



rijksuniversiteit  
groningen

Sociale cognitie: het vergeten aspect van dementiediagnostiek.

Een vragenlijstonderzoek naar het gebruik van neuropsychologische tests voor sociale cognitie onder psychologen werkzaam in de dementiediagnostiek

*Nena Veerman*

Masterthese – Klinische Neuropsychologie

*S5416124*

Januari, 2026

Vakgroep Psychologie

Rijksuniversiteit Groningen

Scriptiebegeleider: Fijanne Strijkert

Examinator: prof. dr. J.M. Spikman

Een masterthese is een proeve van bekwaamheid voor studenten. De goedkeuring van de masterthese is het bewijs dat de student over voldoende onderzoeks- en rapportagevaardigheden beschikt om af te studeren, maar biedt geen garantie voor de kwaliteit van het onderzoek en de resultaten van het onderzoek als zodanig, en de masterthese is dan ook niet zonder meer geschikt om als academische bron te worden gebruikt om naar te verwijzen. Indien u meer wilt weten over het in deze masterthese besproken onderzoek en eventueel daarop gebaseerde publicaties, waarnaar u zou kunnen verwijzen, kunt u contact opnemen met de genoemde begeleider.

## Samenvatting

Stoornissen in de sociale cognitie, waaronder in de emotieherkenning, Theory of Mind en empathie, komen frequent voor bij patiënten met dementie, in het bijzonder bij de gedragsvariant van frontotemporale dementie (FTD), maar ook bij patiënten met de ziekte van Alzheimer. Het is daarom van belang dat tijdens het uitvoeren van een neuropsychologisch onderzoek (NPO) in het kader van dementiediagnostiek, het domein sociale cognitie wordt onderzocht. Ondanks dat klinici hiermee bekend zijn, blijkt uit internationale literatuur dat het domein sociale cognitie vaak niet onderzocht wordt in het NPO. Cijfers over het gebruik van neuropsychologische tests voor sociale cognitie in de dementiediagnostiek onder Nederlandse klinici zijn echter schaars. Daarom is in deze studie getracht het gebruik van neuropsychologische tests voor sociale cognitie in kaart te brengen en om te onderzoeken welke belemmeringen worden ervaren bij het gebruik van deze tests. Middels een online vragenlijst hebben psychologen die werkzaam zijn in de dementiediagnostiek (binnen en buiten de geheugenpoli) informatie verstrekt over het gebruik van sociale cognitietests.

De resultaten laten zien dat psychologen werkzaam in de ouderenzorg significant minder vaak (18.8%) gebruik maken van sociale cognitietests dan psychologen werkzaam in het ziekenhuis (76.5%) ( $p = 0.002$ ). Alle deelnemende psychologen rapporteerden een aanzienlijke mate van belemmering (78%) in het gebruik van deze tests, hetgeen niet significant verschilde per werksetting. Kennis over de psychometrische eigenschappen van sociale cognitie tests, de tijdsduur van de testen en het ontbreken van informatie over Nederlandse versies van sociale cognitietests vormden de grootste belemmeringen. Psychologen gaven aan in de toekomst meer gebruik te willen maken van neuropsychologische tests wanneer er korte testen beschikbaar komen met passende normen en goede psychometrische eigenschappen. Inzicht in het gebruik van sociale cognitie tests en de ervaren belemmeringen kan bijdragen aan de ontwikkeling van een gerichte strategie om de implementatie en toepassing van deze tests te bevorderen in diverse zorgcontexten waar diagnostiek van dementie plaatsvindt.

## Introductie

Dementie is een verzamelterm voor verschillende neurodegeneratieve ziektes die ontstaan door schade aan de hersenen en zich kenmerken door achteruitgang in het cognitief functioneren. Het uitvoeren van dagelijkse activiteit wordt hierdoor steeds moeilijker, wat maakt dat mensen met dementie in toenemende mate afhankelijk zijn van mantelzorg. Meer dan de helft van de mantelzorgers van mensen met dementie in Nederland, geeft aan zwaar belast te zijn (Alzheimer-Nederland, z.d.). Het aantal mantelzorgers groeit de komende jaren niet in hetzelfde tempo mee met het aantal mensen met dementie (Alzheimer-Nederland, z.d.). Door de verschillende klinische presentaties van dementie, verschillen de aard en frequentie van mantelzorg per patiënt. Het is daarom cruciaal dat er tijdig een diagnose wordt gesteld en gespecialiseerde en passende zorginterventies in een vroeg stadium van de ziekte worden aangeboden.

Neuropsychologisch onderzoek (NPO) speelt een cruciale rol bij het diagnosticeren van dementie, de differentiaal diagnostiek en het geven van gerichte adviezen voor ondersteuning en omgang met cognitieve problemen en veranderd gedrag. Het NPO helpt bijvoorbeeld in het onderscheiden van twee relatief veel voorkomende vormen van dementie op de geheugenpoli: de ziekte van Alzheimer en frontotemporale dementie. Bij de ziekte van Alzheimer, de meest voorkomende vorm van dementie, (Jutten & de Vught, 2020), staat geheugenproblematiek meestal op de voorgrond, waarbij het ziektebeloop vaak geleidelijk progressief is. De klinische presentatie van fronto-temporale dementie (FTD) typeert zich door veranderingen in het gedrag, de taal en/of motoriek die in eerste instantie op de voorgrond staan (Jiskoot & Seelaar, 2022). FTD is na de ziekte van Alzheimer de meest voorkomende vorm van dementie voor het vijftenzestigste levensjaar, waarvan de gedragsvariant (bvFTD) het vaakst voorkomt. In het neuropsychologisch profiel van bvFTD staan stoornissen in de sociale cognitie vaak op de voorgrond (Dilcher et al., 2023).

Sociale cognitie betreft de mentale processen die essentieel zijn voor het begrijpen van de gedachten en gevoelens van anderen (Frith, 2008; Green et al., 2008). Problematiek in sociale cognitie kan zich uiten in moeite hebben met het herkennen van emoties en onbegrip van interpretatie van gedrag en andere sociale informatie (Poos et al., 2021). Sociale cognitie bestaat uit meerdere aspecten die op een hiërarchische wijze met elkaar samenhangen (Van den Berg et al., 2018). Niveau één verwijst naar sociale perceptie en automatische attributie. Dit niveau omvat processen zoals het herkennen van emoties en het toeschrijven van intenties aan

sociaal gedrag. Niveau twee omvat het verwerken en interpreteren van sociale informatie, met nadruk op concepten als mentaliseren en Theory of Mind. Centraal staat hierbij het begrijpen van de gedachten, intenties, gevoelens en gedragingen van anderen. Tot slot niveau 3, waarbij het gaat om het moreel redeneren en het reguleren van emotie en gedrag (Van den Berg et al., 2018). In een meta-analyse van Poos en collega's (2021) werd aangetoond dat mensen met bvFTD stoornissen kunnen hebben op alle drie de niveaus van sociale cognitie. De gevolgen van deze problematiek kunnen groot zijn: de kwaliteit van leven gaat achteruit, het kan leiden tot eenzaamheid, mentale problemen en werkeloosheid, met gevolgen voor zowel patiënten als hun naasten (Henry et al., 2016).

