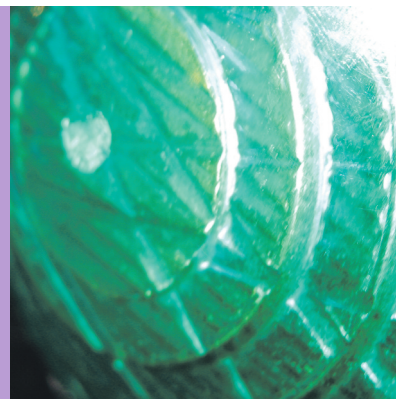


FTO-module



Dementie

Werkmateriaal voor een FTO-bijeenkomst



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik

Colofon

Auteur

dr. Elly de Lange de Klerk, arts

Met medewerking van

drs. Henriëtte van der Kwaak-van Hout

dr. Marjorie Nelissen-Vrancken, apotheker

Illustratie

Len Munnik

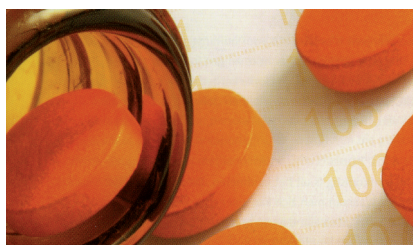
oktober 2012

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag worden gebruikt zonder vooraf verkregen toestemming.

Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
Postbus 3089, 3502 GB Utrecht
Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht
tel 0888 800 400 fax 030 296 29 12
info@medicijngebruik.nl www.medicijngebruik.nl



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik



Materiaal voor een FTO over dementie

- 4 Inleiding
- 5 Doel
- 5 Toelichting
- 5 Programma
- 6 Uitvoering

Bijlagen

- 8 1A Huiswerkopdracht prevalentie dementie voor huisartsen
- 9 1B Instructies voorbereiders
- 11 2A Kennistoets
- 12 2B Toelichting kennistoets
- 19 3A Casuïstiek huisartsen
- 22 3B Casuïstiek apothekers
- 25 3C Toelichting casuïstiek
- 27 4 Voorbeeldafspraken
- 28 Literatuur

Materiaal voor een FTO over dementie

Wij hopen dat deze FTO-module aan uw wensen voldoet. Wij horen het echter graag als u suggesties heeft voor verbetering. Zo kunnen wij onze materialen verbeteren en u de hoogste kwaliteit leveren. Mail uw reactie naar helpdeskfto@medicijngebruik.nl.

Inleiding

Deze FTO-module is bedoeld voor huisartsen en apothekers die een FTO voorbereiden over dementie. De module bevat werkvormen voor een bijeenkomst van ongeveer anderhalf uur.

Het programma richt zich op het adequaat en proactief omgaan met signalen van cognitieve achteruitgang bij oudere patiënten. Tijdens de bijeenkomst bespreken de deelnemers aan de hand van een kennistoets, casuïstiek en een huiswerkopdracht het beleid ten aanzien van vroegsignalering van dementie. Daarnaast besteden zij aandacht aan veilig geneesmiddelgebruik bij dementie. Tot slot maken de deelnemers afspraken ter verbetering van de vroegsignalering en het veilig geneesmiddelgebruik bij dementie.

De inhoudelijke informatie in deze module is voornamelijk afkomstig uit de NHG-standaard *Dementie* (2012). Deze NHG-standaard is in overeenstemming met de LESA's *Dementie* (2005 en 2009). Voor meer inhoudelijke achtergrondinformatie verwijzen wij u naar de literatuur in het overzicht achter in deze uitgave.



Een FTO-bijeenkomst over dementie

Doel

De deelnemers

- ▶ kennen de medicamenteuze adviezen in de NHG-standaard *Dementie* (2012)
- ▶ weten welke medicatie cognitieve problemen bij oudere patiënten kan veroorzaken
- ▶ maken afspraken over optimalisering van vroeg-signalering van dementie en veilig geneesmiddelgebruik bij ouderen met cognitieve problemen

Toelichting

Door de dubbele vergrijzing neemt de prevalentie van dementie sterk toe. In 2011 leden ruim 243.000 Nederlanders aan dementie. Men verwacht dat in 2050 in Nederland ruim een half miljoen mensen aan dementie zal lijden. De incidentie van dementie stijgt na het zeventigste levensjaar sterk met de leeftijd (Wereld Alzheimer Dag Rapport 2011).

Het is belangrijk dat zorgverleners signalen van cognitieve achteruitgang tijdig herkennen en adequaat oppakken, zodat de huisarts tijdig kan diagnosticeren. Daardoor verbetert de kwaliteit van leven van de patiënt en diens naasten. In een vroeg stadium van dementie kan de patiënt zelf nog zaken voor de toekomst regelen. De patiënt kan dan bijvoorbeeld tijdig een wilsbeschikking en een testament opstellen. Ook kunnen zorgverleners bij een tijdige diagnose rustig toewerken naar het regelen van passende zorg voor de patiënt en diens naasten ter voorkoming van gevaarlijke situaties.

De huisarts en apotheker krijgen in toenemende mate te maken met medicatie voor mensen met dementie. Dit kan medicatie zijn voor comorbiditeit, medicatie om het dementieproces af te remmen of medicatie voor gedragsproblemen. Bij cognitieve problemen kijken de huisarts en de apotheker of geneesmiddelen deze problemen (mede) kunnen veroorzaken.

Een patiënt met beginnende dementie kan problemen hebben met het juiste gebruik van medicatie. Als een praktijk- of apothekers-assistente hiervan signalen opmerkt, moet zij de huisarts of apotheker hiervan op de hoogte brengen. De huisarts en apotheker kunnen vervolgens actie ondernemen door oplossingen te zoeken voor de problemen met het medicatiegebruik.



Programma

- | | |
|------------|---------------------|
| 5 minuten | Inleiding en doel |
| 30 minuten | Kennistoets |
| 30 minuten | Casuïstiek |
| 10 minuten | Eigen beleid |
| 10 minuten | Afspraken en aanpak |
| 5 minuten | Afsluiting |

Uitvoering

Apothekers en huisartsen die meer werk willen maken van professionalisering van het FTO, kunnen hierbij ondersteuning krijgen van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM). Voor meer informatie zie www.medicijngebruik.nl. U vindt hier onder andere informatie over de FTO-nieuwsbrief en het handboek FTO, met tips over de agenda, voorbereiding, taakverdeling, voorzittertips en een verslagformulier.



