: actief aanpakken/confronteren, palliatieve reactie, vermijden/afwachten, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon, expressie van emoties en geruststellende gedachten.

Elke vraag wordt gescoord op een vier-keuzeschaal (1= zelden of nooit, 2=soms, 3= vaak en 4= zeer vaak). De cijfers corresponderen met de scores op de betreffende items. De respondent wordt gevraagd het antwoord aan te kruisen dat het meest op hem/haar van toepassing is. De schaalscores worden berekend door de scores van de items per schaal op te tellen. Vervolgens worden de ruwe scores omgezet in normscores. De schaalscores worden geïnterpreteerd aan de hand van normeringstabellen, waarbij de score wordt ingedeeld in categorieën variërend van 'zeer laag' tot 'zeer hoog'.

De UCL-R is de herziene versie van de UCL. In deze versie zijn dezelfde 47 items opgenomen, maar de vragenlijst bestaat nu uit zes schalen met gewijzigde benamingen. De UCL-R bestaat uit de schalen: actief aanpakken, afleiding zoeken, passief/vermijden, sociale steun zoeken, negatieve emoties uiten en optimisme. Verder zijn de stellingen geherformuleerd tot een 'ik'-stelling.

Normgegevens

In de handleiding van de UCL (Scheurs et al., 1993) zijn de volgende normgroepen opgenomen:

- Personeelsleden van de Nederlandse Spoorwegen en een aselechte steekproef uit de Nederlandse bevolking (mannen). Deze normgroep is onderverdeeld naar leeftijd. De hoogste leeftijdsgroep is 55-65 jaar.
- Vrouwelijke verpleegkundigen en een tweede aselechte steekproef uit de bevolking (vrouwen). Deze normgroep is onderverdeeld naar leeftijd. De hoogste leeftijdsgroep is 45-65 jaar.
- Eindexamenkandidaten
- Studenten

In de handleiding van de UCL-R zijn de normgroepen gebaseerd op een steekproef van 1259 deelnemers. Er zijn normen voor mannen en vrouwen en voor drie leeftijdsgroepen: 14-24 jaar, 25-44 jaar en 45-67 jaar. Verder zijn voor de UCL-R percentielscores beschikbaar (op basis van ruwe scores) met beschrijvende classificaties (zeer laag tot zeer hoog). Hiermee is het ook mogelijk om 95% betrouwbaarheidsintervallen te berekenen.

Voor de UCL adviseren wij het gebruik van de normen uit de ANDI database. Voor de UCL-R zijn er nog geen normen uit de ANDI database beschikbaar.

Literatuur

Schreurs, P.J.G., Willige, G., van de., Brosschot, J., F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). *De Utrechtse coping lijst: omgaan met problemen en gebeurtenissen*. Amsterdam: Pearson Assessment & Information B.V.

Schreurs, P.J.G., Van de Willige, G. (2023). *De Utrechtse Copinglijst. Herziene Editie. Omgaan met problemen en Gebeurtenissen*. Handleiding.