In tegenstelling tot bij bvFTD, waar sociale cognitie problematiek vaak op de voorgrond staat, zijn deze problemen in de beginfase van andere neurodegeneratieve aandoeningen, waaronder de ziekte van Alzheimer, vaak subtieler, maar niet afwezig. Daarom is het nuttig om tijdens een NPO op een gestructureerde manier onderzoek te doen naar sociale cognitie (Henry et al., 2016; Alzola et al., 2024).

Desondanks worden neuropsychologische tests voor sociale cognitie niet standaard toegevoegd aan de testbatterij tijdens een NPO; het domein sociale cognitie is dan ook vaak ondervertegenwoordigd in het klinisch onderzoek (McDonald et al., 2022; Cotter et al., 2018). Kelly en collega's (2017) onderzochten het gebruik van tests voor sociale cognitie in de klinische praktijk bij patiënten met traumatisch hersenletsel (TBI). Zij vonden in een vragenlijststudie dat 78% van de klinici aangaf sociale cognitie zelden of nooit te beoordelen doormiddel van formele beoordelingsinstrumenten, ondanks dat de klinici bewust waren dat een groot deel van de doelgroep kampte met sociaal cognitieve problemen. Eveneens hebben Quesque en collega's (2024) in een Franse klinische setting onderzoek gedaan naar het routinematig gebruik van sociale cognitietesten. Slechts 8% van de neuropsychologen rapporteerde sociale cognitie dagelijks of zeer frequent te onderzoeken, ondanks dat ze hadden aangegeven sociale cognitie even belangrijk te vinden dan andere cognitieve domeinen.

Barrières voor routinematig testen waren onder meer het beperkte vertrouwen van psychologen in hun eigen kennis en ervaring met sociale cognitie, gebrek aan goed gevalideerde tests en het ontbreken van duidelijke definities van sociale cognitie. Tot slot rapporteerde 78% van de respondenten in een recente internationale studie van Cerami en collega's (2025), dat zij weinig tot geen ervaring hadden met het toepassen van sociaal cognitieve meetinstrumenten. Opvallend is dat Nederland tot de landen behoorde met een relatief hoog percentage

professionals, uit zowel academische/onderzoekssettings als ziekenhuizen, die aangaven over gemiddelde tot hoge expertise op dit gebied te beschikken. Desondanks bleek het gebruik van gestandaardiseerde neuropsychologische protocollen beperkt. Bovendien kwam uit het onderzoek naar voren dat bij de eerste neuropsychologische evaluatie niet alle DSM-5-kerncognitieve domeinen systematisch worden beoordeeld, waarbij het domein sociale cognitie slechts zelden werd meegenomen in de beoordeling (Cerami et al., 2025). In 2023 is de werkwijze omtrent neuropsychologische diagnostiek op Nederlandse Geheugenpoli's in kaart gebracht in de Neuropsychologie monitor (ter Huurne et al., 2024). Hieruit bleek dat testen die sociale cognitie in kaart brengen bij slechts 21% van de respondenten deel uitmaakten van de standaardtestbatterij, evident minder dan bijvoorbeeld geheugentesten.

Hoewel de eerder beschreven studies inzicht geven in het gebruik van tests voor sociale cognitie in de dementiediagnostiek, is er vooral onderzoek gedaan in de ziekenhuissetting. Echter, in Nederland wordt ook dementiediagnostiek uitgevoerd buiten het ziekenhuis, waaronder bij de huisarts, in verzorgings- en verpleeghuiszorg, revalidatiezorg en in ambulante geriatrische teams. Er zijn tot op heden geen cijfers bekend van het gebruik van tests voor sociale cognitie buiten een ziekenhuis geheugenpoli. Het is essentieel om ook binnen andere zorgcontexten inzicht te verkrijgen in het gebruik van neuropsychologische tests voor sociale cognitie, zodat op termijn een uniforme benadering kan worden ontwikkeld voor het onderzoek naar sociale cognitie. Hierdoor kan het aantal herhaalde cognitieve metingen worden beperkt, terwijl de vergelijkbaarheid van cognitieve beoordelingen wordt vergemakkelijkt (Cerami et al., 2025).

Daarom richt de huidige studie zich niet uitsluitend op ziekenhuizen en geheugenpoli's, maar wordt de dementiediagnostiek onderzocht binnen een bredere zorgcontext. Het doel van deze studie is om te onderzoeken in welke mate (neuro)psychologen sociale cognitie onderzoeken tijdens dementiediagnostiek met behulp van neuropsychologische testen in verschillende zorgcontexten. Op deze wijze wordt inzicht verkregen in het gebruik van neuropsychologische testen in de volle breedte van de Nederlandse klinische praktijk. Voorts wordt er onderzoek gedaan naar de belemmeringen die de (neuro) psychologen mogelijk ervaren in het onderzoeken van sociale cognitie aan de hand van neuropsychologische testen in dementiediagnostiek. De inzichten in het gebruik van neuropsychologische tests en de belemmeringen die worden ervaren door psychologen in het gebruik van deze tests kunnen concreet maken wat er nodig is in de klinische praktijk. Door deze belemmeringen en behoeften van psychologen inzichtelijk te maken kan er een gerichte aanpak worden opgesteld om het

gebruik van sociale cognitie tests beter te implementeren in verschillende zorgcontexten waar dementiediagnostiek wordt uitgevoerd.

## **Methodologie**

### **Procedure**

De in dit onderzoek ontwikkelde online vragenlijst (in Microsoft Forms) is gebaseerd op het instrument van Quesque en collega's (2024), waarbij de in hun vragenlijst opgenomen thema's zijn overgenomen en aangepast aan de Nederlandse klinische praktijk. Voor de dataverzameling is er toestemming verleend vanuit de centrale toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). De toetsingscommissie heeft beoordeeld dat het onderzoek niet onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) valt. Voor de dataverzameling is een gemak- en zelfselectiesteekproef toegepast, waarbij het professionele netwerk van de onderzoekers via LinkedIn is ingezet. Tevens is er een oproep geplaatst op de LinkedInpagina van het Alzheimer Centrum Groningen, en in de nieuwsbrief van het Nederlands Geheugenpoli Netwerk (NGN) en binnen een groep van ouderenspsychologen werkzaam in Noord-Nederland. Geïnteresseerde respondenten konden zich vrijwillig aanmelden en na een geïnformeerde toestemming direct deelnemen. De dataverzameling was anoniem en respondenten konden altijd stoppen met het onderzoek. Microsoft Forms verzamelde de data automatisch nadat de respondent de vragenlijst had afgerond.