Voor de bijeenkomst

- ▶ Bereid de bijeenkomst drie tot vier weken van tevoren voor (huisarts en apotheker samen). Bekijk het programma en de werkwijze van de bijeenkomst en maak afspraken over de taakverdeling tijdens de bijeenkomst.
- ▶ Bestudeer de materie. U kunt hiervoor gebruik maken van de NHG-standaard *Dementie* (2012), de toelichting bij de kennistoets (bijlage 2B), de toelichting bij de casuïstiek (bijlage 3C) en de literatuurlijst.
- ▶ Stuur uiterlijk drie weken voor de FTO-bijeenkomst de huiswerk-opdracht van bijlage 1A naar de deelnemende huisartsen. Vraag de huisartsen de opdracht uiterlijk een week voor de bijeenkomst terug te sturen.
- ▶ Maak van de gegevens die de huisartsen u sturen grafieken. Gebruik hiervoor de instructie van bijlage 1B.
- ▶ Stuur uiterlijk een week voor de FTO-bijeenkomst een uitnodiging met de agenda naar alle deelnemers. Vraag de deelnemers zich voor te bereiden op de bijeenkomst door het bestuderen van de NHG-standaard *Dementie* (2012). Nodig bij voorkeur ook de praktijkondersteuners uit.
- ▶ Bekijk de PowerPointpresentatie behorend bij deze FTO-module en pas deze zo nodig aan.
- ▶ Kopieer bijlage 3A voor de huisartsen en praktijkondersteuners, bijlage 3B voor de apothekers en bijlagen 2A, 2B, 3C en de grafieken voor alle deelnemers.

E-learning Dementie vanaf eind 2012

De e-learningcursus *Dementie* is bedoeld voor praktijkondersteuners van de deelnemers aan uw FTO en verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorg. In deze cursus bieden wij de nodige kennis en achtergronden over dementie. Door het volgen van deze cursus zijn praktijkondersteuners en verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorg in staat om de signalen van dementie en signalen van onveilig geneesmiddelengebruik tijdig op te merken en afspraken voortkomend uit het FTO goed en efficiënt uit te voeren.

U kunt de cursus op verschillende manieren gebruiken:

- ▶ Voor praktijkondersteuners en verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorg die deelnemen aan het FTO: als voorbereiding op het FTO.
- ▶ Voor praktijkondersteuners en verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorg die de afspraken uit het FTO gaan uitvoeren: ter ondersteuning van het nakomen van deze afspraken.

Voor meer informatie over deze e-learning verwijzen wij u naar onze webshop op www.medicijngebruik.nl.

Tijdens de bijeenkomst

Inleiding en doel (5 min)

- Leid de bijeenkomst in met behulp van de tekst onder 'Doel' en 'Toelichting' en bespreek het programma.

Kennistoets (30 min)

- Deel de kennistoets van bijlage 2A uit. Laat de deelnemers de vragen beantwoorden in vijf tot tien minuten.
- Bespreek vervolgens de antwoorden per vraag. Laat één deelnemer zijn antwoord geven en vraag naar argumenten. Laat de andere deelnemers aanvullen. Gebruik bij de discussie tevens de antwoorden van bijlage 2B (bijlage bij voorkeur na afloop uitdelen).
- Formuleer verbeterpunten.

Casuïstiek (30 min)

- Deel de casuïstiek van bijlage 3A (huisartsen) en 3B (apothekers) uit. Laat de deelnemers de vragen beantwoorden in vijf tot tien minuten.
- Bespreek de casuïstiek door bij elke vraag een deelnemer naar zijn antwoord te vragen. Vraag vervolgens de overige deelnemers naar afwijkende antwoorden. Laat de deelnemers hun antwoord motiveren. Bekijk de onderlinge verschillen en ga na of het voorgestelde beleid overeenkomt met de NHG-standaard *Dementie* (2012). Maak hierbij gebruik van de toelichting op de casuïstiek van bijlage 3C.
- Geef ruimte voor discussie.
- Formuleer verbeterpunten.

Eigen beleid (10 min)

- Presenteer de grafieken.
- Vergelijk de prevalenties van bekende dementie in de verschillende huisartsenpraktijken onderling en met de landelijke cijfers.
- Verklaar de verschillen.
- Formuleer verbeterpunten.

Afspraken (10 min)

- Herhaal de benoemde verbeterpunten. Laat de deelnemers aangeven welke verbeterpunten zij (als eerste) willen aanpakken en op welke manier. Maak hierover afspraken.
- Benoem bij het maken van afspraken ook resultaatdoelstellingen en formuleer deze volgens de SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) principes. Zie bijlage 4 voor voorbeelden van afspraken en resultaatdoelstellingen.

Afsluiting (5 min)

- Laat alle deelnemers hun leermomenten en persoonlijke voornemens benoemen.
- Spreek af hoe u de gemaakte afspraken gaat evalueren.
- Neem de gezamenlijke afspraken en persoonlijke voornemens op in het verslag.
- Stel een datum vast voor de evaluatie van de afspraken. Een voorbeeldprogramma voor de evaluatie vindt u terug in het kader 'Voorbeeld evaluatieprogramma'.
- Deel bijlagen 2B, 3C en de grafieken uit.
- Sluit de bijeenkomst af.

Bedenk dat afspraken de meeste kans van slagen hebben als ze behapbaar zijn en relatief eenvoudig praktisch uitvoerbaar. Maak niet te veel afspraken en houd ze concreet.

Voorbeeld evaluatieprogramma

Gemaakte afspraken (10 min)

- Presenteer de gemaakte afspraken kort.
- Vraag de deelnemers naar hun ervaringen (succesfactoren en knelpunten).
- Controleer of de resultaatdoelstellingen zijn behaald.

Knelpunten (10 min)

- Inventariseer de knelpunten bij niet nagekomen resultaatdoelstellingen.
- Bedenk oplossingen voor de gevonden knelpunten.
- Bepaal of de afspraken moeten worden bijgesteld.

Vaststellen nieuwe afspraken (5 min)

- Formuleer nieuwe afspraken en resultaatdoelstellingen.

Afsluiting (5 min)

- Stel een datum vast voor de evaluatie van de nieuwe afspraken.
- Neem alle afspraken op in het verslag.

Bijlage 1A

Huiswerkopdracht prevalentie dementie voor huisartsen

Opdracht

Inventariseer aan de hand van uw praktijkgegevens per leeftijdscategorie de totale aantallen mannen en vrouwen en de aantallen mannen en vrouwen met de ICPC-code P70 (dementie) in uw praktijk en vul onderstaand schema in.

Stuur het ingevulde schema uiterlijk een week voor de FTO bijeenkomst naar de voorbereiders.

leeftijd	Mannen		Vrouwen	
	totaal aantal	aantal met ICPC-code P70	totaal aantal	aantal met ICPC-code P70
65-74 jaar				
75 jaar en ouder				

Bijlage 1B

Instructies voorbereiders

De deelnemende huisartsen sturen u het totaal aantal patiënten en het aantal patiënten met dementie, gespecificeerd naar leeftijd en geslacht. Na het verzamelen van de afzonderlijke gegevens van de huisartsen berekent u voor iedere huisarts de prevalenties per leeftijdscategorie per 1000 patiënten, apart voor mannen en vrouwen. U doet dit door het aantal patiënten met ICPC-code P70 te delen door het totaal aantal patiënten in de betreffende leeftijdscategorie en te vermenigvuldigen met 1000.

Vervolgens maakt u de bijbehorende grafieken, bijvoorbeeld met behulp van Excel. Gebruik daarbij ook de landelijke gegevens uit 2010 van het NIVEL. U vindt deze in tabel 1. Hieronder vindt u een voorbeeldgrafiek.

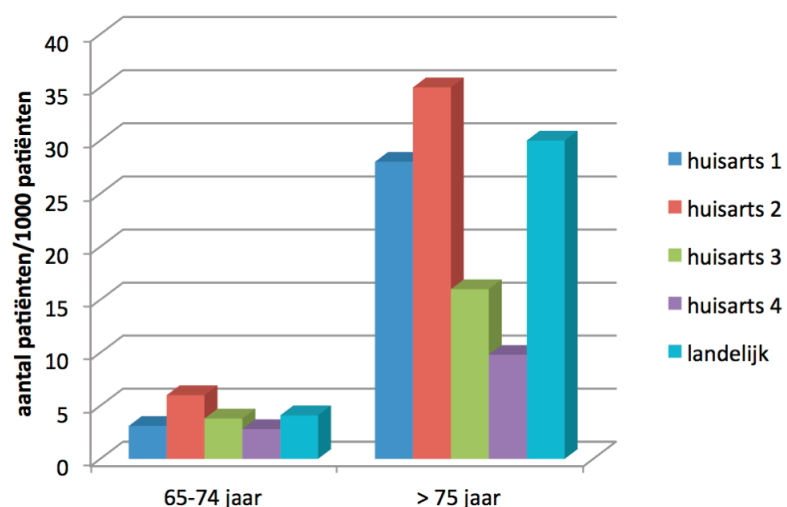
Wanneer u een vraag heeft over het verkrijgen van gegevens en het maken van de grafieken kunt u contact opnemen met de helpdesk 'cijfers' van het IVM via helpdeskcijfers@medicijngebruik.nl.

Tabel 1 Prevalentiecijfers van dementie (ICPC-code P70) in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2010 (www.nivel.nl)

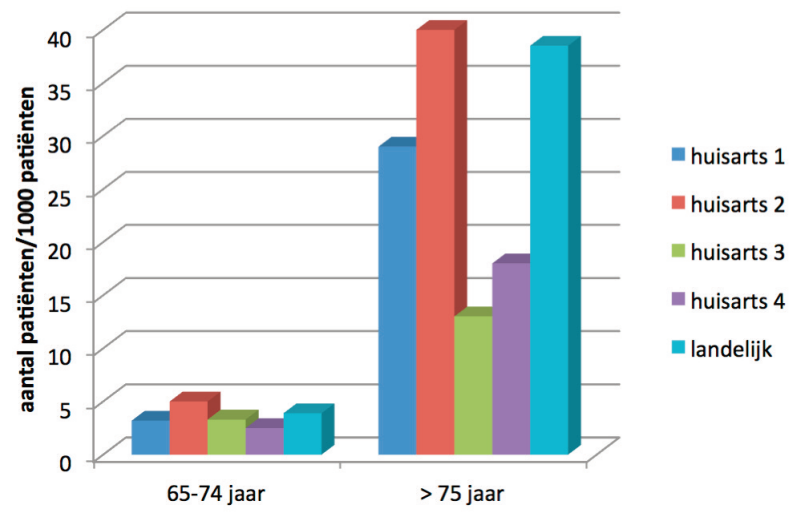
Leeftijdsgroep	Mannen	Vrouwen
65-74 jaar	4,1	3,9
75 jaar en ouder	30,0	38,5

Voorbeeldgrafieken

Voorbeeldgrafiek 1 Prevalentie dementie bij mannen



Voorbeeldgrafiek 2 Prevalentie dementie bij vrouwen





Kennistoets

1. Welke signalen kunnen wijzen op dementie?
2. Met welke hulpmiddelen kunt u signalen van cognitieve achteruitgang in kaart brengen?
3. Bij welk percentage van de thuiswonende patiënten met dementie staat de diagnose dementie niet in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS)?
4. Willen mensen met beginnende dementie weten dat ze aan dementie lijden?
5. Welke geneesmiddelen kunnen bij ouderen cognitieve problemen veroorzaken?
6. Welke maatregelen en hulp(middelen) kunnen een patiënt met lichte dementie ondersteunen bij het juiste gebruik van geneesmiddelen?
7. Welke voor- en nadelen hebben cholinesteraseremmers en memantine bij dementie?
8. Welke behandelingsmogelijkheden voor gedragsproblemen bij dementie heeft de huisarts?

Bijlage 2B

Belangrijkste bron: NHG-standaard *Dementie* (2012).

Voorbeelden van vergeetachtigheid

- ▶ meerdere malen om herhaal-medicatie vragen die nog niet op kan zijn
- ▶ herhaaldelijk te laat om herhaal-medicatie vragen
- ▶ herhaaldelijk aangeven dat reeds gebrachte medicatie niet ontvangen is
- ▶ rekeningen niet tijdig betalen
- ▶ telkens op zoek zijn naar belangrijke spullen
- ▶ afspraken vergeten
- ▶ in herhalingen vallen tijdens een gesprek
- ▶ niet op bepaalde woorden kunnen komen

Toelichting kennistoets

1. Welke signalen kunnen wijzen op dementie?

De signalen zijn bij jong dementerenden anders dan bij oudere mensen met beginnende dementie.

Vroege signalen van dementie bij oudere mensen zijn:

- ▶ vergeetachtigheid
- ▶ de draad van een gesprek kwijt raken
- ▶ de plank mis slaan tijdens een gesprek
- ▶ veranderingen van het uiterlijk, vooral onverzorgd uiterlijk door zelfverwaarlozing
- ▶ vermagering
- ▶ verandering van houding/karakter/gewoonten, zich terugtrekken uit sociale contacten
- ▶ apathie
- ▶ angst, onzekerheid, somberheid
- ▶ onbegrepen lichamelijke klachten (Van den Heuvel en Groen, 2009)
- ▶ loopstoornissen
- ▶ apparaten niet goed meer kunnen bedienen, bijvoorbeeld de (mobiele) telefoon, de koffiezetmachine, de wasmachine, de televisie
- ▶ financiën niet meer goed beheren
- ▶ medicatie niet meer goed beheren

Bij mensen die jonger zijn dan 65 jaar staan andere signalen op de voorgrond:

- ▶ gedragsproblemen
- ▶ veranderd functioneren op het werk
- ▶ niet om kunnen gaan met nieuwe informatie
- ▶ niet om kunnen gaan met complexe situaties
- ▶ veranderd functioneren in het gezin (bijvoorbeeld verlies van interesse)
- ▶ een beeld van depressie die niet opklaart
- ▶ een beeld van burn-out die niet reageert op adequate behandeling

2. Met welke hulpmiddelen kunt u signalen van cognitieve achteruitgang in kaart brengen?

Een handig hulpmiddel voor het observeren van signalen van dementie van een patiënt tijdens het spreekuur is de OLD: de observatielijst voor vroege symptomen van dementie. U vindt de OLD als bijlage bij de NHG-standaard *Dementie* (2012).