### **Materialen**

Voor het opstellen van de vragenlijst is Microsoft Forms gebruikt: een online applicatie voor het ontwikkelen van digitale vragenlijsten. De keuze om dit platform te gebruiken had te maken met de gebruikersvriendelijkheid, de privacy van de respondenten die wordt gewaarborgd, de toegankelijkheid voor respondenten en de integratie naar andere Microsoft-tools zoals Excel. De vragenlijst bestond uit vier hoofddomeinen. Het eerste domein bestond uit algemene informatie, zoals de beroepstitel van de respondent, de werksetting en de mate van het uitvoeren van dementiediagnostiek. In het tweede domein werd aandacht besteed aan de betekenis van sociale cognitie en hoe de respondenten dit begrip definiëren. Het derde domein betrof het gebruik van neuropsychologische tests die sociale cognitie onderzoeken tijdens het uitvoeren van een neuropsychologisch onderzoek. Tot slot werd er in het vierde domein gevraagd naar mogelijke belemmeringen die respondenten ervaren bij het gebruik van sociale cognitie testen in een neuropsychologisch onderzoek.

### **Data-analyse**

Voor dit onderzoek is een cross-sectioneel observatie onderzoeksdesign gebruikt. Om de bevindingen weer te geven is er gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek en statistische analyses, waarvoor gebruik gemaakt wordt van Microsoft Excel en IBM SPSS Statistics versie 28. Om een beter inzicht te krijgen in de werksetting van de respondenten zijn er drie groepen gemaakt. De ziekenhuis groep (algemeen en academisch), de ouderenzorg groep en de groep met de overige zorg instellingen. De ouderenzorg groep bestaat uit verzorgings- of verpleeghuiszorg, Ambulant Geriatrische teams, al dan niet in combinatie met (geriatrische) revalidatiezorg en eerstelijnszorg. De overige groep bestaat uit: geestelijke gezondheidszorg (GGZ), revalidatie zorg en de verstandelijke gehandicapten zorg (VG). In de huidige studie is deze groep buiten de statistische analyses gelaten.

De Fisher's Exact Test is gebruikt om te onderzoeken of het gebruik van neuropsychologische tests voor sociale cognitie tijdens een NPO afhankelijk was van de werksetting van de psycholoog (ziekenhuiszorg versus ouderenzorg). Ook is deze toets gebruikt om te onderzoeken of het routinematig gebruik van neuropsychologische tests voor sociale cognitie afhankelijk was van de werksetting. Om het routinematig gebruik te duiden zijn er vijf groepen gemaakt: (bijna) altijd ( $> 80\%$  van de onderzoeken), vaak ( $> 50-80\%$ ), regelmatig ( $> 20-50\%$ ), soms ( $> 0-20\%$ ) en nooit.

De Fisher's Exact Test is een non-parametrische toets die toetst of er significante verschillen zijn te objectiveren tussen twee categorische proporties in een klassieke 2x2 tabel (of groter). Deze test is gekozen omdat er vaak proporties kleiner  $< 5$  zijn. Daarnaast is de sterkte van de associatie weergegeven met de Odds Ratio (OR) met bijbehorende 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% CI). Als aanvullende maat voor effectgrootte is de Cramer's V berekend om de relatieve sterkte van de relatie tussen beide categorische variabelen te bepalen.

De Mann-Whitney U-test is gebruikt om te onderzoeken welke soorten belemmeringen psychologen rapporteren in het gebruik van sociale cognitie tests en of deze verschillen tussen de werksetting van de psycholoog (ziekenhuiszorg versus ouderenzorg). Vanwege de hoeveelheid belemmeringen zijn er drie categorieën gemaakt: praktische belemmeringen, belemmeringen m.b.t de doelgroep en belemmeringen die te maken hebben met de ervaring van psychologen in sociale cognitie tests (voor de verdeling van de belemmeringen zie bijlage 1). De belemmeringen worden uitgedrukt aan de hand van de gemiddelde score van de door respondenten ervaren ernst, gemeten op een vijfpuntsschaal. Deze loopt van 1 (= helemaal niet

van toepassing) tot 5 (= helemaal van toepassing). Ter ondersteuning zijn er beschrijvende statistieken gerapporteerd, waaronder gemiddelden (M), standaarddeviaties (SD) en de mediaan.

De Mann-Whitney U-test is een non-parametrische toets die wordt gebruikt om te onderzoeken of er een significant verschil bestaat tussen twee onafhankelijke groepen op een ordinale of continue variabele. Bij de Mann-Whitney U-Test worden de waarden van de afhankelijke variabele gerangschikt, waarna wordt vastgesteld of de verdeling van rangordes tussen de twee groepen significant verschilt.

Tot slot is door middel van de Fisher's Exact Test onderzoek gedaan naar het gebruik van sociale cognitie tests en de fase van dementie waarmee men werkzaam is. In totaal zijn er vier groepen onderscheiden: een vroege fase, een matig-ernstige fase, een verder gevorderde fase van dementie en een groep die met patiënten werkt in verschillende fase van dementie. Het significantieniveau voor alle analyses is vastgesteld op  $\alpha = 0,05$ . Door middel van beschrijvende statistiek is er onderzoek gedaan naar de mate van ervaren belemmeringen en de fase van dementie waarmee men werkzaam is.

## **Resultaten**

### **Demografische informatie**

In totaal zijn er 52 respondenten die de vragenlijst hebben ingevuld. De deelnemers bestonden uit master psychologen, master psychologen in opleiding tot GZ-psycholoog, GZ-psychologen, GZ-psychologen in opleiding tot klinisch (neuro)psycholoog en klinisch (neuro)psychologen. De respondenten waren werkzaam in uiteenlopende settings namelijk: academische ziekenhuizen, algemeen ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, revalidatie instellingen, verzorgings- of verpleeghuiszorg, ambulante geriatrische teams en verstandelijke gehandicapt sector. Zie tabel 1 voor de verdeling van respondenten naar werksetting. In totaal werkten 22 respondenten voornamelijk met patiënten in de vroege fase van dementie, 4 met patiënten in een matig ernstige fase, 1 met patiënten in een gevorderde fase, en 27 met patiënten in verschillende fasen van dementie. Tussen de respondenten varieerde het aandeel dementiediagnostiek ten opzichte van het gehele klinische takenpakket van 5% tot 75%, evenals het aantal gemiddelde uren dat de respondenten besteden aan dementie diagnostiek, van één uur tot 25 uren in de week.