De OLD is ontwikkeld door TNO Kwaliteit van Leven en is gevalideerd bij ouderen (≥ 75 jaar) in de huisartsenpraktijk. Het instrument ondersteunt u bij het observeren van de patiënt tijdens het gesprek. Met behulp van de OLD kunt u - als huisarts - signalen op het gebied van cognitie (4), dagelijks functioneren (1) en gedrag (2) in kaart brengen. Indien u vier of meer signalen observeert, is aanvullende diagnostiek naar dementie raadzaam.

Indien u één, twee of drie signalen observeert, is waakzaamheid geboden. In dat geval kunt u de observatielijst na enkele maanden nog eens afnemen of dit door een andere observator laten doen.

Een ander hulpmiddel is de *Verkorte Informant Vragenlijst over Cognitieve Achteruitgang bij Ouderen* (IQCODE-N) die u of de praktijkondersteuner afneemt bij een naaste van de patiënt, bijvoorbeeld een familielid of een verzorgende. Zij kunnen deze korte vragenlijst ook online invullen op www.dementietest.nl. De score van de IQCODE-N geeft aan of het raadzaam is om diagnostiek naar dementie uit te voeren.

De vragenlijst IADL (IADL = instrumentele activiteiten van het dagelijks leven) inventariseert het functioneren van de patiënt. Complexe activiteiten in het dagelijks leven (zoals koken, de financiën regelen, medicatie beheren, gebruik maken van de telefoon) zijn al in een vroeg stadium van dementie verstoord. U of uw praktijkondersteuner neemt deze vragenlijst af bij de naaste van de patiënt. U vindt hiervan een voorbeeld op www.toolkitdementie.nl.

TIP

Huisartsen en praktijkondersteuners die een training hebben gevolgd in diagnostiek bij ouderen, voelen zich zekerder en hun diagnostiek is van betere kwaliteit (Koch, 2011).

3. Bij welk percentage van de thuiswonende patiënten met dementie staat de diagnose dementie niet in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS)?

Van alle thuiswonende patiënten met dementie is ongeveer 50 procent niet als zodanig in het HIS geregistreerd. Door uiteenlopende oorzaken vindt veelal geen of late diagnostiek plaats.

Veel patiënten met beginnende dementie komen niet zelf met klachten als vergeetachtigheid naar de huisarts. Dementie begint meestal sluipend. Vaak vangt de partner van de patiënt in toenemende mate de stekken op die de patiënt laat vallen. Voor de bredere omgeving blijft dan verborgen hoe de patiënt er werkelijk aan toe is totdat de partner uitvalt. Uitval van de partner door ziekte of sterfte leidt pas tot ontreding bij de patiënt.

Sommige huisartsen geven aan dat zij onvoldoende kennis, tijd of hulpmiddelen hebben voor het signaleren van cognitieve problemen en het starten van een diagnostisch traject naar dementie. Een gevoel van therapeutisch nihilisme speelt hierbij een rol. De arts gaat er dan van uit dat hij de patiënt met dementie niets kan bieden. Huisartsen die de diagnose wel stellen vinden het vaak moeilijk om de patiënt mee te delen dat de diagnose dementie is.

Toch is het belangrijk om dementie in een vroeg stadium vast te stellen. Als de arts dementie in een vroeg stadium vaststelt, maakt onzekerheid bij de patiënt en diens naasten plaats voor zekerheid. De arts of de casemanager dementie kan dan een behandelteam samenstellen. Dit team kan de patiënt en diens naasten ondersteuning bieden bij het dagelijks functioneren. Wellicht kan het behandelteam ook gedragsproblemen van de patiënt en onveilige situaties voorkomen.

De NHG-standaard *Dementie* (2012) geeft een stappenplan voor de diagnostiek van dementie. Ook geeft de standaard informatie over diagnostische instrumenten als de Mini Mental State Examination (MMSE) en de kloktekentest.

Stappenplan diagnostiek dementie

Stap 1: signaleren

Stap 2: diagnostiek van dementie

Stap 3: vaststellen van aanwijzingen voor de oorzaak van dementie

Stap 4: evaluatie van de zorgbehoefte

De MMSE meet oriëntatie, inprenting, korte termijngeheugen, taal, herkenning en visuo-constructie. Een lage score wijst op een cognitieve stoornis. Een score lager dan 24 (maximale score is 30) is sterk indicatief voor dementie. Een hoge score op de MMSE sluit dementie niet uit, vooral niet bij hoog opgeleide patiënten.

De kloktekentest meet verschillende cognitieve vaardigheden waaronder enkele uitvoerende functies. Elke klok die afwijkt van de gevraagde klok (geen cirkel en/of cijfers niet goed en/of tijd fout), duidt op dementie.

4. Willen mensen met beginnende dementie weten dat ze aan dementie lijden?

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de meeste ouderen met klachten die wijzen op dementie de diagnose wel willen weten (Lecouturier, 2008; Derksen E, 2011). Goede uitleg en voorlichting aan patiënt en mantelzorger zijn heel belangrijk. Nog vaak komt het voor dat de huisarts voor de patiënt verbloemt dat de patiënt aan dementie lijdt, terwijl hij het wel aan de naasten vertelt (Van Hout et al., 2007).

De huisarts bespreekt de diagnose dementie met de patiënt, het liefst in aanwezigheid van de naasten van de patiënt. Het is belangrijk om hiervoor een rustige omgeving te kiezen en ervoor te zorgen dat men niet wordt gestoord tijdens het gesprek. Reserveer voor dit gesprek een half uur.

- ▶ Noem dementie (en indien mogelijk de meest waarschijnlijke oorzaak) expliciet.
- ▶ Relateer de bevindingen en testuitslagen aan de klachten en aan alledaagse situaties.
- ▶ Benadruk de behouden functies.
- ▶ Bespreek de positieve betekenis die de patiënt heeft voor anderen.
- ▶ Bespreek, indien daar behoefte aan is, vragen over het beloop.

5. Welke geneesmiddelen kunnen bij ouderen cognitieve problemen veroorzaken?

Geneesmiddelen met een anticholinerge (bij)werking kunnen symptomen veroorzaken die lijken op de symptomen van dementie. Bij symptomen van cognitieve achteruitgang staakt de huisarts deze geneesmiddelen en vervangt deze zo nodig door een alternatief. Ook andere geneesmiddelen, met name benzodiazepinen en opiaten, kunnen cognitieve problemen veroorzaken bij ouderen, evenals (overmatig) gebruik van alcohol (Multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen*, 2012).