Tabel 1

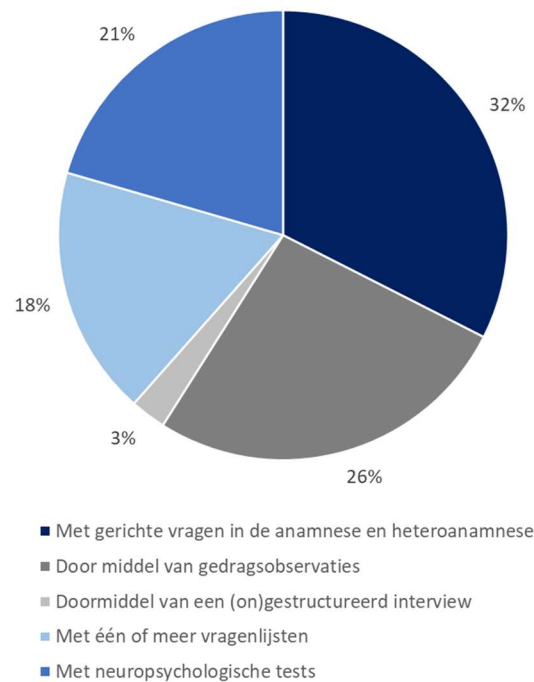
*Verdeling van respondenten naar werksetting (absolute aantallen)(N=52)*

<b>Setting waarin de respondenten dementiediagnostiek uitvoeren</b>	<b>Aantal</b>
Academische ziekenhuis	3
Algemeen ziekenhuis	15
Geestelijke gezondheidszorg	5
Revalidatie instelling	3
Verzorgings- of verpleeghuiszorg	20
Ambulant Geriatrische team	5
Verstandelijke gehandicapte sector	1

**Het gebruik van sociale cognitie testen:**

In totaal gaven 41 respondenten (78.8%) aan bij een dementievraagstelling het domein sociale cognitie op enige wijze in het neuropsychologisch onderzoek te includeren. De meest gebruikte manier om sociale cognitie te onderzoeken was doormiddel van gerichte vragen tijdens de (hetero) anamnese, gevolgd door gedragsobservaties en neuropsychologische tests (zie figuur 1 voor een visuele weergave).

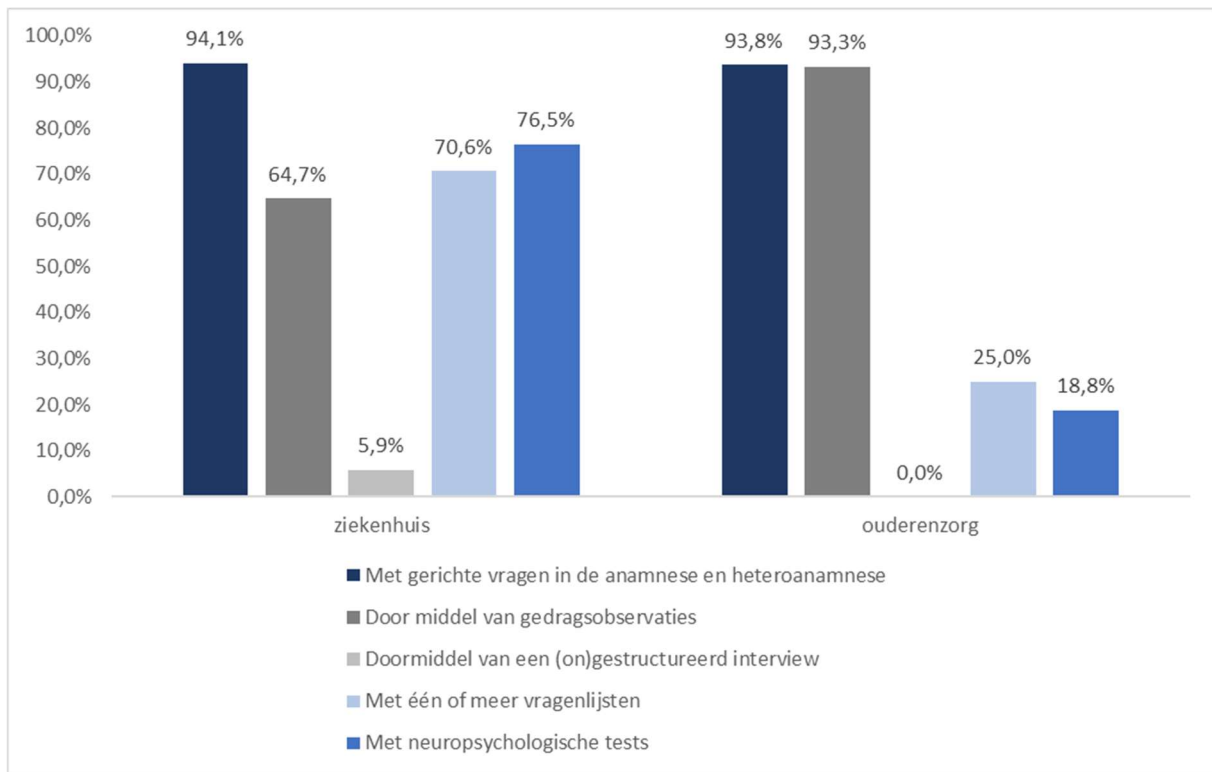
Figuur1: Percentages van onderzoeksmethoden die respondenten gebruiken om sociale cognitie te onderzoeken (meerdere antwoorden mogelijk).



Uit de resultaten van het onderzoek naar de mate waarin sociale cognitie onderzocht werd in relatie tot de werksetting, bleek dat 94,4% (n = 17) van de psychologen in de ziekenhuiszorg en 64,0% (n = 16) van de psychologen in de ouderenzorg sociale cognitie onderzocht. Dit was een significant verschil (*Fisher's Exact Test*  $p$ 's = 0.028) met een matige effectgrootte (*Cramer's V* = 0.356). De odds dat sociale cognitie werd onderzocht, lagen bij ziekenhuispsychologen ruim negen keer hoger dan bij psychologen in de ouderenzorg (OR = 9.564; 95% BI:[1.085,84.243]).

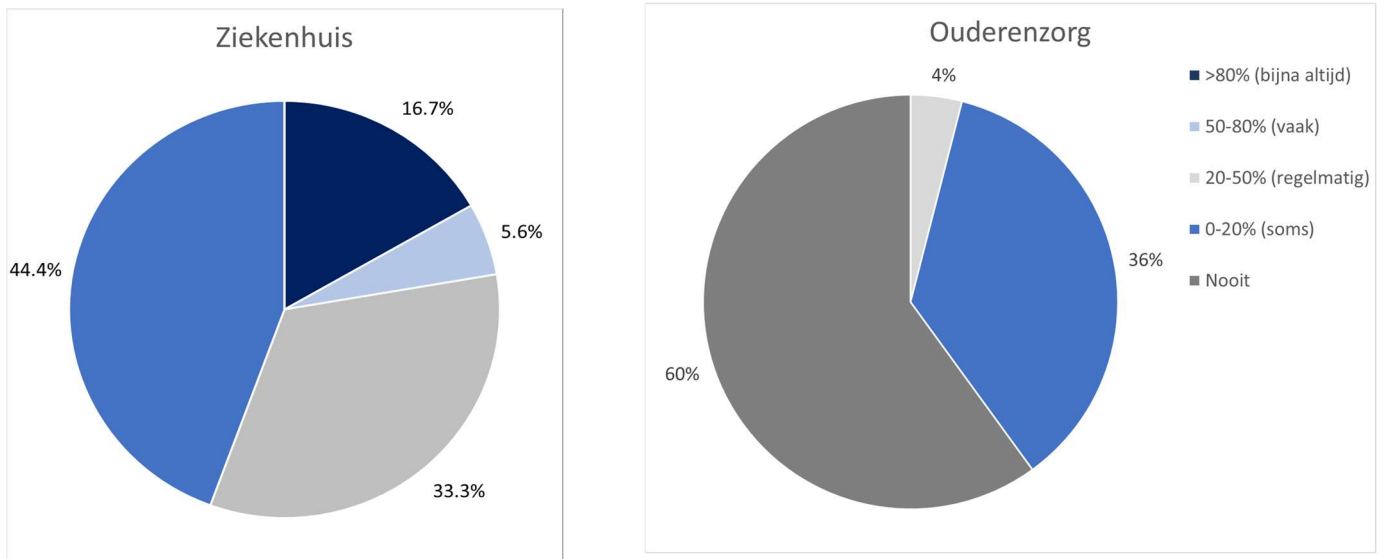
Onder psychologen werkzaam in het ziekenhuis gebruikte 76.5% (n=13) neuropsychologische tests om sociale cognitie te onderzoeken; het percentage onder psychologen in de ouderenzorg was 18.8% (n=3) (voor een visuele weergave, zie figuur 2). Dit was een significant verschil (*Fisher's Exact Test*  $p$ 's = 0.002), met een sterk effectgrootte (*Cramers's V*=0.577). De odds op het gebruik van neuropsychologische tests om sociale cognitie te onderzoeken lagen bij psychologen in de ouderenzorg lager dan bij psychologen werkzaam in het ziekenhuis (OR = 0.071; 95% BI: [0.013,0.382]).

Figuur 2: Percentages onderzoeksmethoden naar sociale cognitie uitgezet in werksetting. (meerdere antwoorden mogelijk).



Het routinematige gebruik van neuropsychologische tests tijdens een NPO is onderzocht. Van de psychologen werkzaam binnen de ouderenzorg gaf 40% ( $n = 10$ ) aan sociale cognitie ‘soms’ of ‘regelmatig’ ( $>0-50\%$  van de onderzoeken) te onderzoeken met neuropsychologische tests, terwijl dit onder psychologen werkzaam in het ziekenhuis 77,8% ( $n=14$ ) was. Deze proporties verschilden significant (Fisher’s Exact Test  $p = <.001$ ), met een sterk effectgrootte (cramer’s  $V = 0.665$ ). In de ouderenzorg waren er geen respondenten die aangaven neuropsychologische tests ‘vaak’ of ‘(bijna) altijd’ ( $>50-80\%$  van de onderzoeken) te gebruiken om sociale cognitie te onderzoeken, in tegenstelling tot in de ziekenhuissetting ( $n=4$ ). Zie figuur 3 voor een visuele weergave.

Figuur 3: De mate van het gebruik van neuropsychologische tests tijdens een dementievraagstelling.



Uit onderzoek naar het gebruik van neuropsychologische tests voor sociale cognitie in relatie tot de fase van dementie waarin de respondenten werkzaam waren, bleken er variaties, die echter niet statistisch significant waren (Fisher's Exact Test,  $p = 0.249$ ,  $n = 33$ ), en gepaard gingen met een geringe effectgrootte (Cramer's  $V = 0.353$ ). Tabel 2 geeft een overzicht van het gebruik van neuropsychologische tests voor sociale cognitie, in relatie tot de fase van dementie.

Tabel 2: procentuele verdeling van sociale cognitie onderzoek, in relatie tot de fase van dementie.

	Werksetting	Onderzoek naar sociale cognitie tijdens een NPO	Onderzoek naar sociale cognitie door middel van neuropsychologische tests
Vroege fase van dementie	Ziekenhuis	92.3% (n=12)	75.0% (n=9)
	Ouderenzorg	100% (n=3)	33.3% (n=1)
Matig ernstige fase van dementie	Ziekenhuis <sup>1</sup>		
	Ouderenzorg	100% (n=3)	33.3% (n=1)
Verschillende fase van dementie	Ziekenhuis	100% (n=5)	80.0% (n=4)

Ouderenzorg	50.0% (n=9)	11.1% (n=1)
-------------	----------------	----------------

<sup>1</sup> In de steekproef waren geen ziekenhuispsychologen die met matig-tot-ernstige dementiepatiënten werkten en sociale cognitie onderzochten.

### Belemmeringen in het gebruik van sociale cognitie testen

In totaal gaf 78.8% van de respondenten aan enige vorm van belemmering te ervaren in het gebruik van sociale cognitie testen tijdens een NPO. Kennis over de psychometrische eigenschappen van sociale cognitie tests (M=3.61, SD=0.80, waarbij 1 (= helemaal niet van toepassing) tot 5 (= helemaal van toepassing)) vormde de grootste belemmering. Gevolgd door de tijdsduur van de testen (M=3.46, SD=1.14) en het ontbreken van informatie over Nederlandse versies van sociale cognitietests (M=3.41, SD=1.10) vormden de grootsten belemmeringen. Van de psychologen werkzaam in het ziekenhuis ervaaarde 77.8% (n=14) enige vorm van belemmeringen in het doen van onderzoek naar sociale cognitie, in de ouderen zorg bedroeg dit percentage 80% (n=20). Dit verschil was niet significant (Fisher's Exact test  $p = 1.000$ ).

Drie afzonderlijke Mann-Whitney U-toetsen zijn uitgevoerd om te onderzoeken in welke mate de belemmeringen, uitgedrukt als gemiddelde ernstscores, werden ervaren in relatie tot de werksetting. Voor alle drie de categorieën werden geen significante verschillen gevonden (De verschillen zijn weergegeven in tabel 3, de bijbehorende beschrijvende statistieken en p-waarden staan in tabel 4).

Tabel 3: *Verschillen in ervaren belemmeringen per werksetting (Mann-Whitney U-toetsen).*

	Werksetting	N	Gemiddelde rangscore <sup>1</sup>
Praktische belemmeringen	Ziekenhuis	14	16.64
	Ouderenzorg	20	18.10
Belemmeringen m.b.t de doelgroep	Ziekenhuis	14	17.54
	Ouderzorg	20	17.48
Belemmeringen m.b.t. de kennis van de respondenten	Ziekenhuis	14	14.11
	Ouderenzorg	20	19.88

1 Hogere gemiddelde rangscores duiden op hogere waarden op de onderzochte belemmering.

Tabel 4: *Beschrijvende statistieken en p-waarden van de belemmeringen per werksetting (Mann-Whitney U-Toetsen).*

	<b>Gemiddelde</b>	<b>Mediaan</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	<b>Z</b>	<b>p-waarde (tweezijdig)</b>
Praktische belemmeringen	3.11	3.20	128.000	-.424	.672
Belemmeringen m.b.t de doelgroep	3.01	3.00	139.500	-.018	.986
Belemmeringen m.b.t de kennis van de respondenten	3.26	3.17	92.500	-1.674	0.095

In totaal waren er vijftien toetsen uitgevoerd, hiervoor was er een bonferroni-correctie toegepast om te corrigeren voor meervoudige toetsing. De oorspronkelijke alfa was vastgesteld op 0,05. Na correctie bedroeg het aangepaste significantieniveau  $0,05/15 = 0,0033$ . Het onderzoek naar de ernst van de belemmeringen (individueel) in relatie tot de werksetting liet aanvankelijk voor enkele belemmeringen significante verschillen zien, welke zijn opgenomen in tabel 5. Echter, na toepassing van de Bonferroni-correctie bleken alle gevonden p-waarden hoger te zijn dan het aangepaste significantieniveau van 0.0033, wat betekent dat er geen significante resultaten waren gevonden (zoals weergegeven in tabel 6).