Geneesmiddelen met anticholinerge werking zijn onder andere:

- tricyclische antidepressiva
- klassieke antihistaminica
- butylscopolamine
- urogenitale parasymphaticolytica (oxybutynine, solifenacine, tolterodine, darifenacine, fesoterodine)
- sommige anti-emetica
- antiparkinsonmiddelen
- antipsychotica

(Gallagher P, 2008)

6. Welke maatregelen en hulp(middelen) kunnen een patiënt met lichte dementie ondersteunen bij het juiste gebruik van geneesmiddelen?

Patiënten met een beginnende dementie hebben moeite met het onthouden van dingen die ze gedurende de dag willen of moeten doen. Ze kunnen baat hebben bij hulpmiddelen zoals een elektronische kalender en een sprekende klok.

Hulpmiddelen

Mensen met een lichte dementie kunnen specifieke hulpmiddelen gebruiken om het veilig gebruik van medicatie te verbeteren. De mantelzorger kan op gezette tijden een geneesmiddelenverdeeldoos vullen voor de patiënt. Een voorwaarde is dat de mantelzorger erop toeziet dat de patiënt hier goed mee om gaat. Ook indien men gebruik maakt van een geneesmiddel distributie systeem (baxter systeem) let men erop of de patiënt hier goed mee om kan gaan.

Trainen

Voor het trainen van het zelf beheren en tijdig innemen van medicatie kan de huisarts de patiënt en de mantelzorger naar de ergotherapeut verwijzen. De ergotherapeut traint de patiënt met dementie in het uitvoeren van dagelijkse taken door gebruik te maken van compensatiestrategieën en aanpassingen van de omgeving. De ergotherapeut traint de mantelzorger in probleem-oplossende vaardigheden en in het superviseren van de patiënt bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten.

Thuiszorg

Bij aanhoudende signalen van onjuist geneesmiddelgebruik door cognitieve stoornissen schakelt de huisarts de thuiszorg in met als indicatie 'medicatie toedienen'. De apotheker levert de medicatie dan af in een medicijnrol (zoals baxterzakjes).

Waakzaamheid ten aanzien van juist geneesmiddelgebruik blijft geboden. Het is raadzaam dat de apotheker of huisarts van tijd tot tijd nagaat of de demente patiënt de medicatie op de juiste wijze gebruikt. Huisarts en apotheker spreken onderling een taakverdeling voor de medicatiebewaking af.

7. Welke voor- en nadelen hebben cholinesteraseremmers en memantine bij dementie?

In Nederland zijn twee cholinesteraseremmers (rivastigmine en galantamine) en één N-methyl-D-asparaat (MDA)-antagonist (memantine) verkrijgbaar voor de behandeling van patiënten met dementie ten gevolge van de ziekte van Alzheimer.

Cholinesteraseremmers

Bij patiënten met een lichte tot matig ernstige dementie door de ziekte van Alzheimer (MMSE score tussen 10 en 26) worden soms cholinesteraseremmers (galantamine, rivastigmine) voorgeschreven om op korte termijn verdere achteruitgang van cognitieve functies tegen te gaan.

Voordelen

Cholinesteraseremmers gaan bij 10 tot 15 procent van de patiënten met de ziekte van Alzheimer op korte termijn verdere verslechtering tegen.

Nadelen

- ▶ Cholinesteraseremmers beïnvloeden het onderliggende ziekteproces niet en werken hooguit symptomatisch.
- ▶ Cholinesteraseremmers geven bij de helft van de gebruikers bijwerkingen. De meest voorkomende bijwerkingen zijn:
 - buikpijn, misselijkheid, braken, diarree
 - verlies van eetlust
 - spierkrampen
 - bradycardie
 - duizeligheid
 - verstoring van de slaap
 - agitatie
 - hoofdpijn
 - verwardheid
 - huidklachten (bij transdermale toediening)
- ▶ Gelijktijdig gebruik van galantamine met remmers van CYP2D6 (bijvoorbeeld kinidine, paroxetine, fluoxetine) of van CYP3A4 (bijvoorbeeld ketoconazol, ritonavir) verhoogt de biologische beschikbaarheid van cholinesteraseremmers met als mogelijk gevolg meer cholinerge bijwerkingen.

De kans op bijwerkingen vermindert als u start met een lage dosis en vervolgens de dosis geleidelijk verhoogt. De patiënt kan cholinesteraseremmers het beste tijdens de maaltijd innemen. Rivastigmine kan ook transdermaal worden toegediend met behulp van pleisters. Bij transdermale toediening treden minder bijwerkingen van het maagdarmkanaal op. Het nadeel is echter dat bij het gebruik van rivastigmine pleisters huidafwijkingen kunnen optreden.

Memantine

Memantine blokkeert de effecten van verhoogde concentraties glutamaat in de hersenen.

Voordelen

Bij een klein deel van de patiënten in een matig tot ernstig stadium van de ziekte van Alzheimer is een beperkte werkzaamheid van memantine aangetoond. Over lange termijn effecten zijn geen publicaties.

Nadelen

Bij circa 10 procent van de gebruikers van memantine ontstaan bijwerkingen.

Bijwerkingen zijn:

- verwardheid
- hoofdpijn
- duizeligheid
- agitatie
- slaperigheid
- obstipatie of diarree
- hypertensie

De bijwerkingen lijken in vergelijking met die van cholinesteraseremmers mee te vallen.

De arts bouwt de dosering van memantine in een aantal weken langzaam op van 5 mg per dag tot maximaal 50 mg.

Geprotocolleerde toepassing nodig

Een specialist die ervaring heeft met deze behandeling van patiënten met de ziekte van Alzheimer past deze medicatie op geprotocolleerde wijze toe. In het behandelprotocol zijn start- en stopcriteria geformuleerd. Hij bespreekt voor de start met de patiënt en diens naaste verwachtingen en behandel-doelen.

Hoewel de behandeling met deze middelen dus primair de verantwoordelijkheid is van de specialist, is het belangrijk dat huisarts en apotheker ook alert blijven op bijwerkingen en interacties en dat ze blijven opletten hoe het met de patiënt gaat. Deze geneesmiddelen kunnen immers ook de toestand van de patiënt verslechteren.

8. Welke behandelingsmogelijkheden voor gedragsproblemen bij dementie heeft de huisarts?

Bij dementie kunnen zich in de loop van het ziekteproces verschillende gedragsproblemen voordoen:

- onrust
- vijandig en agressief gedrag
- apathie
- overmatig aandacht vragen
- depressief gedrag
- ontremd gedrag, verlies van decorum
- zwerfgedrag

Voor het verminderen van gedragsproblemen van demente patiënten is eerst goed onderzoek nodig.

Onderzoek rol omgeving en situatie

De analyse van de individuele situatie van de patiënt en reeds geprobeerde interventies zijn bepalend voor de keuze van een behandeling van gedragsproblemen. Er is zorgvuldig onderzoek nodig naar de omgevingsfactoren die een rol kunnen spelen bij de gedragsproblemen. Als er een verband tussen omgevingsfactoren en gedragsproblemen lijkt te zijn, kan men proberen om de omgeving aan te passen. De huisarts kan advies vragen van een specialist met ervaring op het gebied van dementie en gedragsproblemen (Smalbrugge et al., 2008).

Pijn

Demente patiënten kunnen niet altijd duidelijk maken dat ze pijn hebben. Pijn kan bij hen resulteren in onrustig of agressief gedrag. Pijnbestrijding is dan belangrijk.

Antipsychotica

Een arts zet bij agressief gedrag pas antipsychotica in wanneer niet-medicamenteuze interventies onvoldoende effectief zijn. Hij moet de behandeling goed evalueren. Het is niet juist om antipsychotica langdurig voor te schrijven voor gedragsproblemen bij dementie.

De antipsychotica haloperidol, risperidon, en olanzapine kunnen werkzaam zijn voor de behandeling van agressie bij dementie. Deze medicijnen hebben ernstige bijwerkingen, met name extrapiramidale symptomen en sufheid. In Nederland is alleen risperidon geregistreerd voor de behandeling van agressie bij dementie. Het voordeel van minder bijwerkingen door risperidon lijkt alleen op te gaan voor de dosering van ongeveer 1 mg per dag. Er is een verhoogde (waarschijnlijk dosisafhankelijke) mortaliteit bij het gebruik van antipsychotica bij patiënten met dementie waargenomen.

Apathie

Voor apathie is geen behandeling met aangetoonde effectiviteit voor handen.

Depressie

Antidepressiva worden bij de ziekte van Alzheimer afgeraden (Bloemen OJN, 2011).

Consultatie specialist

Als u off-label medicatie wilt voorschrijven aan een patiënt met dementie kunt u het beste vooraf een specialist ouderengeneeskunde of geriater raadplegen.

Bijlage 3A

Casuïstiek huisartsen

Instructie voor het invullen

- › Vul de casus individueel in.
- › Lees niet de gehele casus door voor u begint. Beantwoord eerst de vragen van de eerste pagina, daarna van de volgende pagina. Blader niet vooruit.
- › Beantwoord de vragen alsof zij zich werkelijk zo in uw praktijk hebben voorgedaan. Noteer dus wat u werkelijk zou doen, niet wat u denkt dat u zou moeten doen.

1A1

Mevrouw Drost, een 83 jarige zelfstandig wonende weduwe, bezoekt u, haar huisarts, in verband met pijnlijke knieën door artrose. Haar pijnklachten komen periodiek terug. U schrikt als u haar ophaalt uit de wachtkamer. Mevrouw Drost ziet er onverzorgd uit terwijl u haar kent als een keurige dame, altijd tot in de puntjes verzorgd.

Tijdens het gesprek valt het u op dat mevrouw Drost in haar tas zit te rommelen, op zoek naar het briefje waarop ze haar vragen had opgeschreven. Na het lichamelijk onderzoek heeft ze moeite met het aantrekken van haar schoenen, ze verwisselt aanvankelijk de rechter en linker schoen.

U adviseert mevrouw Drost om voor haar pijnlijke knieën twee weken paracetamol te gebruiken op vaste tijden.

Wat doet u met uw schrik?

1A2

U zegt mevrouw Drost dat u zich zorgen maakt over haar gezondheid en dat u de indruk heeft dat het de laatste tijd minder goed gaat. Mevrouw Drost geeft dan toe dat ze moeite heeft met onthouden. Ook heeft ze toenemend moeite met dagelijkse bezigheden zoals koken. Dit biedt u een aanknopingspunt om haar verder onderzoek voor te stellen.

U maakt een extra lange controle afspraak met mevrouw Drost. Bij de controleafspraak gebruikt u de OLD, de observatielijst voor vroege symptomen van dementie. Op de OLD scoort u vier signalen die op dementie kunnen wijzen. Het bewustzijn van mevrouw Drost is helder.

Hoe gaat u verder met mevrouw Drost?

1A3

U heeft laboratorium onderzoek aangevraagd om reversibele oorzaken van cognitieve stoornissen uit te sluiten. Het laboratoriumonderzoek brengt geen afwijkingen aan het licht.

Uw praktijkondersteuner heeft tijdens een vervolgspraak de MMSE en klokkentest bij mevrouw Drost afgenomen. De score op de MMSE is 23 en het tekenen van de klok gaat niet goed.

Daarnaast heeft u de dochter van mevrouw Drost voor een gesprek uitgenodigd in uw praktijk. Mevrouw Drost is hierbij niet aanwezig. De dochter vertelt dat ze zich al enige tijd zorgen maakt over haar moeder. Ze belt meerdere malen per dag en herhaalt vaak dezelfde vragen en verhalen. Ook merkt ze dat haar moeder niet meer goed voor zichzelf zorgt. Ze heeft een paar keer bedorven etenswaren in de koelkast van haar moeder gevonden. Zoiets was vroeger ondenkbaar.

Tot slot heeft de apotheker de medicatie van mevrouw Drost onder de loep genomen en u er op geattendeerd dat mevrouw Drost al een half jaar dagelijks 75 milligram amitryptiline gebruikt. Daarnaast heeft zijn assistente een gesprek met mevrouw Drost gehad waaruit bleek dat het beheer van medicatie niet meer goed lukt.

Hoe gaat u verder?

Bijlage 3B

Casuïstiek apothekers

Instructie voor het invullen

- › Vul de casus individueel in.
- › Lees niet de gehele casus door voor u begint. Beantwoord eerst de vragen van de eerste pagina, daarna van de volgende pagina. Blader niet vooruit.
- › Beantwoord de vragen alsof zij zich werkelijk zo in uw praktijk hebben voorgedaan. Noteer dus wat u werkelijk zou doen, niet wat u denkt dat u zou moeten doen.

1B1

Mevrouw Drost, een 83 jarige dame, komt deze week al voor de derde keer aan de balie voor dezelfde medicatie. De apothekersassistente attendeert u hierop.

Wat doet u met deze informatie?

1B2

U belt de huisarts over deze observatie en u maakt een notitie in haar dossier. In overleg met de huisarts besluit u de medicatie van mevrouw Drost te inventariseren.

Hoe pakt u dit aan?

1B3

Uw assistente gaat bij mevrouw Drost op bezoek om de medicatie te inventariseren. Uw assistente maakt hiertoe een afspraak met mevrouw Drost en zegt daarbij dat het belangrijk is dat een naaste van mevrouw Drost ook aanwezig is.