Tabel 5: *Verschillen tussen de significante individuele belemmeringen, in relatie tot de werksetting (Mann-whitney U-Toetsen).*

	<b>Werksetting</b>	<b>N</b>	<b>Gemiddelde rangscore</b>
De testen zijn niet aangepast op de cultuur van mijn patiënten	Ziekenhuis	14	21.36
	Ouderenzorg	20	14.80
De psychometrische kenmerken van sociale cognitie tests zijn onvoldoende	Ziekenhuis	14	21.93
	Ouderenzorg	20	14.40

De psychometrische kenmerken zijn mij onbekend	Ziekenhuis	14	13.14
	Ouderenzorg	20	20.55
Ik heb geen toegang tot normen	Ziekenhuis	14	12.43
	Ouderenzorg	20	21.05
De test zijn te duur in aanschaf	Ziekenhuis	14	12.29
	Ouderenzorg	20	21.15

Tabel 6: Beschrijvende statistieken en (gecorrigeerde) p-waarden van de significante individuele belemmeringen (Mann-Whitney U-Toetsen).

	Mann-Whitney U	Z	Assymp. Sig. (2-tailed)	p-value na correctie
De testen zijn niet aangepast op de cultuur van mijn patiënten	86.000	-1,965	0.049	0.735
De psychometrische kenmerken van sociale cognitie tests zijn onvoldoende	78.000	-2,338	0.019	0.285
De psychometrische kenmerken zijn mij onbekend	97.000	-2.285	0.022	0.33
Ik heb geen toegang tot normen	69.000	-2,571	0.010	0.15
De test zijn te duur in aanschaf	67.000	-2,695	0.007	0.105

In het kwalitatieve onderzoek naar de mate van ervaren belemmeringen in relatie tot de fase van dementie waarin men werkzaam was, bleek dat psychologen die werkten met patiënten in verschillende fasen van dementie vooral belemmeringen gerelateerd aan hun eigen ervaring m.b.t. sociale cognitie als grootste hinder ervaarde. Dit gold eveneens voor psychologen die werkzaam waren in de vroege fase van dementie. Voor psychologen die werkten met cliënten in de matig ernstige fase van dementie gold daarentegen dat belemmeringen gerelateerd aan de doelgroep als meest belemmerend werden ervaren (zie Tabel 7 voor de beschrijvende statistieken).

Tabel 7: *Beschrijvende statistieken van de mate van ervaren belemmeringen in relatie tot de fase van dementie (gemiddelden en standaarddeviaties).*

	<b>Praktische belemmeringen</b>	<b>Belemmeringen m.b.t. de doelgroep</b>	<b>Belemmeringen m.b.t de ervaring van de psychologen</b>
Vroege fase van dementie (n=18)	M = 3.27 SD = 0.69	M = 2.91 SD = 0.69	M = 3.13 SD = 0.73
Matig ernstige fase van dementie (n=3)	M = 2.53 SD = 0.31	M = 3.22 SD = 0.51	M = 3.11 SD = 0.38
Verschillende fasen van dementie (n=19)	M = 3.0 SD = 0.68	M = 3.09 SD = 0.78	M = 3.44 SD = 0.90

## Discussie

In dit onderzoek is onderzocht welke rol sociale cognitie heeft in de dementiediagnostiek in de Nederlandse klinische setting. We hebben de mate waarin sociale cognitie onderzocht wordt in de dementiediagnostiek, en in welke mate neuropsychologische tests daarvoor worden gebruikt. Daarnaast zijn de belemmeringen die worden ervaren in het gebruik van neuropsychologische tests voor sociale cognitie in kaart gebracht. Hierbij zijn verschillen tussen psychologen werkzaam in ziekenhuizen en/of geheugenpoli's en psychologen werkzaam in de ouderenzorg onderzocht.

Onze belangrijkste bevinding is dat het gebruik van neuropsychologische tests om sociale cognitie te onderzoeken beperkt is. Ondanks dat 78.8% van de psychologen aangaf sociale cognitie te onderzoeken tijdens een NPO, gebruikte slechts 21% van de psychologen hiervoor neuropsychologische tests. Dit komt overeen met de bevindingen van Ter Huurne et al. (2025). Ook in internationale context komen deze resultaten overeen met de recente bevindingen van Quesque et al. (2024) en Cerami et al. (2025). Het beperkte gebruik van neuropsychologische tests in de klinische praktijk werd eerder vastgesteld door Henry en collega's (2016). Zij voerden een literatuurreview uit waarin de kloof tussen de wetenschappelijke literatuur en de klinische praktijk aan het licht werd gebracht. De resultaten van de huidige studie onderbouwen deze kloof door aan te tonen dat, ondanks brede aandacht voor sociale cognitie in zowel de literatuur, als in de klinische praktijk (bijvoorbeeld door middel van observaties en interviewvragen), het gebruik van neuropsychologische tests voor sociale cognitie beperkt is.

Het gebruik van neuropsychologische tests voor sociale cognitie was onder psychologen die werkzaam zijn in ziekenhuizen en/of geheugenpoli's, aanzienlijk hoger dan psychologen die werkzaam zijn in de ouderenzorg. In vergelijking met de bevindingen van de studie van Ter Huurne et al. (2024) ligt het gebruik van sociale cognitietests onder psychologen werkzaam in ziekenhuizen en/of geheugenpoli's in de huidige studie een stuk hoger. Een mogelijke verklaring voor het significante verschil in het gebruik van de tests tussen deze zorgcontexten is de kloof tussen de wetenschappelijke literatuur en de klinische praktijk, die door Henry en collega's (2016) eerder al is benoemd. Ziekenhuizen – en dan met name academische ziekenhuizen – hebben een sterkere wetenschappelijke oriëntatie, wat maakt dat de kloof tussen wetenschap en klinische praktijk hier waarschijnlijk kleiner is dan in de ouderenzorgcontext. Bovendien wordt ziekte- en differentiaaldiagnostiek waarschijnlijk vaker uitgevoerd in ziekenhuizen dan in de ouderenzorg, waar de nadruk doorgaans sterker ligt op zorgdiagnostiek

en indicatiestelling, waardoor sociale cognitie mogelijk minder frequent wordt onderzocht. Deze factoren kunnen ervoor zorgen dat sociale cognitie frequenter wordt onderzocht door middel van neuropsychologische tests in een ziekenhuis dan in de ouderenzorg.

Hoewel bij zowel psychologen werkzaam in ziekenhuizen als in de ouderenzorg een aanzienlijke mate van belemmeringen werd vastgesteld (78.8%). Ondanks dat er geen significante verschillen zijn gevonden, ervaren psychologen in de ouderenzorg een hogere mate van praktische belemmeringen en belemmeringen met betrekking tot de ervaring van psychologen met sociale cognitie. Dit kan worden verklaard doordat vooral academische ziekenhuizen en geheugenpoli's bestaan uit grote multidisciplinaire teams met een hoge mate van specialistische expertise: zij zijn over het algemeen sterk gericht op diagnostiek en beschikken vaak over directe verbindingen met onderzoeksfaciliteiten (Gruters et al., 2019). Psychologen met minder expertise op gebied van sociale cognitie gaven in het onderzoek van Cerami et al. (2025) aan een grote behoefte te hebben aan training en opleiding om hun expertise te vergroten. Quesque en collega's (2024) bepleiten eveneens voor meer training en opleiding voor klinici die niet gespecialiseerd zijn in sociale cognitie, en zij benadrukken de noodzaak om de kloof tussen onderzoekers met expertise en psychologen te verkleinen om kennis gemakkelijker over te dragen. Deze kloof zou overbrugd kunnen worden door nauwere contacten tussen psychologen in de praktijk en onderzoeksinstituten die educatieprogramma's aanbieden (Hokkanen et al., 2019).

Dat psychologen in het algemeen een hoge mate van belemmering ervaren in het gebruik van neuropsychologische tests voor sociale cognitie, was reeds eerder al aangetoond door Quesque en collega's (2024). In hun onderzoek werd duidelijk dat zowel het gebrek aan informatie over beschikbare tests als het ontbreken van kennis over normatieve gegevens en psychometrische eigenschappen van deze tests als belangrijkste belemmeringen werd gezien. De resultaten van de huidige studie ondersteunen deze bevindingen, waarbij psychologen vooral het gebrek aan kennis over de psychometrische eigenschappen van sociale cognitie tests als belemmering noemden, gevolgd door de lange duur van de tests en het ontbreken van informatie over Nederlandse versies van sociale cognitie tests. Daarnaast is in deze studie expliciet onderzoek gedaan naar verschillende zorgcontexten waarin dementiediagnostiek wordt uitgevoerd. De resultaten geven een duidelijke weergave van welke soort belemmeringen als grootste hinder worden ervaren per zorgcontext. Deze resultaten geven een concreet beeld van wat de implementatie van sociale cognitietests belemmert, niet alleen in ziekenhuizen maar ook in de ouderenzorg. Dit is nog niet eerder onderzocht in de Nederlandse klinische praktijk.

Naast de ervaren belemmeringen kan ook de fase van dementie waarin de patiënt zich bevindt van invloed zijn op het gebruik van sociale cognitie tests. De richtlijnen die door het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) zijn opgesteld benadrukken het belang van een NPO in de vroege fase van dementiediagnostiek. Dit wordt bevestigd door het gegeven dat een neuropsychologisch onderzoek in vrijwel alle Nederlandse geheugenpoli's structureel is opgenomen in de standaard diagnostische procedures (Nederlands Instituut van Psychologen., 2019). Deze neuropsychologische onderzoeken in de beginfase van het ziekteproces worden doorgaans in gespecialiseerde geheugenklinieken uitgevoerd. In onze studie waren veel psychologen werkzaam met patiënten in verschillende fases van dementie, waardoor verschillen in het gebruik van neuropsychologische tests voor sociale cognitie aan de hand van de fase van dementie van de patiënt niet goed onderzocht konden worden.

De bestaande literatuur ondersteunt dat stoornissen in de sociale cognitie in verschillende ziektebeelden veel voorkomen. Zo geven Henry en collega's (2016) aan dat sociale cognitie stoornissen onder andere voorkomen bij neurologische ontwikkelingsstoornissen, neuro psychiatrische stoornissen, acute hersenen schade en bij neurodegeneratieve ziektes als bvFTD, of de ziekte van Alzheimer. Het is daarom belangrijk dat sociale cognitie taken worden afgenomen bij iedereen met verdenking op neurocognitieve stoornissen (Cerami et al., 2025). Dit verhoogt de kans op een correcte diagnose en maakt een snellere inzet van gespecialiseerde, persoonsgerichte zorg mogelijk. Deze kennis staan echter in contrast met de huidige klinische setting, zoals blijkt uit de resultaten van de huidige studie. Wel gaf de meerderheid van de respondenten (61,5%) te verwachten in de toekomst meer gebruik te maken van sociale cognitie tests. Zij waren het er echter ook unaniem over eens dat er eest enkele aanpassingen nodig zijn. In de huidige studie is door middel van open vragen aan de psychologen gevraagd wat er volgens hen noodzakelijk is om meer gebruik te maken van sociale cognitie tests in de toekomst. De psychologen gaven aan dat er nieuwe, kortere sociale cognitie tests beschikbaar moeten komen met passende normen en goede psychometrische eigenschappen. Psychologen hebben behoefte aan eenduidigheid over welke testen beschikbaar en betrouwbaar zijn. Tot slot wordt gevraagd om een duidelijk advies over een geschikte testbatterij, en een centrale plek waar de testen te vinden zijn. Deze wensen sluiten aan bij de eerder gedane internationale aanbevelingen van Quesque et al. (2024) en Cerami et al. (2025) over het implementeren van een standaardtestbatterij waarin sociale cognitie is opgenomen, met snelle, laagdrempelige en goed gevalideerde neuropsychologische tests. Hierdoor wordt de nauwkeurigheid van cognitieve beoordelingen verbeterd en worden herhaalde sociale cognitieve metingen vermeden. Door

nauwkeurigere cognitieve beoordelingen wordt toegang tot de juiste zorg versneld en kan er gepersonaliseerde zorg worden geboden (Cerami et al., 2025).

Deze studie kent enkele beperkingen die in acht moeten worden genomen. Hoewel de steekproef uit 52 respondenten bestond, waren de groepsgroottes binnen sommige statistische analyses relatief klein. Dit bemoeilijkte het detecteren van kleine statistische verschillen. Daarnaast heeft de keuze om de ervaren belemmeringen onder te verdelen in drie categorieën ertoe geleid dat specifieke informatie over individuele belemmeringen verloren gaat. Zoals de specifieke aard van de belemmering, de mate van invloed van de belemmering en wordt de variatie in hoe vaak of door welke psychologen bepaalde belemmeringen worden ervaren, minder zichtbaar. De items werden gemeten met behulp van een vijfpuntsschaal (Likert-schaal), waardoor de gemiddelde scores dicht bij elkaar lagen, wat het aantonen van statistische verschillen verder bemoeilijkte. Daarnaast kent de gehanteerde onderzoeksopzet enkele methodologische beperkingen. Door het gebruik van een gemakssteekproef en zelfselectie hadden respondenten zelf de keuze om de vragenlijst al dan niet in te vullen. Dit kan geleid hebben tot selectiebias, waarbij met name psychologen met affiniteit of expertise met betrekking tot sociale cognitie eerder geneigd waren om deel te nemen. Hierdoor bestaat het risico dat een substantieel deel van de doelgroep ondervertegenwoordigd blijft, wat de generaliseerbaarheid van de resultaten beperkt.

Ongeacht deze beperkingen heeft dit onderzoek een goed inzicht gegeven van het gebruik van neuropsychologische tests voor sociale cognitie zowel binnen als buiten geheugenpoli's, en welke belemmeringen worden ervaren in het gebruik van sociale cognitie tests. Het gebruik van neuropsychologische tests voor sociale cognitie blijft beperkt, zeker onder psychologen werkzaam in de ouderenzorg. Het beperkte gebruik van sociale cognitie tests kan mogelijk verklaard worden door de hoge mate van belemmeringen die psychologen ervaren in het gebruik van dergelijke tests, ongeacht de zorgcontext.

In het verlengde van dit onderzoek ligt het voor de hand dat vervolgonderzoek zich richt op de ontwikkeling van nieuwe, snellere sociale cognitie tests met goede psychometrische eigenschappen en passende normen. Het advies is om uitgebreider onderzoek te doen naar hoe deze sociale cognitie tests vorm moeten worden gegeven, en hoe deze geïmplementeerd kunnen worden in een standaardtestbatterij. Tevens kan vervolgonderzoek zich richten op het implementeren van educatieprogramma's of cursussen voor psychologen met weinig tot geen kennis van sociale cognitie. Op deze manier krijgen psychologen meer zelfvertrouwen in het beoordelen van sociale cognitie en wordt dit als een minder grote belemmering ervaren. Tot

slot is het zinvol om in brede zorgcontexten waarin dementiediagnostiek plaatsvindt zoals revalidatie zorg, geestelijke gezondheidszorg of verstandelijke gehandicapte zorg nader onderzoek te doen naar het gebruik van neuropsychologische tests voor sociale cognitie.

## Bijlage 1: Indeling van de belemmeringen.

### **Praktische belemmeringen:**

---

De testafname neemt te veel tijd in beslag

De uitwerking van de testresultaten neemt te veel tijd in beslag

Ik heb geen toegang tot de normen

De test zijn te duur in aanschaf

De psychometrische kenmerken zijn onvoldoende

### **Belemmeringen m.b.t de doelgroep:**

---

Deze tests zijn te complex voor de doelgroep waarmee ik werk

De leeftijd van de doelgroep waarmee ik werk valt buiten de normgroep

De testen zijn niet aangepast op de cultuur van mijn patiënten.

### **Belemmeringen m.b.t ervaring van de respondenten:**

---

Ik weet niet hoe ik de testresultaten moet interpreteren

Ik ervaar een gebrek aan informatie over beschikbare Nederlandse versies van deze tests.

De psychometrische kenmerken zijn mij onbekend.

**Aparte belemmering:** Ik vind het afnemen van tests voor sociale cognitie van onvoldoende toegevoegde waarde in het NPO.

## Literatuur

- Alzola, P., Carnero, C., Bermejo-Pareja, F., Sánchez-Benavides, G., Peña-Casanova, J., Puertas-Martín, V., Fernández-Calvo, B., & Contador, I. (2024). Neuropsychological Assessment for Early Detection and Diagnosis of Dementia: Current Knowledge and New Insights. *Journal of Clinical Medicine*, 13(12), 3442. <https://doi.org/10.3390/jcm13123442>
- Alzheimer Nederland. (z.d.). Feiten en cijfers over dementie. Alzheimer Nederland. Geraadpleegd op [9 december, 2024], van <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie/feiten-en-cijfers-over-dementie>
- Cotter, J., Granger, K., Backx, R., Hobbs, M., Looi, C. Y., & Barnett, J. H. (2018). Socialcognitive dysfunction as a clinical marker: A systematic review of meta analyses across 30 clinical conditions. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 84,92–99. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.11.014>
- Dilcher, R., Malpas, C. B., O'Brien, T. J., & Vivash, L. (2023). Social cognition in behavioral variant frontotemporal Dementia and pathological subtypes: a narrative review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 94(1), 19–38.
- Frith, C.D., 2008. Social cognition. *Phil. Trans. R. Soc. B: Biol. Sci.* 363 (1499), 2033–2039.
- Gruters A, Ramakers IHGB, Kessels RPC, Bouwman FH, Olde Rikkert MGM, Blom MM, de Vugt ME, Verhey FRJ. Development of memory clinics in the Netherlands over the last 20 years. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019 Aug;34(8):1267-1274. doi: 10.1002/gps.5132. Epub 2019 May 20. PMID: 31034652; PMCID: PMC6767517.
- Henry, J.D., von Hippel, W., Molenberghs, P., Lee, T., & Sachdev, P.S. (2016). Clinical assessment of social cognitive function in neurological disorders. *NatureReviews Neurology*, 12(1), 28–33De <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2015.250>
- Hokkanen, L., Lettner, S., Barbosa, F., Constantinou, M., Harper, L., Kasten, E., ... Hessen, E. (2019). Training models and status of clinical neuropsychologists in Europe: Results of a survey on 30 countries. *The Clinical Neuropsychologist*, 33(1), 32–56. <https://doi.org/10.1080/13854046.2018.1484169>
- Jiskoot, J., & Seelaar, H. (2021). Spectrum frontotemporale dementie. In R. Kessels, E. van den Berg, R. Ponds, J. Spikman, & M. van Zandvoort (Red.), *Klinische neuropsychologie* (pp.489-505). Boom.

- Jutten, R., & de Vugt, M. (2021). De ziekte van alzheimer. In R. Kessels, E. van den Berg, R. Ponds, J. Spikman, & M. van Zandvoort (Red.), *Klinische neuropsychologie* (pp. 465-486). Boom.
- Kelly, M., McDonald, S., & Frith, M. H. J. (2017b). A survey of clinicians working in brain injury rehabilitation: Are social cognition impairments on the radar? *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 32(4), E55–E65.  
<https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000269>
- McDonald, S., Wearne, T., & Kelly, M. (2022). Calling on clinicians to get social and emotional. *The Clinical Neuropsychologist*. DOI:10.1080/13854046.2022.2085176
- Nederlands Instituut van Psychologen. (2019). *Monodisciplinaire richtlijn: Neuropsychologisch onderzoek bij lichte cognitieve stoornissen en dementie* (Sectie Neuropsychologie). NIP.
- Ter Huurne, D., Stolte, M., van Stek-Smits, V., Papma, J., Spikman, J., van den Berg, E., Verhey, F., de Vugt, M., & Ramakers, I. (2024). Het neuropsychologisch onderzoek op de Nederlandse geheugenpoli: De Neuropsychologie Monitor 2023. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 19(3), 5–18. <https://doi.org/10.5553/NP/187113912024019003005>
- Van den Berg, E., Beeks, D., Poos, J., van Swieten, J., Papma, J., Jiskloot, L. (2018). Sociale cognitie bij gedragsvariant frontotemporale dementie: Een meta-analyse. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 13(2) 45-60.
- Quesque, F., Nivet, M., Etchepare, A., Wauquiez, G., Prouteau, A., Desgranges, B., & Bertoux, M. (2024). Social cognition in neuropsychology: A nationwide survey revealing current representations and practices. *Applied Neuropsychology: Adult*, 31:4, 689-702, DOI:10.1080/23279095.2022.2061859