Wanneer uw assistente mevrouw Drost bezoekt is de dochter van mevrouw Drost ook aanwezig. Uw assistente vraagt mevrouw Drost alle medicatie op tafel te leggen en te vertellen welke medicatie ze wanneer gebruikt en waarvoor. Het wordt u al snel duidelijk dat het beheer van de medicatie niet meer goed lukt.

Uit de inventarisatie blijkt dat mevrouw Drost 75 milligram amitryptiline per dag gebruikt. Dit kreeg ze een half jaar geleden voorgeschreven door een waarnemend huisarts en is ze sindsdien blijven gebruiken.

Wat doet u nu?

Bijlage 3C

Bron: NHG-standaard *Dementie* (2012)

Toelichting casuïstiek

1A1/1B1

Wat doet u met uw schrik? *Huisarts*

Wat doet u deze informatie? *Apotheker*

De huisarts heeft drie signalen opgevangen van verminderd cognitief functioneren:

- een opvallende verandering van het uiterlijk
- zoekgedrag
- dyspraxie bij het aantrekken van haar schoenen

Het meerdere malen vragen van medicatie die al is opgehaald, wijst op vergeetachtigheid. Ook dit kan een signaal zijn van dementie.

Zowel huisarts als apotheker spreken voorzichtig hun zorgen over haar functioneren uit tegen mevrouw Drost en maken een notitie in het dossier.

De apotheker vraagt mevrouw Drost of ze het goed vindt dat hij de signalen doorgeeft aan de huisarts.

De huisarts vraagt mevrouw Drost of ze een extra lange vervolgspraak wil maken - bijvoorbeeld twee weken later. De huisarts gebruikt dit extra lange consult om naast de evaluatie van de pijnklachten van mevrouw Drost, nader onderzoek te doen naar haar geestelijke gezondheid en dagelijks functioneren. Daarbij kan hij gebruik maken van de OLD.

De apotheker geeft de signalen door aan de huisarts en stelt hem voor om de medicatie van mevrouw Drost te inventariseren. De apotheker kijkt daarbij welke - al dan niet voorgeschreven - medicatie mevrouw Drost gebruikt en hoe ze omgaat met haar medicatie. Vervolgens gaat hij na welke medicatie mevrouw Drost gebruikt die het cognitieve functioneren van ouderen nadelig kan beïnvloeden.

1A2/1B2

Hoe gaat u verder met mevrouw Drost? *Huisarts*

Hoe pakt u dit aan? *Apotheker*

Omdat de huisarts door middel van de OLD vier signalen signaleert, vraagt hij mevrouw Drost of ze het goed vindt dat de praktijkondersteuner een paar onderzoeken bij haar afneemt. De praktijkondersteuner neemt een MMSE en een kloktekentest af.

Daarnaast vraagt de huisarts laboratoriumonderzoek aan om reversibele oorzaken van cognitieve achteruitgang op te sporen of uit te sluiten. Indien hij denkt dat er sprake kan zijn van een delier, vraagt hij ook onderzoek van de urine aan om een urineweginfectie uit te sluiten.

De huisarts vraagt de apotheker van mevrouw Drost om haar medicatie bij haar thuis te laten inventariseren (mocht dat nog niet gebeurd zijn).

De differentiaaldiagnose van cognitieve stoornissen op oudere leeftijd is:

- delier
- dementie
- depressie
- cognitieve stoornis door medicatie

Ook vraagt de huisarts mevrouw Drost toestemming om contact op te nemen met een van haar familieleden of andere naasten om enkele vragen te stellen. Hij nodigt deze uit voor een gesprek in de praktijk zonder dat mevrouw Drost aanwezig is. De huisarts kan daarbij de Verkorte Informant Vragenlijst over Cognitieve Achteruitgang bij Ouderen (IQCODE-N) afnemen en de vragenlijst IADL.

De apotheker of zijn assistente maakt een afspraak met mevrouw Drost bij haar thuis en geeft aan dat het belangrijk is dat er ook een naaste van mevrouw Drost aanwezig is. De apotheker reserveert ongeveer drie kwartier voor het bezoek. De apotheker(assistent) inventariseert welke voorgeschreven en niet-voorgeschreven medicatie mevrouw Drost gebruikt. Ook gaat hij na of mevrouw Drost weet waartoe de medicatie dient. Hij probeert in te schatten in hoeverre het mevrouw Drost nog lukt om haar medicatie te beheren en op de juiste wijze in te nemen. Vervolgens gaat de apotheker na of mevrouw Drost medicatie gebruikt die het cognitieve functioneren van ouderen nadelig kan beïnvloeden. Hij maakt een notitie in het dossier van mevrouw Drost en geeft de informatie door aan de huisarts.

1A3

Hoe gaat u verder? *Huisarts*

Wat doet u nu? *Apotheker*

De apotheker neemt contact op met de huisarts om het gebruik van amitriptyline door te geven. Hij geeft daarbij aan dat amitriptyline het cognitieve functioneren van ouderen kan ondermijnen. Daarnaast laat hij weten dat de assistente heeft gezien dat het beheer van de medicatie niet meer lukt.

De huisarts stelt de diagnose dementie als er:

- stoornissen zijn van het geheugen, blijkend uit de (hetero) anamnese en MMSE; én
- stoornissen van één of meer andere cognitieve functies, blijkend uit de anamnese en/of lichamelijk onderzoek en/of MMSE en/of kloktest; én
- vermindering is van het sociaal of dagelijks functioneren door de geheugenstoornis of andere cognitieve stoornis(sen), blijkend uit de (hetero) anamnese, huisbezoek of eventueel afgenomen IADL-vragenlijst

De huisarts maakt een afspraak met mevrouw Drost en haar dochter en trekt hier voldoende tijd voor uit. Hij bespreekt het volgende:

- De testuitslagen: Deze zijn niet goed.
- Het gebruik van amitriptyline: Dit kan het geestelijk functioneren ondermijnen. Hij bekijkt samen met mevrouw Drost en haar dochter of mevrouw Drost kan stoppen met de amitriptyline. U geeft hierover uitleg aan mevrouw Drost en haar dochter.
- De inzet van hulp: Omdat het de laatste tijd niet goed gaat zou mevrouw Drost wel hulp kunnen gebruiken. U probeert mevrouw Drost hiervoor te motiveren. U stelt voor dat uw praktijkondersteuner of een andere professionele zorgverlener de zorg voor mevrouw Drost coördineert (casemanager).
- Herhaling diagnostisch onderzoek door de praktijkondersteuner indien mevrouw Drost stopt met de amitriptyline: Het is zinvol om het onderzoek over vier weken te herhalen, dus als mevrouw Drost vier weken geen amitriptyline meer gebruikt.
- Stellen diagnose dementie: Als de testresultaten over vier weken niet beter zijn, kunt u de diagnose dementie stellen. Er zijn stoornissen in het geheugen en in andere cognitieve functies (apraxie, stoornissen in het gebruik van taal, visuo-cognitieve stoornissen) en het dagelijks functioneren is minder goed dan bijvoorbeeld een jaar geleden.

Bijlage 4

Voorbeeldafspraken

Let op! Dit zijn voorbeeldafspraken. Het is de bedoeling dat elke groep naar aanleiding van de discussie tijdens de bijeenkomst zijn eigen afspraken maakt en resultaatdoelstellingen formuleert.

Afspraak	Actie	Resultaatdoelstelling
Oudere patiënten gebruiken zo min mogelijk sterk anticholinergische medicatie.	HA - schrijft bij 75-plussers slechts bij uitzondering medicatie voor met sterke anticholinergische eigenschappen - kijkt bij elk herhaalrecept voor een anticholinergisch middel voor een 75-plusser of een alternatief mogelijk is - noteert de bevindingen in het HIS Apo - neemt contact op met de huisarts als een 75-plusser sterk anticholinergische medicatie gebruikt - noteert de bevindingen in het AIS	Over zes maanden zijn bij 90 procent van alle 75 plussers die sterk anticholinergische medicatie gebruiken eventuele alternatieven bekeken en besproken.
Apothekers melden signalen die kunnen wijzen op cognitieve problemen aan de huisarts.	Apo - meldt signalen aan de huisarts - maakt notitie in het AIS	Over zes maanden zijn alle signalen die in de apotheek zijn opgevangen genoteerd en bij de huisarts gemeld.
Huisartsen en apothekers noteren signalen die kunnen wijzen op cognitieve problemen in het dossier van de patiënt en maken een afspraak met de patiënt en diens naaste voor het bespreken van het geneesmiddelgebruik.	HA - noteert signalen in het HIS - verwijst de patiënt bij signalen van onjuist geneesmiddelgebruik naar de POH Apo - noteert signalen in het AIS - verwijst de patiënt bij signalen van onjuist geneesmiddelgebruik naar de assistente POH/apothekersassistent - voert een gesprek met de patiënt en diens naaste en bespreekt het geneesmiddelgebruik - bedenkt samen met de patiënt en diens naaste een oplossing, voert deze uit en evalueert	In de zes maanden na het FTO zijn alle signalen over cognitieve problemen in de dossiers van patiënten vermeld en is met deze patiënten en hun naaste een gesprek over het geneesmiddelgebruik gevoerd.
De apothekersassistent gaat bij patiënten met cognitieve problemen nauwgezet na of de patiënt de medicatie volgens voorschrift blijft gebruiken.	HA - geeft het - in overleg met patiënt - door aan de apotheek wanneer een patiënt cognitieve problemen heeft Apo-assistent - let bij elk contact op signalen van onjuist gebruik - voert elk half jaar een gesprek met de patiënt en een naaste van de patiënt over het geneesmiddelgebruik - noteert de bevindingen in het AIS	Over zes maanden is van 90 procent van alle patiënten met cognitieve problemen bekend in hoeverre ze de medicatie volgens voorschrift gebruiken.

Literatuur

- ▶ Bloemen OJN, Schene AH, Geen antidepressiva voor depressie bij ziekte van Alzheimer. Ned Tijdschr Geneesk 2011;155:A4018.
- ▶ Derksen E, Diagnostic disclosure: a basic intervention in dementia care. Nijmegen, proefschrift 2011.
- ▶ Farmacotherapeutisch Kompas. Zie www.fk.cvz.nl.
- ▶ Gallagher P, Ryan C, Byrne S, et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther 2008;46:72-83.
- ▶ Gool van WA, Stam CJ, Steenhoek A, Hagemeyer A. Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. Ned Tijdschr Geneesk 2006;150:839-43.
- ▶ Hardeman F, Hanning R, Wigboldus M. Toolkit Zorg Zelf voor Betere Medicatieveiligheid. Vilans, kenniscentrum voor langdurige zorg, 2011. Zie webwinkelvilans.nl.
- ▶ Heuvel van den E, Groen S. Ouderen met onbegrepen klachten: vergeet het vergeten niet. Huisarts Wet 2009;52(13):679-81.
- ▶ Hout van HP, Vernooij-Dassen MJ, Jansen DA, Stalman WA. Geven huisartsen aan dementerende patiënten en hun verzorgers de juiste informatie? Huisarts Wet 2007;50(6):253-8.
- ▶ Jansen A, Hout van HPJ, Nijpels G, et al. Betere detectie van dementie. Huisarts Wet 2008;51(3):115-9.
- ▶ Janson J, Derksen E, Vernooij-Dassen M et al. De huisarts en het meedelen van de diagnose dementie: een systematisch literatuuronderzoek. Huisarts Wet 2006;49(11):538-43.
- ▶ Jonker C, Verhey FRJ, Slaets JPJ. Handboek dementie. Houten: Springer, 2009.
- ▶ Koch T, Iliffe S. Dementia diagnosis and management: a narrative review of changing practice. Br J Gen Pract 2011;DOI:10.3399/bjgp.11x588493.
- ▶ Lecouturier J, Bamford C, Hughes JC et al. Appropriate disclosure of a diagnosis of dementia: identifying the key behaviours of 'best practice'. BMC Health Services Research 2008;8:95 doi:10.1186/1472-6963-8-95.
- ▶ Moll van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen M, et al. NHG-Standaard Dementie. Huisarts Wet 2012;55(7):2-32.
- ▶ Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012. Zie www.nhg.org.
- ▶ Nelissen-Vrancken M, Essink R. Signaleren medicatieproblemen in de apotheek. Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, 2012.
- ▶ Rijkse HCE, Schalekamp T, Versteeg L et al. Anticholinerge geneesmiddelen bij ouderen: een praktijkonderzoek. Pharm Weekbl 2010;4:184-8.
- ▶ Sikkes SA, de Lange-de Klerk ES, Pijnenburg YA, Scheltens P, Uitdehaag BM. A systematic review of Instrumental Activities of Daily Living scales in dementia: room for improvement. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2009;80(1):7-12.
- ▶ Smalbrugge M, Boersma F, Kleijer BC et al. Richtlijn Probleemgedrag. Utrecht: Verenso, 2008.
- ▶ Starremans S. Fout pillengebruik signaal dat er iets mis is. Huisarts en apotheker vinden elkaar op weg naar diagnose. Pharm Weekbl 2008;143:38-9.
- ▶ Wereld Alzheimer Dag Rapport 2011. Toekomstverkenning dementie in Nederland 2011-2050. Bunnik: Stichting Alzheimer Nederland, 2011. Zie www.alzheimer-nederland.nl.

Websites

- ▶ www.Alzheimer-Nederland.nl
- ▶ <http://ldp.socard.nl>
- ▶ www.nivel.nl
- ▶ www.zowelnn.nl
- ▶ <http://www5.vilans.nl/smartsite.dws?id=113127>
- ▶ www.ouderenpsychiatrie.nl
- ▶ www.verenso.nl



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik