KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Adaptatie van de Duodecim-richtlijn ‘Behandeling van geheugenziekten’

Behandeling van gedragssymptomen bij een patiënt met dementie

Marieke Lagrain, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire, KU Leuven

Co-promotor: Martine Goossens, KU Leuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Abstract

Titel: Adaptatie van de Duodecim-richtlijn: 'Behandeling van geheugenziekten'. Behandeling van gedragssymptomen bij een patiënt met dementie.
Haio: Marieke Lagrain
ism. Jessy Demeulenaere en Inne Akkermans
Praktijkopleider: dr. Heidi Schuermans
Universiteit: Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire
Co-promotor: Martine Goossens
Context: Gedragssymptomen komen vaak voor bij dementie en vormen een grote uitdaging in de zorg. Ze leiden tot hogere kosten, stress bij de zorgverleners (verpleegkundigen en mantelzorgers) en tot plaatsing in een woonzorgcentrum. De huisartsen spelen een belangrijke rol in de opvolging en behandeling van een patiënt met dementie en gedragssymptomen. Een richtlijn over het beleid bij een patiënt met dementie kan hierbij helpen, maar bestaat helaas nog niet in België. Wel bestaat er een Finse Duodecim-richtlijn 'Behandeling van geheugenziekten' die beschikbaar is op de website van EBMPracticeNet. Het doel van dit werk is nagaan of de aanbevelingen van de Duodecim-richtlijn wetenschappelijk correct en toepasbaar zijn in de Belgische zorgcontext, en indien nodig aan te passen. Daarnaast toetsten we de haalbaarheid van deze aangepaste aanbevelingen in de praktijk en ontwikkelden we een steekkaart die kan helpen om het beleid bij een patiënt met dementie te verbeteren.
Onderzoeksvragen:

1. Wat is de niet-medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen bij een patiënt met dementie?
2. Wat is de medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen bij een patiënt met dementie?

Methode: Het adaptatieproces van de Duodecim-richtlijn 'Behandeling van geheugenziekten' bestond uit 3 fasen: de screeningsfase, de adaptatiefase en de implementatiefase. Hierbij volgden we de methode die beschreven staat in het handboek 'Adaptatie Duodecim Richtlijnen'. De geadapteerde aanbevelingen werden tijdens de peer review (implementatiefase) ter beoordeling voorgelegd aan een groep van huisartsen. We ontwikkelden een steekkaart met de belangrijkste aanbevelingen uit de richtlijn. Ook hierover vroegen we feedback aan de huisartsen.
Resultaten: Over het algemeen bleken de aanbevelingen over de behandeling van gedragssymptomen bij een patiënt met dementie uit de Duodecim-richtlijn wetenschappelijk correct en toepasbaar in de Belgische zorgcontext. De belangrijkste aanpassingen werden gemaakt in de aanbevelingen omtrent niet-medicamenteuze therapie. De deelnemende huisartsen aan de peer review scoorden de aanbevelingen neutraal tot eerder wel toepasbaar/eens. De steekkaart vonden ze een handig hulpmiddel voor gebruik in de praktijk.
Conclusies: De ontwikkeling van een Belgische richtlijn omtrent de behandeling van geheugenziekten is een belangrijke stap in de verbetering van het beleid bij een patiënt met dementie. De huisartsen zijn bereid deze richtlijn toe te passen in de praktijk. De steekkaart vormt hierbij een handig hulpmiddel. Bijkomend onderzoek naar de behandeling van dementie is zeker nodig om het beleid bij een patiënt met dementie nog verder te optimaliseren.
Contact: marieke.lagrain@outlook.com
ICPC-code: P70, seniele dementie/Alzheimer

Inhoud

Abstract 1

Inhoud 2

1. Inleiding 3

2. Methode 4

2.1. Fase 1: Screeningsfase 4
Stap 1: Definiëren van de klinische vragen 4
Stap 2: Zoektocht naar relevante richtlijnen 4
Stap 3: Selectie van de gevonden richtlijnen 5
Stap 4: Waarderen van de gevonden richtlijnen 5
Stap 5: Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie 6
Stap 6: Nazicht door leescommissie 6
2.2. Fase 2: Adaptatiefase 6
Stap 7: Eerste versie opmaken 6
2.3. Fase 3: Implementatiefase 7
Stap 8 en 9: Peer review en implementatie 7
Stap 10: Finaal nazicht door de leescommissie 7

3. Resultaten 8

3.1. Fase 1: Screeningsfase 8
Stap 1: Definiëring van de klinische vragen 8
Stap 2: Zoektocht naar relevante richtlijnen 9
Stap 3: Selectie van de gevonden richtlijnen 9
Stap 4: Waarderen van de gevonden richtlijnen 10
Stap 5: Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie 12
Stap 6: Nazicht door de leescommissie 13
3.2. Fase 2: Adaptatiefase 13
Stap 7: Eerste versie opmaken 13
3.3. Fase 3: Implementatiefase 15
Stap 8 en 9: Peer review en implementatie 15

4. Discussie 22

4.1. Screeningsfase 22
4.2. Adaptatiefase 22
4.3. Implementatiefase 23
Stap 8 en 9: Peer review en implementatie 23

5. Geadapteerde Duodecim-richtlijn 27

6. Besluit 31

7. Referenties 32

8. Bijlagen 35

1. Inleiding

Dementie is een steeds vaker voorkomend probleem bij de oudere populatie. De prevalentie van dementie bedroeg in 2010 wereldwijd 35.6 miljoen, en men verwacht dat dit aantal zal stijgen tot 65.7 miljoen in 2030.[1]

Gedragssymptomen zijn een heterogene groep van niet-cognitieve symptomen en gedragingen die voorkomen bij een patiënt met dementie zoals agressie, agitatie, roepen, ronddwalen en rusteloosheid.[2-4] Ze komen vaak voor en vormen een grote uitdaging in de zorg. Ze leiden tot stress en depressie bij de zorgverleners, een groter cognitief en functioneel verlies bij de patiënt en een groter risico op plaatsing in een woonzorgcentrum.[5-8] Daarnaast zorgen gedragssymptomen voor een lagere levenskwaliteit en hogere kosten.[9]

Gedragssymptomen kan men zowel medicamenteus als niet-medicamenteus behandelen, waarbij een medicamenteuze therapie pas overwogen wordt indien niet-farmacologische maatregelen geen effect hebben op de symptomen. Dergelijke medicamenteuze therapie is geassocieerd met ernstige nevenwerkingen en een verhoogde mortaliteit bij ouderen.

De huisartsen in België schrijven te vaak medicatie voor, enerzijds omdat ze soms niet beter weten, anderzijds door druk van de omgeving. Daarnaast wordt medicatie vaak te lang gegeven. Er is dus nood aan een richtlijn voor de Belgische huisartsen, en die ontbreekt momenteel nog.

Het RIZIV kocht een duizendtal EBM-richtlijnen aan die gemaakt zijn door de Finse huisartsenvereniging Duodecim. Aangezien deze richtlijnen in de eerste plaats bedoeld waren voor de Finse huisartsen, moet worden nagegaan of de inhoud ervan ook toepasbaar is in de Belgische zorgcontext. Al deze richtlijnen worden sinds 2012 systematisch gescreend op hun toepasbaarheid in de Belgische huisartsenpraktijk en indien nodig aangepast.

Het doel van deze masterproef is na te gaan of de aanbevelingen van de Duodecim-richtlijn 'Behandeling van geheugenziekten'[10] wetenschappelijk correct zijn en ze indien nodig aan te passen aan de Belgische zorgcontext. Dit gebeurt aan de hand van een gesystematiseerd 'adaptatieproces' waarbij de aanbevelingen van de Duodecim-richtlijn vergeleken worden met de internationale en Belgische literatuur. De aangepaste richtlijn zal gepubliceerd worden op de website van EBMPracticeNet en zo ook beschikbaar zijn voor alle huisartsen.
In een tweede fase gaan we na hoe deze aanbevelingen op een eenvoudige wijze geïmplementeerd kunnen worden in de huisartsenpraktijk. Hiervoor ontwikkelen we een steekkaart met de geadapteerde aanbevelingen, die we vervolgens uittesten bij de huisartsen zelf.

2. Methode

Samen met collega's Huisartsen In Opleiding (haio) Inne Akkermans en Jessy Demeulenaere werkte ik het adaptatieproces van de Duodecim-richtlijn 'Behandeling van geheugenziekten' uit. Hiervoor volgden we het handboek 'Adaptatie Duodecim-richtlijnen'[11], dat de gevolgde methode in detail beschrijft. Dit handboek is gebaseerd op 'The Adapte Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation'[12]. Alle stappen van dit proces werden nauwkeurig gedocumenteerd in een matrix, die u kan terugvinden op volgende link: http://goo.gl/BPnnRt.

2.1. Fase 1: Screeningsfase

De screeningsfase bestond uit 5 stappen: het definiëren van de klinische vragen, de systematische zoektocht naar internationale richtlijnen en Belgische EBM-informatie, het screenen van de gevonden informatie, beoordelen van de gevonden richtlijnen en het beslissen of de aanbevelingen al dan niet moeten worden aangepast.

Stap 1: Definiëren van de klinische vragen

De thema's uit de Duodecim-richtlijn werden vertaald in klinische vragen. Elke haio formuleerde 2 klinische vragen. Deze klinische vragen werden tijdens het proces enkele malen herschreven. De 6 finale klinische vragen zijn:

1. Hoe patiënten met dementie ondersteunen in de ambulante zorg?
2. Hoe mantelzorgers van patiënten met dementie ondersteunen in de ambulante zorg?
3. Wat zijn de grenzen van ambulante zorg: wanneer dringt transfer naar institutionele zorg zich op?
4. Welke factoren dragen bij tot het verergeren van symptomen van een patiënt met dementie?
5. Wat is de niet-medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen bij een patiënt met dementie?
6. Wat is de medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen bij een patiënt met dementie?

Deze klinische vragen stelden we op aan de hand van de PIPOH, een acroniem dat staat voor Patient/Population, Intervention(s), Professionals, Outcomes en Healthcare setting. Deze uitwerking is verderop terug te vinden bij 'resultaten'. Collega Inne Akkermans werkte vragen 1 en 2 uit, collega Jessy Demeulenaere vragen 3 en 4 en ikzelf vragen 5 en 6.

Stap 2: Zoektocht naar relevante richtlijnen

In deze stap zochten we intensief naar internationale richtlijnen en Belgische EBM-informatie. Deze zoektocht vond plaats in januari 2013. De MESH-termen die hiervoor gebruikt werden zijn: 'dementia, 'dementie', en 'behavioural symptoms'.
Tijdens de zoektocht naar internationale richtlijnen werd achtereenvolgens gezocht in volgende databases: Guidelines International Network (GIN)[13], National Guideline Clearinghouse (NGC)[14], National Health Service (NHS)[15] en Trip Database[16].
Daarnaast zochten we naar Belgische EBM-informatie in volgende bronnen: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)[17], Hoge Gezondheidsraad (HGR)[18], Minerva[19], Farmaka[20], Rijksdienst voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)[21], Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI)[22] en de Federale

Overheidsdienst (FOD)[23]. Deze bijkomende Belgische informatie is vooral belangrijk bij de aftoetsing van de toepasbaarheid van de richtlijnen in de Belgische context.
De **inclusiecriteria** die werden gehanteerd bij de zoektocht zijn:

- Publicatiedatum vanaf 2009 (niet ouder dan 5 jaar)
- Talen: Nederlands, Engels of Frans
- Patiënten met elke vorm van dementie, ongeacht de leeftijd

De belangrijkste **exclusiecriteria** zijn:

- Andere taal dan Engels, Nederlands of Frans
- Richtlijn biedt geen antwoord op de klinische vragen

Stap 3: Selectie van de gevonden richtlijnen

Tijdens de screeningsfase werd er gekeken of de gevonden richtlijnen een antwoord gaven op de door ons opgestelde klinische vragen. Richtlijnen die niet vrij verkrijgbaar waren, werden geëxcludeerd.

Stap 4: Waarderen van de gevonden richtlijnen

Het waarderen van de geselecteerde richtlijnen bestond uit 5 stappen: het evalueren van de richtlijnen met AGREE II[24], het inventariseren van de inhoud van de aanbevelingen en het waarderen van de aanbevelingen op courantheid, samenhang en toepasbaarheid.

Stap 4.1: Het evalueren van de richtlijnen met AGREE II

In deze stap werden de geselecteerde richtlijnen beoordeeld door middel van het AGREE II-instrument[24]. Dit instrument dient om de methodologische kwaliteit van een richtlijn te beoordelen. Elke haio scoorde de geselecteerde richtlijnen afzonderlijk en onafhankelijk op volgende domeinen: onderwerp en doel, betrokkenheid van belanghebbenden, methodologie, helderheid en presentatie, toepassing en onafhankelijkheid van de opstellers.

Stap 4.2: Inventarisatie van de inhoud van de aanbevelingen

Om een overzicht te houden van de verschillende aanbevelingen, werden voor elke klinische vraag de aanbevelingen uit de verschillende geselecteerde richtlijnen opgelijst in een matrix. Per aanbeveling noteerden we in deze matrix de onderliggende evidentie, het evidentieniveau en de graad van aanbeveling. Verschillen of gelijkenissen, de sterke en zwakke aanbevelingen en niveaus van bewijskracht konden zo vlotter geïdentificeerd worden, evenals de verschillende verwoordingen van de aanbevelingen. Dit vormde de basis voor een eventuele discussie rond de klinische relevantie van elke aanbeveling. In het beste geval werd er in de bronguideline een GRADE[25-27] toegekend per aanbeveling om de bewijskracht en de graad van aanbeveling weer te geven. GRADE[25-27] geeft de mate aan waarin men zeker kan zijn dat het volgen van de aanbeveling meer goed dan kwaad zal doen.

Stap 4.3: Waardering van de aanbevelingen op courantheid

Aan de hand van de publicatiedatum gingen we na hoe recent de onderbouwing was van de aanbevelingen in de richtlijnen. Indien deze ouder was dan 5 jaar, zochten we recentere informatie. Daarnaast keken we na of er van de geselecteerde richtlijnen updaterapporten beschikbaar waren. We zochten eerst in de Cochrane database[28] naar systematische reviews. Indien hier geen nieuwe informatie gevonden werd, zochten we vervolgens verder in MEDLINE[29]. Bij deze zoektocht werden dezelfde MESH-termen gebruikt zoals hierboven beschreven.

Stap 4.4: Waardering van de aanbevelingen op samenhang

In drie stappen beoordeelden we de samenhang van de aanbevelingen. Eerst keken we na of de zoekstrategie van de richtlijnauteurs en de focus van de klinische vraag overeenstemden. In een tweede stap vergeleken we de samenhang tussen de geselecteerde evidentie en de wijze waarop de auteurs deze interpreteerden en samenvatten. Hierbij maakten we gebruik van evidentietabellen indien deze beschikbaar waren. Ten slotte evalueerden we de samenhang tussen interpretatie van de evidentie en de geformuleerde aanbeveling.

Stap 4.5: Waardering van de aanbevelingen op toepasbaarheid

De toepasbaarheid van de aanbevelingen in de Belgische context keken we na door: een nazicht van de doelgroep en patiëntengroep besproken in de geselecteerde richtlijnen, beoordeling van de wijze waarop de richtlijn rekening houdt met de verwachtingen en voorkeuren van patiënten, beoordeling of de richtlijn toepasbaar is in de Belgische praktijk (nodige expertise, organisatie van de praktijk, terugbetaling, ondersteuning, beschikbare medicatie) en ten slotte de beoordeling of er geen culturele factoren zijn die implementatie van de aanbeveling bemoeilijken.

Stap 5: Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie

In deze stap beslisten we of de aanbevelingen in de Duodecim-richtlijn al dan niet aangepast moesten worden. Tijdens dit proces keken we zowel de inhoudelijke als contextuele aspecten van de Duodecim-richtlijn na. De inhoud werd getoetst via vergelijking met de gevonden richtlijnen; de context aan de hand van de gevonden Belgische EBM-informatie. Indien adaptatie nodig was, bepaalden we welke aanbevelingen uit welke richtlijnen verder zouden worden gebruikt in het adaptatieproces. Ook wogen we tijdens deze stap af of nieuwe gevonden evidentie invloed had op de al geselecteerde aanbevelingen.

Stap 6: Nazicht door leescommissie

Alle gegevens die in de matrix geregistreerd werden bij de uitvoering van stap 1 tem stap 5 werden voorgelegd aan prof dr. Paul Van Royen, een lid van de leescommissie van EBMPracticeNet. Dit diende als tussentijdse controle op het werkproces en de geselecteerde inhoud.

2.2. Fase 2: Adaptatiefase

Stap 7: Eerste versie opmaken

Voor het maken van een eerste versie vertrokken we vanuit de oorspronkelijke Duodecim-richtlijn. We vergeleken de aanbevelingen geformuleerd door Duodecim met de weerhouden aanbevelingen uit de matrix. Indien de aanbevelingen uit de matrix met hun toelichting en basis overeenkwamen met de aanbevelingen van Duodecim met hun ‘evidence summaries’, dan konden deze ongewijzigd blijven. Als er belangrijke verschillen waren en de onderbouwing van de aanbeveling waarmee vergeleken werd recent en van goede kwaliteit was, herschreven we de tekst van Duodecim. Hierbij probeerden we de stijl die gehanteerd werd in de Duodecim- richtlijn te behouden.
Ook keken we na of de GRADE[25-27] toegekend in Duodecim behouden mocht blijven of aangepast moest worden. GRADE[25-27] is een methode om op een overzichtelijke wijze met een uniforme codering een uitspraak te doen over de sterkte (graad) van de aanbeveling alsook de kwaliteit van de achterliggende evidentie (bewijskracht). De graad van aanbeveling wordt vertaald naar een cijfer. Zo spreekt men van een sterke aanbeveling “1” en van een

zwakke aanbeveling “2”. De bewijskracht wordt uitgedrukt in een lettercode, A tot C. Code A staat voor een hoog, B voor een matig en C voor een laag of zeer laag niveau van bewijskracht. Indien er nog geen GRADE[25-27] bepaald was, kenden we zelf een nieuwe GRADE[25-27] toe, aan de hand van de methode die beschreven staat in het handboek[11].

2.3. Fase 3: Implementatiefase

In deze fase werden drie stappen doorlopen: de peer review, de praktische implementatie en een finaal nazicht door de leescommissie.

Stap 8 en 9: Peer review en implementatie

In deze stap legden we onze aangepaste richtlijn voor aan huisartsen. Dit deden we tijdens LOK-vergaderingen en seminaries.
We formuleerden de richtlijn in stellingen en legden deze voor aan de huisartsen. Hierbij werd met een Likert-schaal gewerkt. Aan de artsen werd gevraagd aan elke stelling een score te geven van helemaal oneens/niet toepasbaar (score 0) tot helemaal eens/toepasbaar (score 4). Tevens was er bij elke stelling ruimte voorzien om opmerkingen te noteren. Daarnaast vertrokken we in de LOK-groepen vanuit een casus omtrent het onderwerp.

We ontwikkelden ook een steekkaart om de implementatie van de richtlijn in de praktijk te faciliteren. Deze steekkaart bood een kort overzicht van de aanbevelingen. Ze werd eveneens ter feedback voorgelegd aan de huisartsen in de LOK-groepen en seminaries.

Stap 10: Finaal nazicht door de leescommissie

In deze laatste stap gaat de leescommissie van EBMPracticeNet de geadapteerde richtlijn finaal evalueren en, indien goedgekeurd, volgt een publicatie ervan op ebmpracticenet.be. Deze stap valt buiten het tijdsbestek van deze masterproef.

3. Resultaten

3.1. Fase 1: Screeningsfase

Stap 1: Definiëring van de klinische vragen

Mijn eigen klinische vragen zette ik om in PIPOH-vorm:

PIPOH klinische vraag: 'wat is de niet-medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen bij een patiënt met dementie?'

Patient
Patiënt met dementie en gedragssymptomen

Intervention
Niet-medicamenteuze therapie

Professionals
Huisartsen

Outcome
Verbetering gedragssymptomen

Healthcare setting
Eerste lijn

PIPOH klinische vraag: 'wat is de medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen bij een patiënt met dementie?'

Patient
Patiënt met dementie en gedragssymptomen

Intervention
Medicamenteuze therapie

Professionals
Huisartsen

Outcome
Verbetering gedragssymptomen

Healthcare setting
Eerste lijn

Stap 2: Zoektocht naar relevante richtlijnen

In verschillende databases gingen we op zoek naar relevante richtlijnen en belangrijke EBM-informatie.

Zoektocht naar richtlijnen

Een zoektocht in G-I-N[13] met zoekterm 'dementia' leverde 90 resultaten op, waarvan 7 richtlijnen weerhouden werden op basis van publicatiedatum, taal en titel.

De NHS Guideline Finder[15] gaf 211 resultaten onder de zoekterm 'dementia' en de filters 'guidelines' en 'last 3 years'. De filter werd op 'last 3 years' gezet omdat het niet mogelijk was om de filter op een periode van meer dan 3 jaar te zetten. Wel keken we na of er nog bijkomende richtlijnen waren van 2009-2011. Uiteindelijk weerhielden we hier slechts 1 richtlijn.

De trefwoorden 'dementia' en 'behavioural symptoms' genereerden in Guideline.gov[14] 81 resultaten, waarvan 3 richtlijnen weerhouden werden. Daarnaast werd nog een tweede zoektocht gedaan met de zoektermen 'dementia', 'family practice' en 'management'. Dit bracht 116 resultaten waarvan er 2 werden weerhouden.

In de Trip Database[16] vonden we met hetzelfde trefwoord 'dementia' en filters 'guidelines', 'dementia in title' en 'from 2009-2014' 54 resultaten. We weerhielden hier 7 richtlijnen.

Na het uitselecteren van de richtlijnen die dubbel voorkwamen na de zoektocht, hielden we uiteindelijk 13 richtlijnen over.

Zoektocht naar Belgische EBM-informatie

KCE[17] leverde met zoekterm 'dementie' en filter 'KCE reports' 10 resultaten op, waarvan we er 2 weerhielden. Deze 2 resultaten zitten ook reeds inbegrepen in de 13 richtlijnen die gevonden werden tijdens de zoektocht naar internationale richtlijnen. De rest werd uitgesloten wegens ouder dan 5 jaar of de titel die niet handelt over dementie.

HGR[18] en FOD[23] volksgezondheid leverden geen relevante zoekresultaten op. Farmaka[20], BCFI[22] en RIZIV[21] leverden hetzelfde zoekresultaat op, namelijk de transparantiefiche dementie.
Bij een zoektocht op Minerva[19] kwamen 6 relevante publicaties uit de bus, wederom met de zoekterm 'dementie' en filter 'tussen 2009 en 2014'.

In het totaal vonden we dus 7 Belgische EBM-publicaties.

Deze informatie is meer in detail terug te vinden in bijlage 1 en in de matrix (http://goo.gl/BPnnRt).

Stap 3: Selectie van de gevonden richtlijnen

Uit de 13 gevonden richtlijnen weerhielden we 6 richtlijnen voor waardering met het AGREE II-instrument[23]. Deze selectie gebeurde op basis van de eerder vermelde in- en exclusiecriteria. Niet vrij verkrijgbare richtlijnen werden ook uitgesloten. Voor meer gedetailleerde informatie, zie matrix op volgende link: http://goo.gl/BPnnRt.

De 6 weerhouden richtlijnen zijn:

- **‘**Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs’, HAS (Frankrijk 2009)[30]
- ‘Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care’, NICE (UK 2006, herzien in 2012)[31]
- ‘Non-pharmacological interventions for dementia’, KCE (België, 2011)[32]
- ‘Dementie’, NHG (Nederland, 2012)[33]
- ‘Dementia’, MOH (Singapore, 2013)[34]
- ‘Dementia in the long term care setting, AMDA (USA, 2012)[35]

Uiteindelijk werd ook de richtlijn van AMDA (USA, 2012)[35] uitgesloten omdat het onmogelijk bleek om de volledige richtlijn te verkrijgen.

Van de Belgische EBM-informatie weerhield ik ook informatie uit het Qualidem-project.[36] Dit is een studieproject over patiënten met dementie uitgevoerd in opdracht van het RIZIV. Qualidem I dateert van 1999-2002 en bestaat uit een literatuurstudie en een cross-sectionele studie. Qualidem II dateert van 2002-2005 en bestaat uit een longitudinale studie. Ik weerhield vooral de informatie uit het Qualidem I- project. Hoewel deze informatie ouder is dan 5 jaar, weerhield ik deze toch gezien het relevante Belgische informatie is.

Stap 4: Waarderen van de gevonden richtlijnen

Stap 4.1: Het evalueren van de richtlijnen met AGREE II

Na het toepassen van AGREE II[24] op de geselecteerde richtlijnen, sloten we 1 richtlijn uit omwille van zijn zwakke score. Het betrof de richtlijn ‘dementia’ van MOH[34]. Deze richtlijn behaalde een bijzonder lage score op het domein ‘methodologie’. De methoden waarmee ze naar wetenschappelijke literatuur hebben gezocht, de criteria waarmee deze literatuur werd geselecteerd, de sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs en de gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen werden allemaal niet beschreven. Ook de beoordeling van de methodologie door externe experts ontbrak. Daarnaast vonden we over de toepasbaarheid van de richtlijn en de onafhankelijkheid van de opstellers bijzonder weinig informatie terug.

De richtlijn ‘Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs’[30] behaalde een goede score op AGREE, maar handelt enkel over gedragssymptomen bij dementie en geeft geen antwoord op de klinische vragen van de collega haio’s. Hij werd dus enkel door mezelf meegenomen als bijkomende informatie in het adaptatieproces.

Het Belgische KCE-rapport[32] scoorde zeer goed op AGREE en was voldoende relevant om mee te nemen in het adaptatieproces. Omdat het enkel handelt over de niet-medicamenteuze therapie bij dementie, werd ook deze richtlijn enkel door mij meegenomen in het adaptatieproces.

Uiteindelijk bleven er dus twee internationale richtlijnen over: de NHG-richtlijn ‘Dementie’[33] en de NICE-richtlijn ‘Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care’[31] . Beide richtlijnen behaalden een zeer goede score op AGREE, dankzij een goed uitgewerkte methodologie en heldere aanbevelingen. Bij de NHG-richtlijn is het jammer dat een hoofdstuk over implementatie ontbreekt.

Allebei geven ze zowel een antwoord op de klinische vragen over de behandeling van gedragssymptomen, als op de klinische vragen van de collega haio's.

Meer informatie over deze stap is terug te vinden in de matrix (http://goo.gl/BPnnRt).

Stap 4.2: Inventarisatie van de inhoud van de aanbevelingen

In deze stap werden de aanbevelingen uit Duodecim[10] en die uit de andere richtlijnen voor elke klinische vraag opgelijst in de matrix. Per aanbeveling keken we na of er een graad van aanbeveling en een niveau van evidentie beschikbaar waren.

Bij de aanbevelingen uit de Duodecim-richtlijn[10] was vaak wel een niveau van evidentie vermeld, maar geen graad van aanbeveling. Bij de NHG-richtlijn[33] vonden we geen van beide terug. De NICE-richtlijn[31] vermeldde geen graad van aanbeveling, wel een niveau van evidentie, uitgedrukt als zwak, matig of sterk en niet met de lettercodes A,B of C.

Stap 4.3: Waardering van de aanbevelingen op courantheid

In deze stap deden we een extra zoektocht naar recentere literatuur, omdat zowel de NHG-richtlijn als de geupdate NICE-richtlijn literatuur gebruikten tot 2011. De inhoud kan dus reeds gedateerd zijn.
In de Cochrane database[28] en MEDLINE[29] vonden we recentere RCT's en systematische reviews terug. Deze nieuwe evidentie was echter niet verschillend van de reeds gevonden evidentie. Een aanpassing van de aanbevelingen uit de gevonden richtlijnen was bijgevolg niet nodig.
Een uitgewerkte versie van deze stap met de PICO en referenties is terug te vinden in de matrix (http://goo.gl/BPnnRt).

Stap 4.4: Waardering van de aanbevelingen op samenhang

Bij de Duodecim-richtlijn[10] konden we geen uitspraak doen over de samenhang, gezien er geen methodologie beschikbaar was. In deze richtlijn focust men vooral op de medicamenteuze therapie.

Bij de NICE-richtlijn[31] is er een goede consistentie tussen de zoekstrategie en de klinische vragen. Zij hebben een zeer uitgebreide en goed gedocumenteerde zoekstrategie. Er zijn ook evidentietabellen beschikbaar en de conclusies van de auteurs komen overeen met de geselecteerde evidentie. Over het algemeen is er een consistentie tussen de samenvatting van de evidentie en de formulering van de aanbeveling.

Ook in de NHG-richtlijn[33] was er een goede consistentie tussen de zoekstrategie en de klinische vragen. De zoekstrategie bestaat uit MESH-termen en de zoekperiode. De MESH-termen komen overeen met de klinische vragen en de gebruikte databases zijn relevant. Alleen vonden we hier geen in- en exclusiecriteria terug. De samenhang tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteerden en samenvatten is hier moeilijker te beoordelen. Het was niet duidelijk hoe ze de evidentie geselecteerd hebben, en er waren geen evidentietabellen beschikbaar. De consistentie tussen de samenvatting van de evidentie en de formulering van de aanbevelingen was wel zeer goed. Je vindt referenties terug in de tekst naar de verschillende artikels en guidelines.

Meer informatie over deze stap is terug te vinden in de matrix (http://goo.gl/BPnnRt).

Stap 4.5: Waardering van de aanbevelingen op toepasbaarheid

Zowel de aanbevelingen omtrent de niet-medicamenteuze therapie als omtrent de medicamenteuze therapie werden toepasbaar bevonden in de Belgische context, en dit voor de drie geselecteerde richtlijnen. De niet-medicamenteuze interventies lijken zeker toepasbaar, en worden deels al toegepast in België.
De medicamenteuze opties bleken na controle op BCFI[22] allemaal beschikbaar in België. De dosissen werden vergeleken met de dosissen in de NHG-richtlijn[33] en op BCFI[22].

Stap 5: Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie

In deze stap werden de aanbevelingen uit de geselecteerde richtlijnen met elkaar en met de Belgische EBM-informatie vergeleken. Op basis hiervan beslisten we of de Duodecim-aanbevelingen aangepast moesten worden of niet.

Klinische vraag: 'Wat is de niet-medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen bij een patiënt met dementie?

Omdat Duodecim heel summier antwoord geeft op deze klinische vraag, beslisten we de aanbeveling te adapteren en hier tevens nieuwe aanbevelingen aan toe te voegen. Dit omdat de niet-medicamenteuze therapie toch de hoeksteen is in de behandeling van gedragssymptomen, en hier dan ook voldoende aandacht voor moet zijn. Deze nieuwe aanbevelingen haalden we uit NICE[31], NHG[33] en het KCE-rapport[32], en werden vervolgens ook nog getoetst aan de gevonden Belgische EBM-informatie. (Zie stap 5 in de matrix op http://goo.gl/BPnnRt).

Aanbeveling 1 (Duodecim): 'Het beheer van gedragssymptomen is in de eerste plaats niet-farmacologisch, bijvoorbeeld door het beheer van factoren zoals infecties, pijn of een gevoel van onveiligheid, dat kan leiden tot de symptomen, tezamen met een passend respectvol gedrag ten opzichte van de patiënt.'
Geadapteerde aanbevelingen (oorspronkelijke aanbeveling opgesplitst in twee. Dit worden dus aanbevelingen 1 en 2):
Aanbeveling 1*: 'De behandeling van gedragssymptomen is in de eerste plaats niet-medicamenteus'*
Aanbeveling 2*: 'Zoektocht naar en behandelen van factoren die problematisch gedrag kunnen uitlokken zoals: infectie, pijn, onveiligheidsgevoel, medicatie, omgevingsfactoren en psychosociale factoren, tezamen met een passend respectvol gedrag ten opzichte van de patiënt.'*

Deze aanbeveling werd opgesplitst in twee om te benadrukken dat niet-medicamenteuze therapie altijd eerst komt. Daarnaast werd ook de verwoording van de aanbeveling aangepast, omdat dit ons een betere verwoording leek.

Nieuwe aanbevelingen toegevoegd aan de Duodecim-aanbeveling:

Aanbeveling 3*: 'Gecombineerde psycho-educatieve/psychosociale interventies voor de patiënt (zoals gedragsinterventies en cognitieve stimulatie) en zijn zorgverleners (adviessessies, telefonisch advies of via internet, cognitieve gedragstherapie).*

Aanbeveling 4*: 'Interventies aangepast aan de voorkeuren, vaardigheden en mogelijkheden van de patiënt (aromatherapie, massage, muziektherapie, lichttherapie).'*

***Aanbeveling 5**: Opleiding verzorgend personeel in zorgcentra om te anticiperen op gedragsstoornissen en er mee om te kunnen gaan. Om medicatie te kunnen toedienen en de nevenwerkingen te kennen.'*

Deze drie aanbevelingen hebben we toegevoegd aan de Duodecim-aanbeveling omdat ze volgens ons een zeer belangrijk onderdeel vormen van de niet-medicamenteuze therapie van gedragssymptomen. Ze worden tevens vermeld in de NICE-richtlijn[31] en het KCE-rapport[32].

Klinische vraag: 'Wat is de medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen bij een patiënt met dementie?'

De Duodecim-richtlijn[10] was hier correct en volledig en diende dus niet aangepast te worden.

Stap 6: Nazicht door de leescommissie

Als tussentijdse controle werd onze matrix ter beoordeling voorgelegd aan prof dr. Paul Van Royen. De belangrijkste opmerking was dat de transfer naar institutionele zorg betrokken moest worden als outcome bij klinische vraag 3 (zie matrix op http://goo.gl/BPnnRt en bijlage 2). Dit werd gecorrigeerd.
Daarnaast was aanvankelijk niet duidelijk of de AMDA-richtlijn[35] weerhouden werd of niet. Ook dit hebben we herbekeken en aangepast.
Globaal genomen werd ons werk tot hier toe zeer gunstig beoordeeld.

Een gedetailleerde feedback kan teruggevonden worden in bijlage 2.

3.2. Fase 2: Adaptatiefase

Stap 7: Eerste versie opmaken

In deze fase maakten we een eerste versie op van de aanbevelingen op basis van de tot hier toe doorlopen stappen. Voor elke aanbeveling keken we ook na of de GRADE[25-27] identiek mocht blijven of aangepast moest worden. Indien er geen GRADE gekend was, bepaalden we zelf een GRADE. Deze GRADE-bepaling staat uitvoerig beschreven in bijlage 3. De aanbevelingen waar geen GRADE vermeld staat, zijn gebaseerd op consensus. Wat volgt is een voorlopige versie van de geadapteerde aanbevelingen. De aanpassingen staan vet gedrukt.

Klinische vraag: Wat is de niet-medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen bij een patiënt met dementie?

1. **Behandeling van gedragssymptomen is in de eerste plaats niet-medicamenteus.**
2. **Zoektocht naar en** behandelen van factoren **die problematisch gedrag kunnen uitlokken zoals**: infectie, pijn, onveiligheidsgevoel, **medicatie, omgevingsfactoren en psychosociale factoren,** tezamen met een passend respectvol gedrag ten opzichte van de patiënt.
3. **Gecombineerde psycho-educatieve/psychosociale interventies voor de patiënt (zoals gedragsinterventies en cognitieve stimulatie)** (GRADE 1B) **en zijn zorgverleners (cognitieve gedragstherapie, adviessessies, telefonisch advies…)** (GRADE 1B)
4. **Interventies aangepast aan de voorkeuren, vaardigheden en mogelijkheden van de patiënt (aromatherapie , massage, muziektherapie, lichttherapie)** (GRADE 2C)

5. **Opleiding verzorgend personeel in zorgcentra** (GRADE 1B) **om te anticiperen op gedragsstoornissen en er mee om te kunnen gaan. Om medicatie te kunnen toedienen en de nevenwerkingen te kennen.**

Klinische vraag: Wat is de medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen bij een patiënt met dementie?

1. Psychofarmaca mogen alleen worden gebruikt in lage dosis en gedurende korte tijd (minder dan 6 weken). 's Avonds kan de dosis hoger zijn, omdat rusteloosheid 's nachts schadelijk is.
2. Bij de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie moeten antidepressiva worden geprobeerd wanneer een depressie of angststoornis wordt vermoed.(GRADE 2C) Rusteloosheid en agressie kunnen worden veroorzaakt door angst, waarbij antidepressiva doeltreffend zijn. (GRADE 2C)
3. Als andere behandelingsmaatregelen geen resultaat opleveren, kunnen atypische antipsychotica worden voorgeschreven. (GRADE 2A) (Het eerste keuzepreparaat is risperidon, het enige geneesmiddel met een specifieke licentie voor de behandeling van gedragssymptomen bij dementie.) De respons is individueel en om het beste effect te bereiken kan het nuttig zijn verschillende geneesmiddelen te testen. Als een snelle reactie vereist is in noodsituaties, kan ook parenteraal haloperidol ofwel intraveneus of intramusculair worden toegediend in een lage dosis (2,5-5 mg). (GRADE 2C)
4. Benzodiazepines met een intermediaire werkingsduur, zoals oxazepam, worden hetzij continu of naar behoefte gebruikt. (GRADE 2C)
5. Donepezil, rivastigmine, galantamine en memantine hebben ook een effect op de gedragssymptomen. (GRADE 2B)
6. Follow up van de therapie
    - Benzodiazepines (GRADE 2C)
        - Oxazepam 7,5-30 mg voor de nacht, ook tijdens de dag als dat nodig is.
        - Temazepam 10-30 mg voor de nacht, indien nodig; voor de behandeling van angst, ook 5-10 mg gedurende de dag; snel effect.
    - Antipsychotica
        - Risperidon voor agressie en psychotische symptomen 0,25-0,5 mg tweemaal per dag (GRADE 2A)
        - Quetiapine 12,5-25 mg × 1 → 25 mg × 2, in het bijzonder voor patiënten bij wie risperidon nadelige effecten veroorzaakt (zoals patiënten bij wie de ziekte eigenschappen heeft van Lewy body ziekte) (GRADE 2A)
        - Haloperidol voor agressie, angst en rusteloosheid 0,25-0,5 mg × 2 tot 3 per dag: doeltreffend bij agressie, maar extrapiramidale bijwerkingen komen vaak voor (GRADE 2C) .
    - Antidepressiva (GRADE 2C)
        - Citalopram 10-20 mg of escitalopram 5-10 mg eenmaal daags (activerend)
        - Sertraline 25-50 mg × 1
        - Mirtazapine 7.5-15-30 mg × 1 in de avond (sederend)

- Anticholinesterases en memantine (GRADE 2B)
    - Eventueel in kleine doses voor gedragssymptomen bijvoorbeeld bij geïnstitutionaliseerde patiënten bij wie medicatie voor de ziekte van Alzheimer reeds eerder gestopt zijn.
- De behandeling van slapeloosheid (GRADE 2C)
    - Voor verstoring van het circadiaans ritme bij patiënten met dementie kan lichttherapie in de ochtend, in combinatie met melatonine 2-6 mg voor de nacht worden geprobeerd.
    - Temazepam en benzodiazepine-achtige slaapgeneesmiddelen (zaleplon, zolpidem, zopiclon) kunnen worden gebruikt voor korte periodes.

3.3. Fase 3: Implementatiefase

Stap 8 en 9: Peer review en implementatie

De stellingen en de steekkaart werden ter feedback voorgelegd aan 3 seminariegroepen en 3 LOK-groepen. De eerste 3 groepen kregen de stellingen in een 'eens/oneens' opstelling gepresenteerd; de laatste 3 groepen in een 'toepasbaar/niet toepasbaar' opstelling. Deze verandering in opstelling werd doorgevoerd aan de hand van de feedback van de eerste 3 groepen. Zij vonden een 'toepasbaar/niet toepasbaar' opstelling concreter en betrouwbaarder, en dit vooral omdat we de toepasbaarheid van de aanbevelingen in de praktijk wilden nagaan. (Zie bijlagen 4 en 5 voor beide versies van de stellingen.)

De groepen die de stellingen in een 'eens/oneens' opstelling voorgelegd kregen:

- De seminariegroep van Inne Akkermans op 21/10/2014: 9 deelnemende artsen
- De seminariegroep van Jessie Demeulenaere op 6/01/2015 : 7 deelnemende artsen
- De LOK-groep in Kontich op 25/11/2014: 8 deelnemende artsen

In totaal werd de feedback van 24 artsen verzameld in de categorie 'eens/oneens'.

De groepen die de stellingen in een 'toepasbaar/niet toepasbaar' opstelling voorgelegd kregen:

- De seminariegroep van Marieke Lagrain op 24/02/2015: 8 deelnemende artsen
- De LOK-groep in Grimbergen op 29/01/2015: 7 deelnemende artsen
- De LOK-groep in Duffel op 4/02/2015: 13 deelnemende artsen

In totaal werd de feedback van 28 artsen verzameld in de categorie 'toepasbaar/niet toepasbaar'.

Stap 8.1: klinische vraag: 5. Wat is de niet-medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen bij een patiënt met dementie?

Deze klinische vraag bevatte volgende 4 stellingen:

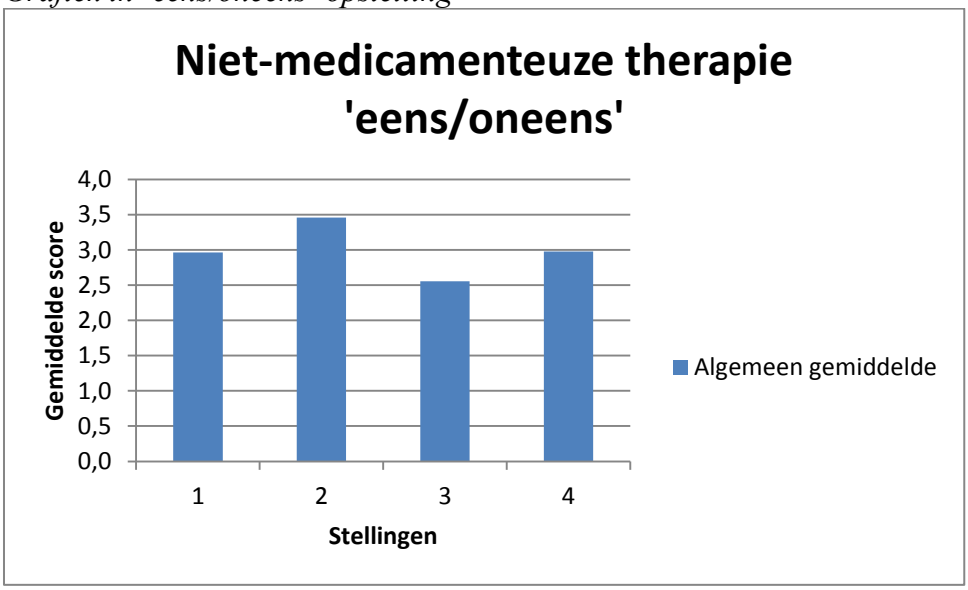
1. Behandeling van gedragssymptomen is in de eerste plaats niet-medicamenteus.
2. Het verzorgend personeel in instellingen moet een opleiding krijgen om beter te kunnen omgaan met gedragssymptomen, de medicatie beter te kennen met de nevenwerkingen…

3. Een patiënt met dementie en gedragssymptomen kan effectief behandeld worden met gecombineerde psycho-educatieve/psychosociale interventies (cognitieve stimulatie).
4. Interventies (massage, lichttherapie, aromatherapie…) moeten aangepast zijn aan de voorkeuren, vaardigheden en mogelijkheden van de patiënt.

De tweede aanbeveling ‘Zoektocht naar en behandelen van factoren die problematisch gedrag kunnen uitlokken zoals: infectie, pijn, onveiligheidsgevoel, medicatie, omgevingsfactoren en psychosociale factoren, tezamen met een passend respectvol gedrag ten opzichte van de patiënt.’ werd niet als stelling geformuleerd omdat deze aanbeveling zeer logisch leek, en hierdoor niet zozeer stof voor discussie.

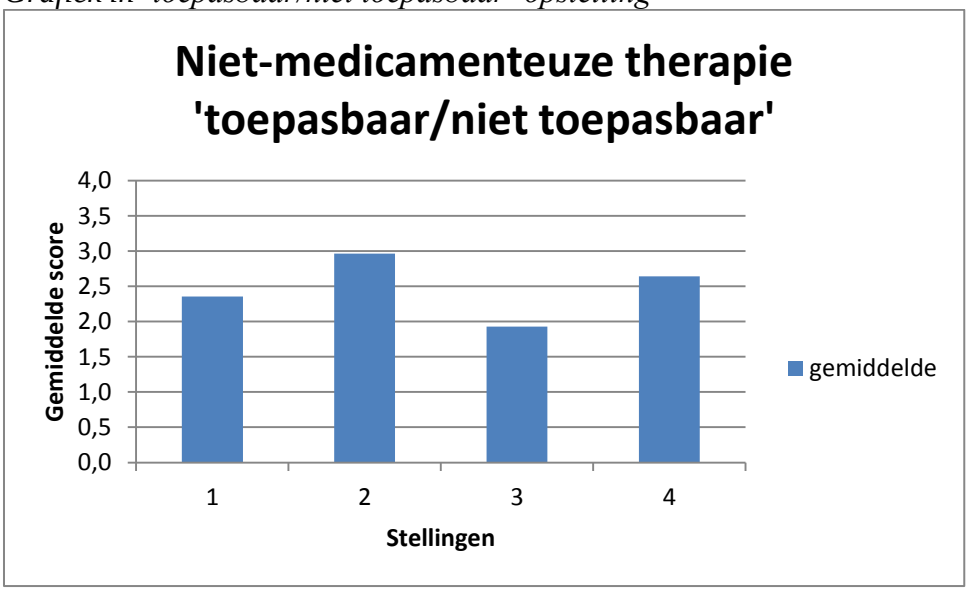
De gemiddelde scores per stelling worden weergegeven in onderstaand diagram. Het eerste diagram in de ‘eens/oneens’ opstelling; het tweede diagram in de ‘toepasbaar/niet toepasbaar’ opstelling. Op de stellingen konden de volgende punten gegeven worden: van ‘helemaal niet toepasbaar/helemaal oneens’ (score = 0), ‘niet toepasbaar/oneens’ (score = 1), ‘neutraal’ (score = 2), ‘toepasbaar/eens’ (score = 3) tot ‘helemaal toepasbaar/helemaal eens’ (score = 4).

Grafiek in ‘eens/oneens’ opstelling



De vier stellingen haalden een gemiddelde score van 2.6 tot 3.5. Deze stellingen werden door de deelnemende artsen globaal ‘neutraal’ tot ‘eens’ gescoord.

Grafiek in 'toepasbaar/niet toepasbaar' opstelling



Binnen de groep 'toepasbaar/niet toepasbaar' zien we hier globaal lagere gemiddelde scores dan bij de groep 'eens/oneens'. De algemene tendens is echter wel hetzelfde: een algemeen lagere score op stelling 3 en een algemeen hogere score op stelling 2.

8.1.1. Opmerkingen per stelling

Bij stelling 1 (*Behandeling van gedragssymptomen is in de eerste plaats niet – medicamenteus*) werd opgemerkt dat dit niet altijd mogelijk is ('tekort aan personeel in WZC', 'medicamenteuze therapie kan niet altijd uitgesteld worden', 'niet altijd gemakkelijk' , 'hier is creativiteit voor nodig') .

Stelling 2 (*Het verzorgend personeel in zorgcentra moet een opleiding krijgen om beter te kunnen omgaan met gedragssymptomen, de medicatie beter te kennen met de nevenwerkingen…*) kreeg globaal heel hoge gemiddelde scores. Buiten het feit dat artsen en andere zorgverleners buiten het WZC (mantelzorgers) ook beter opgeleid zouden moeten worden om met gedragssymptomen om te gaan, waren er over deze stelling geen opmerkingen.

Stelling 3 (*Een patiënt met dementie en gedragssymptomen kan effectief behandeld worden met gecombineerde psycho-educatieve/psychosociale interventies (cognitieve stimulatie, cognitieve gedragstherapie…*) kreeg de slechtste gemiddelde score. In de groep 'toepasbaar/niet toepasbaar' kreeg deze stelling een score van 1.9, wat betekent dat de artsen in deze groep de stelling niet toepasbaar vonden in de praktijk. Cognitieve gedragstherapie voor de patiënt zagen ze niet echt mogelijk ('is dit haalbaar?', 'wie geeft dit dan?', 'Dit is iets voor de polikliniek'). Verder vroeg men om een verduidelijking van deze therapieën ('wat houdt dit in?').

Bij stelling 4 (*Interventies (massage, lichttherapie, aromatherapie…) moeten aangepast zijn aan de voorkeuren, vaardigheden en mogelijkheden van de patiënt*) waren er geen bijzondere opmerkingen. 1 arts vermeldde nog de optie van een huisdier als therapie. Artsen waren het eens met deze stelling en vonden deze toepasbaar.

8.1.2. Vergelijking resultaten in de verschillende subgroepen

De resultaten van volgende subgroepen werden vergeleken: haio versus geen haio, geslacht, leeftijdscategorie en de verschillende groepen waar de stellingen en steekkaart werden getest. De grafische weergave van deze resultaten is terug te vinden in bijlage 6a. De resultaten in functie van leeftijd en geslacht zijn enkel vergelijkbaar in de 'toepasbaar/niet toepasbaar' groep, omdat deze gegevens toen pas gevraagd werden. Globaal zien we dat de resultaten overal min of meer overeenkomen. De uitschieters die er zijn, zijn hoofdzakelijk te wijten aan de kleine groepen.

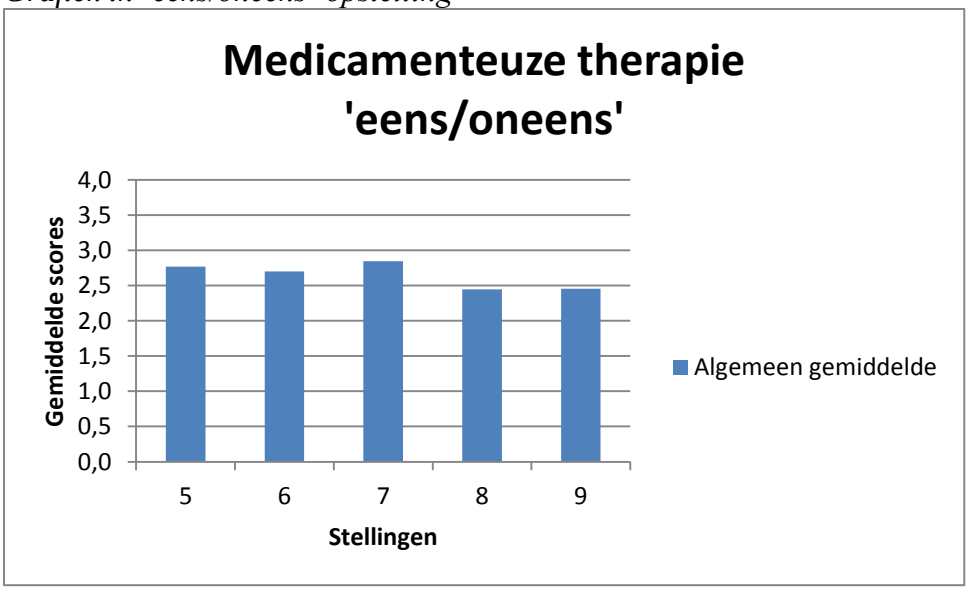
Stap 8.2: klinische vraag 6: Wat is de medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen bij een patiënt met dementie?

Deze klinische vraag bevatte volgende 5 stellingen:

5. Psychofarmaca mogen alleen gebruikt worden in lage dosis en voor korte duur (max. 6 weken).
6. Bij de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie kunnen antidepressiva gebruikt worden wanneer depressie of angststoornis wordt vermoed.
7. Als andere behandelingsopties geen resultaat opleveren, kunnen antipsychotica worden voorgeschreven voor de behandeling van gedragssymptomen.
8. Benzodiazepines met intermediaire werkingsduur kunnen continu of intermittent gebruikt worden.
9. Galantamine, rivastigmine, donepezil en memantine kunnen ook gebruikt worden om gedragssymptomen te behandelen.

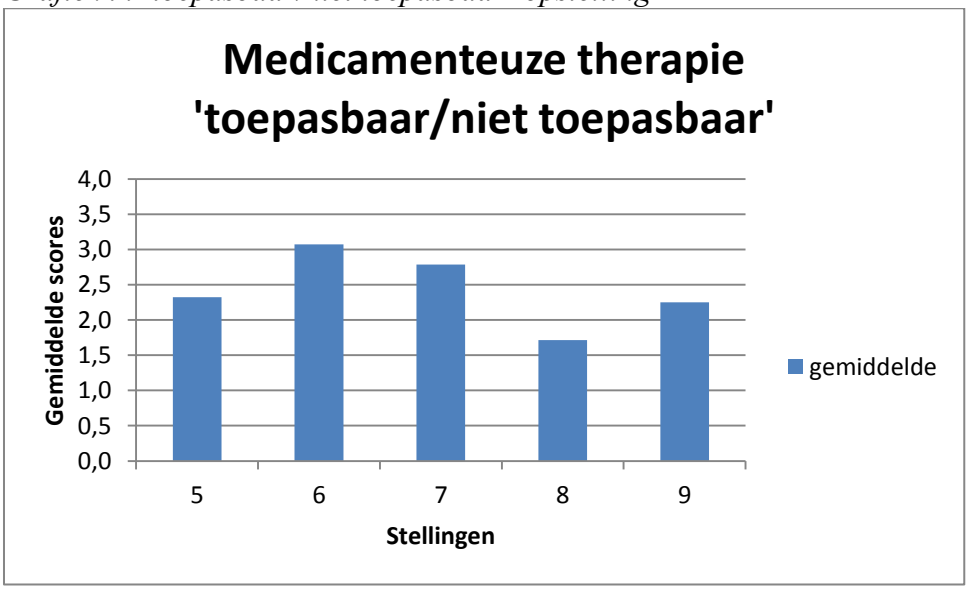
De gemiddelde scores per stelling worden weergegeven in onderstaand diagram. Het eerste diagram in de 'eens/oneens' opstelling; het tweede diagram in de 'toepasbaar/niet toepasbaar' opstelling. Op de stellingen konden de volgende punten gegeven worden: van 'helemaal niet toepasbaar/helemaal oneens' (score = 0), 'niet toepasbaar/oneens' (score = 1), 'neutraal' (score = 2), 'toepasbaar/eens' (score = 3) tot 'helemaal toepasbaar/helemaal eens' (score = 4).

Grafiek in 'eens/oneens' opstelling



Deze 5 stellingen kregen een gemiddelde score van 2.4 tot 2.8 en werden dus ‘neutraal’ tot ‘eens’ gescoord.

Grafiek in ‘toepasbaar/niet toepasbaar’ opstelling



Hier zien we scores van 1.7 tot 3.1. Net zoals in de ‘eens/oneens’ groep werd stelling 8 het laagst gescoord. De andere stellingen bevonden zich eveneens in de range ‘neutraal’ tot ‘toepasbaar’.

8.2.1. Opmerkingen per stelling

Bij stelling 5 (*Psychofarmaca mogen alleen gebruikt worden in lage dosis en voor korte duur (max. 6 weken).*) waren er vooral opmerkingen omtrent de duur van de therapie (‘6 weken is te kort, dit is niet haalbaar’, ‘dementie is niet kortdurend’, ‘waarom stoppen?’, ‘erg kort om resultaat te zien’). Ze vonden het wel belangrijk de therapie regelmatig te herevalueren (‘herevalueren, bijvoorbeeld om de 6 weken’ ‘gedrag is vaak wisselend, dus regelmatig herevalueren’).

Bij stelling 6 (*Bij de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie kunnen antidepressiva gebruikt worden wanneer depressie of angststoornis wordt vermoed.*) waren er over het algemeen weinig opmerkingen. Er was de vraag welke antidepressiva gebruikt konden worden (‘welke antidepressiva? SSRI’s?’), en de opmerking dat het effect na enkele weken geherevalueerd moet worden (‘na enkele weken herevalueren’, ‘MDO ter evaluatie’). Daarnaast rees de vraag waarom hier een onderscheid gemaakt werd tussen de verschillende vormen van dementie.

Stelling 7 (*Als andere behandelingsopties geen resultaat opleveren, kunnen antipsychotica worden voorgeschreven voor de behandeling van gedragssymptomen.*) vonden de artsen zowel in de ‘eens/oneens’ groep als in de ‘toepasbaar/niet toepasbaar’ groep toepasbaar. Zij hadden over deze stelling geen specifieke opmerkingen.

Stelling 8 (*Benzodiazepines met intermediaire werkingsduur kunnen continu of intermittent gebruikt worden.*) werd het minst goed gescoord in beide groepen. Artsen vonden deze stelling eerder niet toepasbaar of ze waren het eerder niet eens. Opmerkingen hadden zij vooral bij het 'continu' gebruik van benzodiazepines, wat eerder tegenstrijdig was met stelling 5 dat stelde dat een behandeling kortdurend moet zijn ('de richtlijn rond benzodiazepines is verwarrend', 'het woord 'continu' moet geschrapt worden').

Ten slotte vonden zij dat stelling 9 (*Galantamine, rivastigmine, donepezil en memantine kunnen ook gebruikt worden om gedragssymptomen te behandelen.*) eerder iets is voor de tweede lijn ('dit gebeurt best via de neuroloog of geriater', 'follow-up via geheugenklinieken is hier nodig'). Daarnaast rees de vraag naar de voordelen van acetylcholinesterase-inhibitoren ('wegen de voordelen op tegen de nadelen?') en de werking ervan bij ernstige vormen van dementie ('ook voor ernstige dementie?', 'voor welke groepen is dit toepasbaar?').

8.2.2. Vergelijking resultaten in de verschillende subgroepen

Ook hier leverde een vergelijking tussen de verschillende subgroepen over het algemeen zowel in de 'eens/oneens' groep en de 'toepasbaar/niet toepasbaar' groep gelijkaardige resultaten op. Een grafische weergave van de resultaten is terug te vinden in bijlage 6b.

De grootste verschillen zien we bij stelling 8 (*benzodiazepines met intermediaire werkingsduur kunnen continu of intermittent gebruikt worden*), waar de niet-haio's een opvallend lagere score gaven dan de haio's. Haio's vonden deze stelling eerder toepasbaar, terwijl de niet-haio's deze juist niet toepasbaar vonden. Dit verschil zien we niet in de 'eens/oneens' groep.
Dezelfde stelling werd door de LOK-groep in Duffel ook opvallend lager gescoord dan de andere groepen. Mogelijks staat men in deze regio meer weigerachtig tegenover het gebruik van benzodiazepines dan in de andere regio's.

De uitschieters in de leeftijdscategorieën zijn de wijten aan de kleine groep, en zijn dus niet significant.

8.2.3. Beoordeling van de steekkaart

Tijdens de peer review werd ook de steekkaart ter beoordeling voorgelegd aan de seminarie- en LOK-groepen. De oorspronkelijke steekkaart is terug te vinden in bijlage 7.

Algemeen werd de steekkaart zeker nuttig bevonden, maar te uitgebreid. Opmerkingen van de huisartsen waren: 'te lange zinnen', 'te uitgebreid', 'niet beknopt genoeg', 'nodigt niet uit om even snel te raadplegen'.

Daarnaast hadden de artsen vooral opmerkingen over het deel over medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen (klinische vraag 6). Uit de lay-out zou niet blijken dat niet-medicamenteuze therapie op de eerste plaats komt ('medicatie wordt niet echt ontraden, de richtlijn komt eerder pro medicatie over', 'medicamenteuze therapie gevaarlijk geformuleerd', 'nevenwerkingen moeten meer benadrukt worden', 'medicamenteuze therapie moet beter geformuleerd').

In een seminariegroep werd opgemerkt dat ze ook graag medicatie met dosissen op de steekkaart vermeld hadden (‘graag info op steekkaart over specifieke medicatie, dosissen, nevenwerkingen’).
Ten slotte werd opgemerkt dat haloperidol intraveneus toedienen niet gedaan wordt door huisartsen.

4. Discussie

4.1. Screeningsfase

In de eerste stap definieerden we de klinische vragen in PIPOH-vorm. Het was de bedoeling om deze PIPOH-elementen te gebruiken in onze zoektocht naar relevante literatuur. Omdat het aantal gevonden richtlijnen via dergelijke zoektocht per klinische vraag gering was, hebben we besloten om algemener te zoeken op de MESH-term 'Dementie'. Zo hebben we alle relevante informatie die nodig was voor het beantwoorden van onze klinische vragen teruggevonden.

In stap 3 hielden we aanvankelijk 7 richtlijnen over voor beoordeling met AGREE II. Twee richtlijnen (SIGN[37] en AMDA[35]) werden nog geëlimineerd door enerzijds het toevoegen van een extra exclusiecriterium zoals 'literatuur niet ouder dan 5 jaar', en anderzijds het niet beschikbaar zijn van de volledige tekst. De SIGN-richtlijn[37] hebben we uiteindelijk volledig verwijderd uit het proces, omdat deze dateert van 2006. Deze criteria hadden we eigenlijk al in stap 2 beter kunnen formuleren, zodat we die twee richtlijnen eerder hadden kunnen uitsluiten. Stap 2 hadden we bijgevolg zorgvuldiger kunnen uitvoeren.

Het hele proces a.d.h.v. de matrix was bijzonder tijdrovend, maar ook bijzonder boeiend. Door het doorlopen van de verschillende stappen werd inzicht verkregen in het ontwikkelingsproces van richtlijnen. Ook werd duidelijk dat richtlijnen een houvast kunnen bieden, maar kritisch moeten worden bekeken. Een richtlijn is een interpretatie van de beschikbare evidentie door een selecte groep richtlijnenontwikkelaars, die je niet op iedere patiënt zomaar kan toepassen.

De matrix waarin alle stappen gedocumenteerd konden worden, was een handig instrument. Op deze manier hadden we een overzicht over het proces dat we gedurende een jaar doorlopen hadden. Anderzijds was de matrix door zijn volume niet steeds handig in gebruik.

4.2. Adaptatiefase

Tijdens de adaptatiefase bleek dat de Duodecim-richtlijn[10] omtrent niet-medicamenteuze therapie erg beperkt was, terwijl deze toch de belangrijkste plaats inneemt in de behandeling van gedragssymptomen. Aan de bestaande aanbevelingen werden er bijgevolg een aantal toegevoegd. De keuze welke aanbevelingen we gingen toevoegen was niet eenvoudig. We gebruikten hiervoor vooral de aanbevelingen in het KCE-rapport[32], omdat deze zeer nauwkeurig en methodologisch correct zijn opgesteld, en bovendien toepasbaar zijn in de Belgische zorgcontext. Vervolgens werden deze aanbevelingen nog vergeleken met de aanbevelingen van de internationale richtlijnen en de Belgische EBM-informatie om zo te kijken of er nog aanpassingen moesten gebeuren.

De richtlijn omtrent medicamenteuze therapie bleek wel wetenschappelijk correct en toepasbaar in de Belgische zorgcontext en moest in eerste instantie dus niet aangepast worden.

Daarnaast vonden we ook dat de titel van de Duodecim-richtlijn[10], namelijk 'Behandeling van geheugenziekten' beter vervangen zou worden door 'Aanpak van de patiënt met dementie'. Dit omdat de richtlijn breder gaat dan de behandeling van dementie alleen. Het gaat om de

totaalzorg van de patiënt met dementie. Anderzijds is de term ‘geheugenziekten’ in België niet courant, en wordt dus beter vervangen door ‘dementie’. Deze verandering van titel werd reeds aangevraagd bij Duodecim.

Naast het opstellen van een voorlopige versie van de richtlijn, gaven we aan elke aanbeveling een GRADE[25-27]. Dit vond ik zelf de moeilijkste stap in het hele adaptatieproces. De literatuur omtrent niet-medicamenteuze en medicamenteuze therapie van gedragssymptomen bij dementie is erg omvangrijk, en het doornemen ervan dus zeer tijdrovend. Bovendien was het de eerste keer dat wij dergelijk proces uitvoerden, en twijfelden we soms aan onze kennis en ervaring om dit proces tot een goed einde te brengen. Door het gebrek aan expertise kunnen er mogelijks interpretatiefouten opgetreden zijn bij het bepalen van een GRADE[25-27]. Een betere opleiding hieromtrent in de vorm van meerdere infosessies zou de kans op dergelijk fouten kunnen reduceren.

Ten slotte moet vermeld worden dat vertrokken werd van de Engelstalige versie van de Duodecim-richtlijn van 2009. Ondertussen is er een update beschikbaar van 30/05/2014. Deze werd niet betrokken in het adaptatieproces. Dit kan mogelijks gezorgd hebben voor een aantal andere verwoordingen in de aanbevelingen. Het is ook mogelijk dat sommige van onze voorstellen tot adaptatie niet meer geldig zijn, wegens al doorgevoerd in de nieuwe versie. Dit is dan ook een beperking van deze studie.

4.3. Implementatiefase

Stap 8 en 9: Peer review en implementatie

De artsen die deelnamen aan de implementatiefase werden niet at random gekozen. De stellingen en steekkaart werden voorgelegd aan de seminariegroep waarin de drie haio’s zaten en in de LOK-groepen van de regio’s waarin de haio’s werkten. Mogelijks werden de scores beïnvloed doordat de artsen in die groepen elkaar en de haio’s kenden. Daarnaast is het mogelijk dat de artsen elkaar door hun opmerkingen beïnvloedden bij het geven van hun scores.

Bovendien gaat het maar om een beperkte groep artsen, zeker omdat de totale groep door de twee verschillende versies van de stellingen nog eens opgesplitst is. De resultaten kunnen dus zeker niet veralgemeend worden. Hierbij moet gezegd worden dat het om een kwalitatief, en niet om een kwantitatief onderzoek gaat.

De LOK-vergaderingen en seminaries werden ook niet opgenomen op audio, maar de gegevens werden verzameld door een verslaggever die noteerde wat gezegd werd. Hierdoor is het mogelijk dat een aantal belangrijke opmerkingen verloren zijn gegaan.

Op basis van de peer review werden nog enkele aanbevelingen aangepast. Hieronder beschrijf ik per aanbeveling of deze al dan niet gewijzigd werd, en licht ik eventuele aanpassingen toe. Let op: de nummers van de aanbevelingen hieronder komen niet overeen met de nummers van de stellingen.
Het proces van toekenning van een GRADE vindt u terug in bijlage 3.

Klinische vraag: Wat is de niet-medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen bij een patiënt met dementie?

Aanbeveling 1: 'De behandeling van gedragssymptomen is in de eerste plaats niet-medicamenteus'.
Deze aanbeveling blijft ongewijzigd, omdat niet-medicamenteuze therapie de hoeksteen is in de behandeling van gedragssymptomen. Toch meldden de huisartsen in de LOK-groepen en seminaries dat ze hier een drempel ervaren omdat ze vaak onder druk staan van verpleegkundigen en familieleden van de patiënt. Hier wordt het belang van opleiding van het personeel in zorginstellingen én psycho-educatie van mantelzorgers (aanbeveling 3 en 5) erg duidelijk.

Aanbeveling 2: 'Zoektocht naar en behandelen van factoren die problematisch gedrag kunnen uitlokken zoals:

- Infectie
- Pijn
- Onveiligheidsgevoel
- Medicatie
- Omgevingsfactoren
- Psychosociale factoren

Tezamen met een respectvol gedrag ten opzichte van de patiënt.'
Deze aanbeveling zat niet in de peer review, omdat aanvankelijk gedacht werd dat ze te voor de hand liggend was, en daardoor geen stof voor discussie. Achteraf gezien had hij er beter toch bij gezeten, aangezien deze aanbeveling de peer review nu gemist heeft. Toch blijft deze ongewijzigd, omdat deze aanbeveling ook voorkomt in de NICE-richtlijn[31].

Aanbeveling 3: 'Gecombineerde psycho-educatieve/psychosociale interventies voor de patiënt (cognitieve stimulatie zoals woordassociaties) en zijn ***mantelzorgers*** (adviessessies, telefonisch advies of via internet, cognitieve gedragstherapie)'
Deze aanbeveling werd als stelling onvolledig en verkeerd geformuleerd ('Gecombineerde psycho-educatieve/psychosociale interventies voor de patiënt (cognitieve stimulatie, cognitieve gedragstherapie)). De opmerkingen van de artsen dat ook de mantelzorgers ondersteund moeten worden, was volledig terecht en dit was ook opgenomen in de oorspronkelijke aanbeveling. Hier werd het echter geformuleerd als 'zorgverleners'. Omdat deze term verwarring kan creëren, werd ze veranderd naar 'mantelzorgers'. Ook de opmerking dat cognitieve gedragstherapie niet haalbaar is voor de patiënt met dementie, wordt rechtgezet door de oorspronkelijke aanbeveling die stelt dat cognitieve gedragstherapie kan helpen voor mantelzorgers die psychologische stress ervaren door de gedragsproblemen van de patiënt. Deze aanbeveling is erg belangrijk in de behandeling van gedragssymptomen en wordt in de Alcove (Alzheimer COoperative Valuation in Europe) aanbevelingen vermeld als een eerstelijnsbehandeling voor gedragssymptomen.[38]

Aanbeveling 4: 'Interventies aangepast aan de voorkeuren, vaardigheden en mogelijkheden van de patiënt':

- Massage
- Aromatherapie
- Muziektherapie
- Lichttherapie
- ***Diergeassisteerde therapie***

Over deze aanbeveling was er weinig discussie. Huisartsen waren het eens of vonden deze aanbeveling toepasbaar. Een arts vermeldde de mogelijkheid van een huisdier als therapie. Deze optie staat ook beschreven in de NICE-richtlijn[31] en werd daarom toegevoegd. De GRADE[25-27] die werd toegekend kan u met argumentatie en referenties terugvinden in bijlage 3.

Aanbeveling 5: 'Opleiding verzorgend personeel in zorgcentra om te anticiperen op gedragsstoornissen en er mee om te kunnen gaan. Om medicatie te kunnen toedienen en de nevenwerkingen te kennen.'
Deze aanbeveling blijft ongewijzigd, en kreeg tevens de hoogste score van alle niet-medicamenteuze therapieën.

Ten slotte werd er in onderling overleg nog een aanbeveling toegevoegd:
Aanbeveling 6: 'Programma's met lichaamsbeweging voor de patiënt in de thuisomgeving of instelling.'

Deze aanbeveling werd uiteindelijk toch toegevoegd omdat er in de literatuur ook effecten beschreven zijn van lichaamsbeweging op gedragssymptomen. Bovendien staat deze aanbeveling ook beschreven in het KCE-rapport[32]. De toekenning van een GRADE[25-27] met argumentatie en referenties is terug te vinden in bijlage 3.

Klinische vraag: Wat is de medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen bij een patiënt met dementie?

Aanbeveling 7: 'Psychofarmaca mogen alleen gebruikt worden in lage dosis en gedurende korte tijd ~~(max. 6 weken)~~. 's Avonds kan de dosis hoger zijn, omdat rusteloosheid 's nachts ***niet aangewezen*** is. ***Hierbij is het belangrijk de therapie regelmatig te herevalueren en indien mogelijk af te bouwen of te stoppen'.***

Gezien de opmerkingen over deze aanbeveling vooral gingen over de duur (max. 6 weken), hebben wij besloten deze te schrappen. Enerzijds dus op basis van de opmerkingen tijdens de seminaries en LOK-vergaderingen; anderzijds ook omdat we in de literatuur geen evidentie hebben gevonden over deze termijn. Omdat veelvuldig vermeld werd dat een medicamenteuze behandeling regelmatig geherevalueerd moet worden, hebben we dit aan de aanbeveling toegevoegd. De NICE-richtlijn[31] vermeldt een therapieduur van 12 weken voor antipsychotica, waarna een herevaluatie volgt. De Franse richtlijn van HAS[30] stelt dat elke medicamenteuze therapie kortdurend moet zijn, behalve een therapie met antidepressiva. De duur van deze therapie staat echter niet beschreven.
Het woord 'schadelijk' werd vervangen door 'niet aangewezen' omdat dit ons een meer correcte verwoording leek.

Aanbeveling 8: 'Bij de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie ***kunnen*** antidepressiva worden geprobeerd wanneer een depressie of angststoornis wordt vermoed. Rusteloosheid en agressie kunnen worden veroorzaakt door angst, waarbij antidepressiva doeltreffend zijn.'

Het woordje 'moeten' in de oorspronkelijke Duodecim-richtlijn[10] is hier vervangen door 'kunnen' omwille van de juistere formulering. De opmerking over welke antidepressiva voorgeschreven kunnen worden, komt later in de richtlijn nog aan bod bij 'follow-up van de therapie'.

Aanbeveling 9: ‘Als andere behandelingsmaatregelen geen resultaat opleveren, kunnen atypische antipsychotica worden voorgeschreven. Het eerste keuzepreparaat is risperidon, het enige geneesmiddel met een specifieke licentie voor de behandeling van gedragssymptomen bij dementie. De respons is individueel en om het beste effect te bereiken, kan het nuttig zijn verschillende geneesmiddelen te testen. Als een snelle reactie vereist is in noodsituaties, kan ook ~~parenteraal~~ haloperidol intramusculair of intraveneus worden toegediend in een lage dosis (2.5-5 mg). ***Hierbij gaat de voorkeur uit naar intramusculaire toediening, omdat dit veiliger is.***

De laatste zin is hier toegevoegd, op basis van de opmerkingen van de huisartsen over de intraveneuze toediening van haloperidol (zie boven) en de NICE-richtlijn die ook stelt dat intramusculaire toediening de voorkeur heeft boven intraveneuze toediening, juist omdat dit veiliger is[31].

Aanbeveling 10: ‘Benzodiazepines met een intermediaire werkingsduur, zoals oxazepam, ***kunnen kortdurend gebruikt worden’***

Deze aanbeveling scoorde het slechtst van alle aanbevelingen omtrent medicamenteuze therapie. Dit deels omdat het ‘continu’ gebruik tegenstrijdig leek met aanbeveling 5 die stelt dat je kortdurend moet behandelen. Daarom hebben we dit woord geschrapt uit de aanbeveling en vervangen door het woord ‘kortdurend’.

Deze stelling werd door de haio’s in de “toepasbaar/niet toepasbaar’ groep opvallend hoger gescoord dan de niet-haio’s in die groep. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat door gebrek aan ervaring over benzodiazepinegebruik bij de haio’s, zij minder kritisch tegenover deze stelling stonden.

Aanbeveling 11: ‘Donepezil, rivastigmine, galantamine en memantine ***kunnen ook een positief effect hebben*** op gedragssymptomen. ***Verwijs indien nodig door naar de tweede lijn voor opstart van deze therapie.’***

Ook hier hadden de huisartsen opmerkingen over de formulering van de aanbeveling. Daarom werd de directe formulering ‘hebben ook een effect’ vervangen door ‘kunnen ook een positief effect hebben’.

Veel huisartsen ervaren ook een drempel om zelf deze therapie voor te schrijven en vinden de tweede lijn (neurologen of geriaters) meer geschikt hiervoor. In België is deze medicatie bovendien enkel terugbetaald indien ze voorgeschreven is door een specialist. Daarom werd de mogelijkheid van verwijzing naar tweede lijn toegevoegd.

Het laatste deel van de richtlijn ‘follow-up van de therapie’ blijft ongewijzigd.

Algemeen kunnen we concluderen dat huisartsen eerder wel bereid zijn de aanbevelingen in de praktijk toe te passen. Ze scoorden positief op de meerderheid van de stellingen, zowel in de ‘eens/oneens’ groep als in de ‘toepasbaar/niet toepasbaar’ groep. Aanvankelijk dachten we dat de formulering ‘eens/oneens’ gelijkgesteld zou kunnen worden aan de formulering ‘toepasbaar/niet toepasbaar’. Toch zien we in de algemene resultaten dat de stellingen in de ‘eens/oneens’ opstelling hoger scoorden dan de stellingen in de ‘toepasbaar/niet toepasbaar’ opstelling. Huisartsen bleken het sneller eens te zijn op een stelling dan dat ze de stelling

toepasbaar vonden. De interpretatie van ‘eens/oneens’ is dus anders dan ‘toepasbaar/niet toepasbaar’.

Ook de steekkaart vonden ze een handige tool voor gebruik in de praktijk. De meeste opmerkingen werden hier gemaakt bij het medicamenteus beleid. De artsen wilden vooral meer concrete informatie, zoals dosering van medicatie en de nevenwerkingen ervan. De volledige aangepaste steekkaart kan u terugvinden in bijlage 7.

5. Geadapteerde Duodecim-richtlijn

Hieronder vindt u de geadapteerde Duodecim-richtlijn. Alle veranderingen ten opzichte van de oorspronkelijke richtlijn staan in rood.

~~**Behandeling van geheugenziekten**~~

Aanpak van de patiënt met dementie

Ondersteuning van patiënten in de ambulante zorg

- Patiënten met dementie, zelfs als ze alleen wonen, kunnen worden ondersteund door thuiszorg of een dementie zorgcoördinator . (**GRADE 2C**)
- Regelmatige bezoeken aan de consultatie of huisbezoeken, bijvoorbeeld om de drie maanden, zouden helpen om problemen te herkennen als ze optreden.
- Plan eventueel een bezoek van een verpleegkundige en andere thuiszorgdiensten.
- Het kan zinvol zijn erop toe te zien dat de nodige papieren die nodig zijn voor de sociale uitkeringen en medische vergoedingen in orde zijn.
- Lokale poliklinische geheugenraadplegingen kunnen follow-up voorzien ten minste voor die patiënten die intensieve ondersteuning nodig hebben. Ze dienen ook als overlegcentra voor zorg. (**GRADE 2C**)
- Een voorlopig bewindvoerder kan worden aangesteld voor de patiënt indien het anders onmogelijk is om financiële en andere praktische zaken te regelen.

Ondersteuning van de mantelzorgers in de ambulante zorg

- Het is belangrijk om de mantelzorger via verschillende wegen voldoende frequent en op lange termijn ondersteuning te bieden. (**GRADE 1C)**
- Maak de mantelzorger beter opgewassen tegen allerhande problemen die voorkomen bij de thuiszorg met behulp van ergotherapie. (**GRADE 1B)**
- Geef informatie over de lokale verenigingen voor patiënten met dementie en voor hun verzorgenden.
- Dagverblijven en clubs voor mensen met geheugenstoornissen hebben bewezen heilzaam te zijn en ze geven de mantelzorgers ook vrije tijd.
- Plan korte termijn zorg of zorg overdag volgens de behoeften van het gezinslid dat verantwoordelijk is voor de thuiszorg. (**GRADE 2C)**

Overdracht van de patiënt in de thuiszorg naar een instelling

- Het besluit om de patiënt te laten opnemen moet worden genomen als er risicofactoren zijn die niet kunnen worden aangepakt zelfs met frequente bezoeken van de thuiszorg. Het is aangewezen volgende factoren na te vragen, gezien deze de meest voorkomende redenen voor permanente institutionalisering zijn:
    - gedragsstoornis: agressie in het bijzonder (de meest voorkomende oorzaak)
    - stress of ziekte van de verzorger
    - verlies van motorische functies
    - verlies van de activiteiten van het dagelijks leven (toiletbezoek, wassen)
    - incontinentie
    - onvermogen om familieleden en woonomgeving te herkennen
    - rusteloosheid 's nachts.

      (GRADE 1C)

      Korte toelichting: door het gebrek aan inzicht in de eigen aandoening, willen mensen met ~~geheugenstoornissen~~ dementie vaak thuis blijven in hun eigen huis, zelfs als de voorwaarden ervoor niet meer aanwezig zijn. Wanneer een familielid wenst te stoppen met thuiszorg, moeten de redenen voor zijn / haar bedoeling worden besproken. Als deze redenen niet kunnen worden overwonnen, moet langdurige institutionele behandeling worden geregeld. Een verzorger met kennis van de beschikbare ondersteuning (en ervaring in het gebruik van de beschikbare diensten) is de beste expert wanneer de mogelijkheid van continue thuiszorg wordt geëvalueerd.

- Dagelijkse bezoeken door een verpleegkundige en nachtelijke controle verlengen de periode van thuisbehandeling bij een patiënt die alleen woont. (**GRADE 1C)** Elektronisch toezicht wordt gebruikt in sommige gevallen. Een persoon met dementie is niet in staat om een persoonsalarmapparaat correct te gebruiken. (Echter in het beginstadium van het dementieproces kan het nog wel mogelijk zijn om zo een persoonsalarmapparaat correct te gebruiken.) (**GRADE 2C)** Accidenteel brandstichten, verdwalen en vallen zijn grote gevaren. (**GRADE 1C)**
  ~~Wanneer de ziekte vordert, is een tehuis voor mensen met dementie, een tehuis voor bejaarden of een wooneenheid die rond de klok toezicht aanbiedt, de beste oplossing~~.

Factoren die de symptomen van dementie verergeren

- Factoren die de functionele capaciteit van de patiënt aantasten, worden bepaald en zo mogelijk verwijderd. Te vermijden zaken zijn:
    - Vreemde plaatsen (alleen reizen met een vertrouwde persoon) en vreemde personen
    - Psychosociale factoren (alleen zijn voor een langere tijd, geen passende dagbesteding/dagstructuur, gebrek aan beweging)
    - Te veel prikkels (bijvoorbeeld te lang in omgeving met te veel vreemde mensen)
    - Duisternis (aangepaste verlichting ook 's nachts)
    - Alle infecties (urine-infectie is de meest voorkomende)
    - Operaties en anesthesie: alleen wanneer onvermijdelijk (spinale anesthesie is niet per definitie veiliger dan narcose

- Warm weer (hitte, vochtverlies)
- Polymedicatie
- Kenmerken van de mantelzorger (ongeduld, overbelasting, soms relationele problemen) en een verstoorde interactie met de patiënt
- Pijn
  (**GRADE 1C)**

Niet medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen

- De behandeling van gedragssymptomen is in de eerste plaats niet-medicamenteus
- Zoektocht naar en behandelen van factoren die problematisch gedrag kunnen uitlokken zoals:
  - Infectie
  - Pijn (**GRADE 1C**)
  - Onveiligheidsgevoel
  - Medicatie
  - Omgevingsfactoren
  - Psychosociale factoren

  tezamen met een passend respectvol gedrag ten opzichte van de patiënt
- Gecombineerde psycho-educatieve/psychosociale interventies voor de patiënt (zoals gedragsinterventies en cognitieve stimulatie) en zijn mantelzorgers (zoals cognitieve gedragstherapie, telefonisch advies of via internet, adviessessies) (**GRADE 1B)**
- Interventies aangepast aan de voorkeuren, vaardigheden en mogelijkheden van de patiënt : (**GRADE 2C)**
  - Muziektherapie
  - Massage
  - Aromatherapie
  - Lichttherapie
  - Diergeassisteerde therapie
- Opleiding verzorgend personeel in zorgcentra om te anticiperen op gedragsstoornissen en er mee om te kunnen gaan. Om medicatie te kunnen toedienen en de nevenwerkingen te kennen. (**GRADE 1B)**
- Programma's met lichaamsbeweging in de thuisomgeving of instelling. (**GRADE 1C)**

Medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen

- Psychofarmaca mogen alleen worden gebruikt in lage dosis en gedurende korte tijd ~~(minder dan 6 weken~~). 's Avonds kan de dosis hoger zijn, omdat rusteloosheid 's nachts niet aangewezen is. Hierbij is het belangrijk de therapie regelmatig te herevalueren en indien mogelijk af te bouwen of te stoppen.

- Bij de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie kunnen antidepressiva worden geprobeerd wanneer een depressie of angststoornis wordt vermoed. Rusteloosheid en agressie kunnen worden veroorzaakt door angst, waarbij antidepressiva doeltreffend zijn. (**GRADE 2C)**

- Als andere behandelingsmaatregelen geen resultaat opleveren, kunnen atypische antipsychotica worden voorgeschreven**.** (**GRADE 2A)** Het eerste keuzepreparaat is risperidon (**GRADE 2A)**, het enige geneesmiddel met een specifieke licentie voor de behandeling van gedragssymptomen bij dementie. De respons is individueel en om het

beste effect te bereiken kan het nuttig zijn verschillende geneesmiddelen te testen. Als een reactie vereist is in noodsituaties, kan ook ~~parenteraal~~ haloperidol ofwel intraveneus of intramusculair worden toegediend in een lage dosis (2,5-5 mg).(**GRADE 2C**) Hierbij gaat de voorkeur uit naar intramusculaire toediening, omdat dit veiliger is.

- Benzodiazepines met een intermediaire werkingsduur, zoals oxazepam, kunnen kortdurend gebruikt worden. (**GRADE 2C)**

- Donepezil, rivastigmine, galantamine en memantine kunnen ook een positief effect hebben op de gedragssymptomen. (**GRADE 2B)** Verwijs indien nodig door naar de tweede lijn voor opstart van deze therapie.

Follow up van de therapie

- Benzodiazepines (**GRADE 2C)**

  - Oxazepam 7,5-30 mg voor de nacht, ook tijdens de dag als dat nodig is.
  - Temazepam 10-30 mg voor de nacht, indien nodig; voor de behandeling van angst, ook 5-10 mg gedurende de dag; snel effect.

- Antipsychotica:

  - Risperidon voor agressie en psychotische symptomen 0,25-0,5 mg tweemaal per dag (**GRADE 2A)**
  - Quetiapine 12,5-25 mg × 1 → 25 mg × 2, in het bijzonder voor patiënten bij wie risperidon nadelige effecten veroorzaakt (zoals patiënten bij wie de ziekte eigenschappen heeft van Lewy body ziekte) (**GRADE 2A)**
  - Haloperidol voor agressie, angst en rusteloosheid 0,25-0,5 mg × 2 tot 3 per dag: doeltreffend bij agressie, maar extrapiramidale bijwerkingen komen vaak voor . (**GRADE 2C)**

- Antidepressiva (**GRADE 2C)**

  - Citalopram 10-20 mg of escitalopram 5-10 mg eenmaal daags (activerend)
  - Sertraline 25-50 mg × 1
  - Mirtazapine 7.5-15-30 mg × 1 in de avond (sederend)

- Anticholinesterases en memantine (**GRADE 2B)**

  - Eventueel in kleine doses voor gedragssymptomen bijvoorbeeld bij geïnstitutionaliseerde patiënten bij wie medicatie voor de ziekte van Alzheimer reeds eerder gestopt zijn.

De behandeling van slapeloosheid (**GRADE 2C)**

- Voor verstoring van het circadiaans ritme bij patiënten met dementie kan lichttherapie in de ochtend, in combinatie met melatonine 2-6 mg voor de nacht worden geprobeerd.
- Temazepam en benzodiazepine-achtige slaapgeneesmiddelen (zaleplon, zolpidem, zopiclon) kunnen worden gebruikt voor korte periodes.

6. Besluit

Mits enkele aanpassingen bleken de aanbevelingen van Duodecim omtrent de behandeling van gedragssymptomen bij een patiënt met dementie wetenschappelijk correct en toepasbaar in de Belgische huisartsenpraktijk.

De belangrijkste aanpassingen waren er omtrent de niet-medicamenteuze therapie. Deze werd slechts zeer beperkt beschreven in de Duodecim-richtlijn. Bijgevolg werden hier een aantal essentiële aanbevelingen toegevoegd.

Uit de peer review bleek dat de huisartsen met heel wat vragen kampten omtrent de medicamenteuze therapie. Door druk vanuit de verpleging en mantelzorgers en het gebrek aan kennis wordt te vaak medicatie voorgeschreven, die vervolgens ook te lang wordt toegediend. Meer ervaring en een groter vertrouwen kan de zorg voor een patiënt met dementie en gedragssymptomen optimaliseren. Hier kan deze richtlijn met de steekkaart helpen. Ook moet er aandacht gaan naar het belang van bijscholingen, infosessies en overleg met de tweede lijn omtrent dit onderwerp.

De steekkaart met de voornaamste aanbevelingen werd positief onthaald door de huisartsen. Ze ervaren dit als een hulpmiddel in de zorg voor de patiënt met dementie, maar wensten dan wel een concretere formulering van de aanbevelingen.

Verder onderzoek over de behandeling van gedragssymptomen bij een patiënt met dementie is zeker nodig om de aanbevelingen te optimaliseren.

7. Referenties

1. World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia. Alzheimer's Disease International (online). http://www.alz.co.uk/research/world-report.
2. Lawlor B. Managing behavioural and psychological symptoms in dementia. Br J Psychiatry. 2002 Dec;181:463-5.
3. Howard R, Ballard C, O'Brien J, Burns A. Guidelines for the management of agitation in dementia. International Journal of Psychiatry 2001;16(7):714–7.
4. Zuidema S, Koopmans R, Verhey F. Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. Journal of Psychiatry and Neurology 2007;20(1):41–9.
5. Coen RF, Swanwick GR, O'Boyle CA, Coakley D. Behaviour disturbance and other predictors of carer burden in Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry. 1997;12(3):331-336.
6. Kaufer DI, Cummings JL, Christine D, et al. Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: the neuropsychiatric inventory caregiver distress scale. J Am Geriatr Soc.1998;46(2):210-215.
7. O'Donnell BF, Drachman DA, Barnes HJ, Peterson KE, Swearer JM, Lew RA. Incontinence and troublesome behaviors predict institutionalization in dementia. J Geriatr Psychiatry Neurol.1992;5(1):45-52.
8. Steele C, Rovner B, Chase GA, Folstein M. Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. Am J Psychiatry. 1990;147(8):1049-1051.
9. Murman DL, Chen Q, Powell MC, Kuo SB, Bradley CJ, Colenda CC. The incremental direct costs associated with behavioral symptoms in AD. Neurology. 2002;59(11):1721-1729.
10. Sulkava Raimo. Behandeling van geheugenziekten. Duodecim Medical Publications 2009. Beschikbaar via: https://www.ebmpracticenet.be//nl/Paginas/default.aspx?ebmid=ebm00758&sn=09f5fd4c-cfa6-4ca5-b21d-05d95f9e305a/5a742e4e-28ec-4862-8c13-de0f0946ca41. Geraadpleegd 2015 maart 15.
11. Delvaux N, Van de Velde S, Philips H, Van Royen P, Vanschoenbeek J, Goossens M. 'Adaptatie Duodecim Richtlijnen': Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op EBMPracticeNet.be. Versie 3. Juli 2013.
12. The Adapte Collaboration (2009). The Adapte Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. Available from http://www.g-i-n.net. Geraadpleegd 2014 januari 16.
13. Guidelines International Network (G-I-N) 2002. Beschikbaar via: www.g-i-n.net. Geraadpleegd 2013 december 20.
14. National Guideline Clearinghouse (NGC). Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), U.S. Department of Health and Human Services. Beschikbaar via: www.guideline.gov. Geraadpleegd 2013 december 20.
15. NHS guideline finder. National Institute for Health and Care Excellence. Beschikbaar via: www.evidence.nhs.uk. Geraadpleegd 2014 januari 18.
16. Trip Database 1997. Beschikbaar via: http://www.tripdatabase.com/. Geraadpleegd 2014 januari 25.
17. Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) 2011. Beschikbaar via: www.kce.fgov.be. Geraadpleegd 2014 januari 25.

18. Hoge Gezondheidsraad. Beschikbaar via: www.hgr-css.be. Geraadpleegd 2014 februari 1.
19. Minerva. Tijdschrift voor Evidence-Based Medicine. Beschikbaar via: http://www.minerva-ebm.be/nl/home.asp. Geraadpleegd 2014 februari 1.
20. Farmaka. Onafhankelijk centrum voor geneesmiddeleninformatie. Beschikbaar via: www.farmaka.be. Geraadpleegd 2014 februari 1.
21. Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Beschikbaar via: www.riziv.fgov.be. Geraadpleegd 2014 februari 1.
22. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI). Beschikbaar via: www.bcfi.be. Geraadpleegd 2014 februari 1.
23. Federale Overheidsdienst Gezondheidszorg. Beschikbaar via: http://www.health.belgium.be/eportal/index.htm. Geraadpleegd op 1 februari 2014.
24. The AGREE Next Steps Consortium. AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. 2009. Beschikbaar via: http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii-translations. Geraadpleegd 2014 maart 23.
25. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, for the GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008;336:924-926.
26. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ; GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations: What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? BMJ. 2008 May 3;336(7651):995-8.
27. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, Schünemann HJ; GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations: Going from evidence to recommendations. BMJ. 2008 May 10;336(7652):1049-51.
28. The Cochrane library. Beschikbaar via: www.cochrane.org. Geraadpleegd 2015 februari 26.
29. MEDLINE. Beschikbaar via: www.pubmed.com. Geraadpleegd 2015 maart 29.
30. Benoît M. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. HAS 2009. Beschikbaar via: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf. Geraadpleegd 2015 februari 26.
31. Fairbairn A, et al. For the National Collaborating Centre for Menthal Health. Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NICE 2006. Beschikbaar via: http://www.nice.org.uk/guidance/cg42/evidence/cg42-dementia-full-guideline-including-appendices-172. Geraadpleegd 20 februari 2015.
32. Michel Kroes, Sjokvist.Garcia-Stewart, Felicity Allen, et al. Dementie: welke niet-farmacologische interventies?. KCE 2011. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_160a_dementie.pdf. Geraadpleegd 2015 februari 15.
33. Moll van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen MJFJ, et al. NHG-Standaard Dementie. NHG 2012. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-dementie. Geraadpleegd 2015 februari 20.
34. Nagaendran K, et al. Dementia. MOH Clinical Practice Guidelines 2013. Beschikbaar via: https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/20

13/Dementia/Dementia%2010%20Jul%202013%20-%20Booklet.pdf. Geraadpleegd 2014 maart 15.
35. American Medical Directors Association (AMDA). Dementia in the long term care setting. Columbia (MD): American Medical Directors Association (AMDA) 2012. Beschikbaar via: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=45525. Geraadpleegd 2013 december 20.
36. Qualidem. Beschikbaar via: http://gbiomed.kuleuven.be/english/research/50000687/50000695/qualidem/qualidem-report-2005. Geraadpleegd 2015 maart 29.
37. Connelly P, et al. Management of patients with dementia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Guideline No. 86. Beschikbaar via: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign86.pdf. Geraadpleegd 2013 januari 25.
38. Alzheimer COoperative Valuation in Europe (ALCOVE). Alcove Recommendations 2013. Beschikbaar via: http://www.alcove-project.eu/images/alcove-recommendations.pdf. Geraadpleegd 2015 maart 29.

8. Bijlagen

Bijlage 1: Stap 2: Zoektocht naar relevante richtlijnen
Bijlage 2: Stap 6: Nazicht door leescommissie
Bijlage 3: Stap 7: GRADE-proces
Bijlage 4: Stap 8: Peer review- stellingen met Likert-schaal in de ‘eens/oneens’ opstelling
Bijlage 5: Stap 8: Peer review- stellingen met Likert-schaal in de ‘toepasbaar/niet toepasbaar’ opstelling
Bijlage 6a: Stap 8: Peer review- diagrammen niet-medicamenteus
Bijlage 6b: Stap 8: Peer review- diagrammen medicamenteus
Bijlage 7: Stap 9: Implementatie- steekkaart

Bijlage 1. Stap 2: Zoektocht naar relevante richtlijnen en Belgische EBM-informatie

Geconsulteerde databank	Zoektermen	Aantal hits	Commentaar (korte toelichting bij ruwe selectie)	Datum
G-I-N	Dementia	90	83 uitgesloten obv geen richtlijn, publicatiedatum, taal, titel niet over behandeling geheugenziekten	20-dec-13
Guideline.gov	Dementia, behavioural symptoms	82	79 uitgelsloten obv publicatiedatum, taal, handelt niet over behandeling dementie, geen dementie in titel	20-dec-13
Evidence.nhs.uk	Dementia (filters 'last 3 years' en 'guidelines')	211	210 uitgesloten obv geen dementie in titel, handelt niet over behandeling van dementie	18-jan-14
Trip Database	Dementia (filters 'tussen 2009 en 2014' en guidelines en 'dementia in titel')	54	47 uitgesloten obv handelt niet over behandeling dementie, link werkt niet meer	25-jan-14
KCE	Dementia (filter 'KCE reports')	10	8 uitgesloten obv publicatiedatum, handelt niet over dementie	25-jan-14
HGR-CSS	Dementie	15	Allemaal uitgesloten: handelen niet over dementie	1-feb-14
Minerva	Dementie	77	71 uitgesloten obv publicatiedatum, handelt niet over gedragssymptomen dementie	1-feb-14
Farmaka	Geen (geen zoekfunctie op site?)	1	1 relevant resultaat: transparantiefiche dementie	1-feb-14
Riziv	Geen	1	1 relevant resultaat: transparantiefiche dementie	1-feb-14
Bcfi	Dementie, gedragssymptomen	1	1 relevant resultaat: transparantiefiche dementie	1-feb-14
FOD Volksgezondheid	Dementie	0		1-feb-14

Internationale richtlijnen

Gevonden richtlijnen (13)	Weerhouden richtlijnen na selectie obv publicatiedatum, inhoud, beschikbaarheid	Richtlijnen overgebleven na AGREE
Dementia (MOH, Singapore) 2013	X	Uitgesloten wegens: geen methodologie beschikbaar, geen implementatiehoofdst-uk, geen info onafhankelijkheid opstellers
Dementia (NICE) 2006, last modified 2012	X	X
Dementia, which non-farmacological interventions (KCE) 2011	X	X
Dementia (NHG) 2012	X	X
Maladie d'alzheimer et maladies apparentées: prise en charge des troubles du	X	X

comportement pertubateurs (HAS) 2009		
Dementia in the longterm care setting (AMDA) 2012	Uitgesloten: geen volledige tekst beschikbaar	
Management of dementia, 2nd ed. (CPC, Malaysia) 2009	Uitgesloten: komt grotendeels overeen met richtlijn van MOH	
Dementia: diagnosis and treatment (NGC, Italy) 2012	Uitgesloten: geeft geen antwoord op klinische vragen	
EFNS guidelines for the diagnosis and treatment of alzheimer's disease (Eur J Neurol) 2010	Uitgesloten: meer artikel dan richtlijn	
Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4) 2013	Uitgesloten: meer artikel dan richtlijn, geeft geen antwoord op klinische vragen	
Practice guideline for the treatment of patients with AD en other dementias (Amercian Psychiatrics Association) 2013	Uitgesloten: gepubliceerd in 2007	
World alzheimer report 2011	Uitgesloten: geeft geen antwoord op klinische vragen	
Medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies voor de ziekte van Alzheimer, een rapid assessment (KCE)	Uitgesloten: geen extra bruikbare informatie tov het KCE-rapport: 'Dementie, welke niet-farmacologische interventies?'	

Belgische EBM-informatie

- Niet-farmacologische aanpak bij de ziekte van Alzheimer en daaraan gerelateerde problemen
  Minerva 2013; 12(3): 34-35
- Niet-medicamenteuze aanpak van psychische problemen en probleemgedrag bij dementie in de thuiszorg
  De Jonghe M. - Minerva 2014 13(1):6-7
- Antipsychotica bij dementie
  Chevalier P. - Minerva 2009 8(3):39-39
- Zijn antidepressiva zinvol bij patiënten met dementie en depressie?
  Chevalier P. - Minerva Online 2011-10-28
- Antipsychotica stoppen bij ouderen met dementie
  Michiels B. - Minerva Online 2014-05-15
- Persoonsgeoriënteerde zorg en 'dementia care mapping': is er winst op het vlak van gedragsproblematiek en levenskwaliteit?
  Schoenmakers B. - Minerva 2011 10(3):34-35
- Transparantiefiche dementie 2008 met updates tot 2013

Bijlage 2: Stap 6: Nazicht door leescommissie

Feedback stappen 1 t/m 5 adaptatie Duodecim-aanbevelingen ikv MANAMA-thesis jaar 1 - fase 1			
Titel Duodecim-richtlijn: Treatment of Memory Diseases			
Naam haio: Akkermans Inne			
Naam lid leescomité: Paul Van Royen			
Vragen			
Stap 1	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Zijn de klinische vragen concreet (duidelijk afgelijnd)?	Nee	bij vraag 3 zou de transfer naar institutionele zorg moeten betrokken worden als outcome	aanpassen van vraag- bvb welke randvoorwaarden zijn nodig voor ambulante behandeling en wanneer is transfer dan noodzakelijk ?
Kunnen er klinische vragen geschrapt worden?	Nee		
Zijn alle klinische vragen uit de Duodecim-richtlijn opgelijst?	Ja		
Stap 2	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Werd in alle relevante internationale bronnen gezocht?	Ja		
Werd in alle relevante Belgische bronnen gezocht?			
Werden alle mogelijke trefwoorden in aanmerking genomen bij het zoeken naar richtlijnen?	Ja		
Zijn de richtlijnen waarmee vergeleken wordt up-to-date?	Ja		
Stap 3	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Worden de redenen van exclusie en inclusie van de richtlijn(en) voldoende* aangegeven?	Ja	AMDA richtlijn USA - niet goed aangegeven of ze uiteindelijk werd weerhouden of niet	nog te verduidelijken
Wordt in voldoende mate aangegeven in welke periode de auteurs van de richtlijn naar literatuur hebben gezocht?	Ja		
Stap 4.1 (enkel van toepassing voor screening door studenten)	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Is de AGREE II-procedure correct toegepast door ten minste 2 beoordelaars?	Ja		zeer goed uitgevoerd

Is bij negatieve scores voldoende duidelijk wat de majeure kritieken zijn?	Ja		
Stap 4.2-4.5			
4.2 inhoud van elke aanbeveling	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Zijn de geïnventariseerde antwoorden op de klinische vragen gericht op klinisch handelen (achtergrond-informatie hoeft niet in de tabel te staan)?	Ja		
Worden de niveaus van bewijskracht en/of grades of recommendation aangegeven en is het duidelijk welk classificatiesysteem er gebruikt wordt?	Ja	vaak ook niet vermeld binnen de gescreende richtlijn	
4.3 courantheid	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Is de geciteerde evidence als onderbouwing voor de aanbeveling(en) actueel genoeg?	Ja		
Zo niet, is er een quick search gebeurd naar recentere evidentie met hoog niveau van bewijskracht?	Ja		
Zo ja, worden deze referenties in het raster vermeld?	Ja		
4.4 samenhang	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Is de beoordeling van samenhang tussen zoekstrategie, evidence en aanbeveling goed uitgevoerd en helder geformuleerd?	Ja		
4.5 toepasbaarheid	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Is de conclusie correct mbt het al dan niet extrapoleerbaar zijn van de aanbeveling naar de Belgische zorgcontext?	Ja		
Stap 5	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Zijn de redenen voor adaptatie voldoende duidelijk?	Ja		
Is de conclusie tot het al dan niet adapteren van de aanbevelingen KLINISCH/METHODOLOGISCH correct?	Ja		
Werd voldoende vergeleken met Belgische informatie?	Ja		

Is de keuze van de richtlijn voor adaptatie van de aanbeveling gefundeerd?	Ja		
Eindoordeel	**Ja/Nee?**	**Reden**	**Feedback voor haio**
Het resultaat van fase 1 vormt een accurate basis voor de eventuele adaptatiefase, en wordt zonder aanpassingen goedgekeurd.	Ja		
Het resultaat van fase 1 vormt mits aanpassingen een accurate basis voor de eventuele adaptatiefase, maar wordt voorlopig nog niet goedgekeurd.			
Het resultaat van fase 1 voldoet niet (als basis voor de eventuele verdere adaptatiefase), en dient opnieuw te worden doorlopen.			
Advies mbt adaptatie	**Advies**	**Commentaar**	
Wat is uw advies met betrekking tot het al dan niet adapteren van deze Duodecim-richtlijn?	mineure adaptatie	vooral aanpassing rond de niet-medicamenteuze maatregelen omdat die in Duodecim minder beschreven staan	

* met voldoende bedoelen we dat het zoek- en selectietraject voldoende transparant werd weergegeven zodat een derde partij het kan reproduceren, en nagaan welke keuzes er werden gemaakt?

Bijlage 3: Stap 7: GRADE-proces

Niet-medicamenteuze therapie

Aanbeveling 1: De behandeling van gedragssymptomen is in de eerste plaats niet-medicamenteus.

Duodecim/NICE: geen GRADE bepaald.
NHG/KCE: niet vermeld als aanbeveling.

Over deze aanbeveling specifiek is er geen literatuur. Deze aanbeveling is overkoepelend voor alle niet-medicamenteuze behandelingen, en lijkt gebaseerd op consensus.

Aanbeveling 2: Zoektocht naar en behandelen van factoren die problematisch gedrag kunnen uitlokken zoals: infectie, pijn, onveiligheidsgevoel, medicatie, omgevingsfactoren en psychosociale factoren, tezamen met een passend respectvol gedrag ten opzichte van de patiënt.

Duodecim/NICE: geen grade bepaald.
NHG/KCE: niet vermeld als aanbeveling.

Ook deze aanbeveling lijkt 'experience based'.

Enkel over de behandeling van pijn ter vermindering van gedragssymptomen vind ik literatuur terug bij een zoektocht op MEDLINE met zoektermen 'dementia', 'behavioural symptoms', 'treatment', 'pain':

Pieper MJ1, van Dalen-Kok AH, Francke AL, van der Steen JT, Scherder EJ, Husebø BS, Achterberg WP. Interventions targeting pain or behaviour in dementia: a systematic review. Ageing Res Rev. 2013 Sep;12(4):1042-55. doi: 10.1016/j.arr.2013.05.002. Epub 2013 May 28.

- Systematische review van 16 studies, waarvan er 6 gaan over behandeling van pijn ter behandeling van gedragssymptomen
- Niet enkel RCT's maar ook cross-over studie, single case design, case reports…
- Kwaliteit van evidence dus eerder zwak

CONCLUSIE pijn ter behandeling van gedragssymptomen:

NIVEAU VAN BEWIJSKRACHT
Type of evidence: 1 systematische review
Downgraders:
Studie design: case reports, single case design ea. geïncludeerd
Consistentie: geen forest plot of betrouwbaarheidsintervallen beschikbaar, verschillende duur follow-up
Indirect bewijs: /
Precisie: kleine populatie
Publicatiebias: /

Upgraders:
Association: nvt

Dosisrespons: nvt
Confounding: nvt

Conclusie: GRADE C

GRAAD VAN AANBEVELING

- Lage kwaliteit van evidence
- Outcome: verbetering gedragssymptomen
- Balans voor-/nadelen: meer voordelen dan nadelen
- Waarden/voorkeuren populatie: verbetering QoL
- Kosten: kosteneffectief
- Toepasbaar: ja

Conclusie: GRADE 1

Aanbeveling 3 : gecombineerde psycho-educatieve/psychosociale interventies voor de patiënt (zoals gedragsinterventies en cognitieve stimulatie) en zijn mantelzorgers (adviessessies, telefonisch advies of via internet, cognitieve gedragstherapie)

Deze aanbeveling kreeg in het KCE-rapport een GRADE 1B.
Cognitieve stimulatie kreeg van NICE GRADE B.

Bijkomende zoektocht naar recentere literatuur (vanaf 2011) om te kijken of de GRADE identiek kon blijven (MEDLINE, zoektermen 'dementia', 'behavioural symptoms', 'treatment', 'non pharmocological'):

1. Gecombineerde psycho-educatieve interventies voor de patiënt:

1.Maci T, Pira FL, Quattrocchi G, Nuovo SD, Perciavalle V, Zappia M. Physical and cognitive stimulation in Alzheimer Disease. the GAIA Project: a pilot study.Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2012 Mar;27(2):107-13. doi: 10.1177/1533317512440493.

- RCT
- **Kleine populatie** (n=14)
- Geen sprake over blindering
- Outcome: positief effect van combinatie van interventies (cognitieve stimulatie, socialisatie en fysieke activiteit), maar niet van cognitieve stimulatie alleen → geen uitspraak te doen over de interventies apart (**indirect bewijs**)

2. Orgeta V,Qazi A, Spector AE,OrrellM. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art.No.: CD009125. DOI: 10.1002/14651858.CD009125.pub2.

- Systematische review van 6 RCT's (439 patiënten), waarvan er 5 groot of onzeker risico op bias hebben
- Populatie: patiënten met dementie en depressie/angst
- Psychologische interventies (counselling, CGT, interpersonele psychodynamische therapie) vergeleken met 'usual care'
- Outcome: reductie van angst en depressie

3.Waldorff FB, Buss DV, Eckermann A, Rasmussen ML, Keiding N, Rishøj S, Siersma V, Sørensen J, Sørensen LV, Vogel A, Waldemar G. Efficacy of psychosocial intervention in patients with mild Alzheimer's disease: the multicentre, rater blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). BMJ. 2012 Jul 17;345:e4693. doi: 10.1136/bmj.e4693.

- RCT van goede kwaliteit, met laag risico op bias
- N=330, patiënten met dementie
- Dubbelblind, gerandomiseerd, double centre
- Outcome: geen significant effect van psychosociale therapie (multifactorieel: counselling, educatie en telefonische ondersteuning) op gedragssymptomen ; wel klein effect op depressie.

4. Phung KT, Waldorff FB, Buss DV, Eckermann A, Keiding N, Rishøj S, Siersma V, Sørensen J, Søgaard R, Sørensen LV, Vogel A, Waldemar G. A three-year follow-up on the efficacy of psychosocial interventions for patients with mild dementia and their caregivers: the multicentre, rater-blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY).BMJ Open. 2013 Nov 21;3(11):e003584. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003584.

- RCT, zelfde studie als vorige, maar nu na 36 maanden follow-up
- Identieke conclusie

CONCLUSIE aanbeveling 3:

NIVEAU VAN BEWIJSKRACHT

Type of evidence: 3 RCT's en 1 systematische review

Downgraders:

Studie design: risico op bias (blindering)

Consistentie: heterogeniteit tussen de studies: verschillende definities van psychologische therapie, verschillende duur van interventie

Indirect bewijs: Ja, voor studie 1

Precisie: OK

Publicatiebias: Voor RCT betrokken in systematische review (2)

Upgraders:

Association: nvt

Dosisrespons: nvt

Confounding: nvt

Conclusie: GRADE B

GRAAD VAN AANBEVELING

- Hoge kwaliteit van evidence
- Outcome: verbetering gedragssymptomen
- Balans voor-/nadelen: meer voordelen dan nadelen
- Waarden/voorkeuren populatie: verbetering QoL
- Kosten: kosteneffectief

- Toepasbaar: ja

Conclusie: GRADE 1

2. Gecombineerde psycho-educatieve/psychosociale interventies voor de mantelzorger:

KCE gaf voor deze interventie **GRADE 1B**.

Geen nieuwe bruikbare literatuur vanaf 2011 gevonden.

Aanbeveling 4: Interventies aangepast aan de voorkeuren, vaardigheden en mogelijkheden van de patiënt (aromatherapie, massage, muziektherapie, lichttherapie, diergeassisteerde therapie)

1. Muziektherapie:

   Zowel de NICE-richtlijn en het KCE-rapport geven voor deze interventie een zwakke kwaliteit: GRADE C.

   Vink AC1, Zuidersma M, Boersma F,et al. The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomised controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry. 2013 Oct;28(10):1031-8. doi: 10.1002/gps.3924. Epub 2012 Dec 26.

   - RCT
   - 94 patiënten met eender welke vorm van dementie en gedragssymptomen (CMAI score > 44) → 77 overgebleven
   - Muziektherapie (2x/week gedurende 4 maanden) vergeleken met normale dagelijkse activiteiten
   - Outcome: verbetering CMAI schaal
   - **Geen perfecte blindering**
   - **Patiënten in controlegroep hadden ernstigere vorm van dementie**

Ueda T1, Suzukamo Y, Sato M, Izumi S. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. Ageing Res Rev. 2013 Mar;12(2):628-41. doi: 10.1016/j.arr.2013.02.003. Epub 2013 Mar 16.

- Systematische review en meta-analyse
- Inclusie van RCT's, CCT's, CT's en cohortstudies → lage kwaliteit!
- Geïncludeerde studies gebruiken verschillende uitkomstmaten (**heterogeniteit!**)
- Primaire outcomes: depressie/angst, gedragssymptomen

CONCLUSIE muziektherapie:

NIVEAU VAN BEWIJSKRACHT

Type of evidence: 1 RCT en 1 systematische review/meta-analyse
Downgraders:
Studie design: meta-analyse includeert ook CCT's, CT's en cohortstudies
Consistentie: heterogeniteit tussen de studies in de meta-analyse: verschillende uitkomstmaten
Indirect bewijs: /
Precisie: OK

Publicatiebias: /

Upgraders:
Association: :/
Dosisrespons: /
Confounding: /

Conclusie: GRADE C

<u>GRAAD VAN AANBEVELING</u>

- Overwegend lage kwaliteit van evidence
- Outcome: verbetering gedragssymptomen, gemeten via verschillende schalen
- Balans voor-/nadelen: onzeker
- Waarden/voorkeuren populatie: verbetering QoL/gedragssymptomen
- Kosten: niet kosteneffectief
- Toepasbaar: ja

Conclusie: GRADE 2

2. Aromatherapie:
   Het KCE-rapport geeft aan aromatherapie een zwakke kwaliteit → GRADE C.

   Bijkomende search naar recentere literatuur (vanaf 2011):

   Fung JK, Tsang HW, Chung RC. A systematic review of the use of aromatherapy in treatment of behavioral problems in dementia.Geriatr Gerontol Int. 2012 Jul;12(3):372-82. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00849.x. Epub 2012 Mar 21. Review.

   - Systematische review van 7 RCT's van lage kwaliteit (hoog risico op bias)
   - Toont geen effect aan van aromatherapie op gedragssymptomen

CONCLUSIE aromatherapie:

<u>NIVEAU VAN BEWIJSKRACHT</u>
Type of evidence: 1 systematische review
Downgraders:
Studie design: RCT's met hoog risico op bias (allocation concealment, incomplete outcome)
Consistentie: heterogeniteit tussen de verschillende studies
Indirect bewijs: /
Precisie: OK
Publicatiebias: Ja, voor aantal van de geïncludeerde RCT's (onvolledige rapportering resultaten)

Upgraders:
Association: nvt
Dosisrespons: nvt

Confounding: nvt

Conclusie: GRADE C

GRAAD VAN AANBEVELING

- **Lage kwaliteit van evidence**
- **Outcome: verbetering gedragssymptomen**
- **Balans voor-/nadelen: onzeker**
- **Waarden/voorkeuren populatie: verbetering QoL/gedragssymptomen**
- **Kosten: niet kosteneffectief**
- **Toepasbaar: ja**

Conclusie: GRADE 2

3. Massage
   Duodecim geeft voor deze interventie GRADE D.

   Voor de deze therapie zijn heel weinig studies beschikbaar. De enige bijkomende RCT gepubliceerd in de laatste 5 jaar is deze van Moyle et al.
   Moyle W, Cooke ML, Beattie E, Shum DH, O'Dwyer ST, Barrett S, Sung B.Foot massage and physiological stress in people with dementia: a randomized controlled trial.J Altern Complement Med. 2014 Apr;20(4):305-11. doi: 10.1089/acm.2013.0177. Epub 2013 Sep 18.

   - RCT
   - Outcome: bloeddruk en hartslag

   ➔ Studie niet bruikbaar

CONCLUSIE massage:

NIVEAU VAN BEWIJSKRACHT
Het gebrek aan bijkomende kwalitatieve studies: **GRADE C**

GRAAD VAN AANBEVELING

- Lage kwaliteit van evidence
- Outcome: verbetering gedragssymptomen
- Balans voor-/nadelen: onzeker
- Waarden/voorkeuren populatie: verbetering QoL/gedragssymptomen
- Kosten: niet kosteneffectief
- Toepasbaar: ja

Conclusie: **GRADE 2**

4. Lichttherapie

Ook voor deze therapie is de evidentie laag. NICE gaf voor deze therapie al een evidentieniveau ‘low’ (C).

Bijkomende search naar literatuur van de laatste 5 jaar op MEDLINE (‘dementia’, ‘behavioural symptoms’, ‘light therapy’):

Forbes D, Blake CM, Thiessen EJ, Peacock S, Hawranik P.Light therapy for improving cognition, activities of daily living, sleep, challenging behaviour, and psychiatric disturbances in dementia.Cochrane Database Syst Rev. 2014 Feb 26;2:CD003946. doi: 10.1002/14651858.CD003946.pub4. Review.

- Systematische review van 11 RCT’s van wisselende kwaliteit
- Outcome: gedragssymptomen

CONCLUSIE lichttherapie:

NIVEAU VAN BEWIJSKRACHT
Type of evidence: 1 systematische review
Downgraders:
Studie design: allemaal RCT’s, doch vaak fouten in blindering
Consistentie: Ok
Indirect bewijs: /
Precisie: OK
Publicatiebias: Ja, voor aantal van de geïncludeerde RCT’s (onvolledige rapportering resultaten)

Upgraders:
Association: nvt
Dosisrespons: nvt
Confounding: nvt

Conclusie: GRADE C

GRAAD VAN AANBEVELING

- Lage kwaliteit van evidence
- Outcome: verbetering gedragssymptomen
- Balans voor-/nadelen: onzeker
- Waarden/voorkeuren populatie: verbetering QoL/gedragssymptomen
- Kosten: niet kosteneffectief
- Toepasbaar: ja

Conclusie: GRADE 2

5. Diergeassisteerde therapie
   Geen GRADE in Duodecim, NICE, NHG en KCE

   Search naar literatuur:

Majić T1, Gutzmann H, Heinz A, Lang UE, Rapp MA. Animal-assisted therapy and agitation and depression in nursing home residents with dementia: a matched case-control trial. Am J Geriatr Psychiatry. 2013 Nov;21(11):1052-9. doi: 10.1016/j.jagp.2013.03.004. Epub 2013 Jul 3.

- RCT
- Outcome: verbetering/stagnering CMAI en MDAS schaal
- Kleine studiepopulatie (n=65)
- Geen duidelijke info over blindering en randomisatie
- Patiënten konden medicatie nemen + hoger antidepressiva gebruik in controlegroep

Nordgren L, Engström G. Effects of dog-assisted intervention on behavioural and psychological symptoms of dementia. Nurs Older People. 2014 Apr;26(3):31-8. doi: 10.7748/nop2014.03.26.3.31.e517.

- Geen full tekst beschikbaar

Nordgren L, Engström G. Effects of animal-assisted therapy on behavioral and/or psychological symptoms in dementia: a case report. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2012 Dec;27(8):625-32. doi: 10.1177/1533317512464117. Epub 2012 Oct 25.

- Case report: rapportering over effect bij 1 dame
- Outcomes: verbetering CAMI, MDDAS, QUALID, MMSE en ADL

CONCLUSIE diergeassisteerde therapie:

NIVEAU VAN BEWIJSKRACHT

Type of evidence: 1 RCT en 1 case report
Downgraders:
Studie design: case report/RCT met bias op blindering en randomisatie (selection bias)
Consistentie: Ok
Indirect bewijs: /
Precisie: kleine studiepopulatie
Publicatiebias: /

Upgraders:
Association: nvt
Dosisrespons: nvt
Confounding: nvt

Conclusie: GRADE C

GRAAD VAN AANBEVELING

- Lage kwaliteit van evidence
- Outcome: verbetering gedragssymptomen
- Balans voor-/nadelen: onzeker
- Waarden/voorkeuren populatie: verbetering QoL/gedragssymptomen

- Kosten: niet kosteneffectief
- Toepasbaar: Ja, in thuissituatie; mogelijks moeilijker in WZC

Conclusie: GRADE 2

Aanbeveling 5: Opleiding verzorgend personeel in zorgcentra om te anticiperen op gedragsstoornissen en er mee om te kunnen gaan. Om medicatie te kunnen toedienen en de nevenwerkingen te kennen.

Deze aanbeveling kreeg in het KCE-rapport **GRADE 1B**.
Geen bijkomende literatuur vanaf 2011 gevonden.

Aanbeveling 6: Programma's met lichaamsbeweging voor de patiënt in de thuisomgeving of instelling.

Deze aanbeveling kreeg van het KCE-rapport GRADE 1B, maar dit wees op een algemeen effect van lichaamsbeweging op zowel gedragssymptomen, ADL, gemoed en cognitie.

Duodecim gaf aan deze interventie een GRADE D.

Extra zoektocht naar literatuur vanaf 2009 op MEDLINE ('dementia', 'behavioural symptoms', 'treatment', 'exercise')

Forbes D, Thiessen EJ, Blake CM, Forbes SC, Forbes S. Exercise programs for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec 4;12:CD006489. doi: 10.1002/14651858.CD006489.pub3. Review.

- Systematische review
- Outcome: effect op gedragssymptomen, ADL en cognitie
- Geen effect op gedragssymptomen aangetoond
- 17 RCT's geïncludeerd, die allemaal hoog risico hebben op performance bias (blindering)

The effect of exercise on behavioural and psychological symptoms of dementia: the EVIDEM-E randomised controlled clinical trial. Lowery D, Cerga-Pashoja A, Iliffe S, Thuné-Boyle I, Griffin M, Lee J, Bailey A, Bhattacharya R, Warner J. Int J Geriatr Psychiatry. 2014 Aug;29(8):819-27. doi: 10.1002/gps.4062. Epub 2013 Dec 11.

- RCT
- Single blind
- Geen effect van fysieke activiteit op gedragssymptomen

CONCLUSIE lichaamsbeweging:

NIVEAU VAN BEWIJSKRACHT
Type of evidence: 1 RCT en 1 systematische review

Downgraders:

Studie design: Allen hebben risico op bias: blindering niet goed uitgevoerd
Consistentie: vaak verschillende uitkomstmaten
Indirect bewijs: /
Precisie: OK
Publicatiebias: /

Upgraders:
Association: nvt
Dosisrespons: nvt
Confounding: nvt

Conclusie: GRADE C

GRAAD VAN AANBEVELING

- Matige kwaliteit van evidence
- Outcome: verbetering gedragssymptomen
- Balans voor-/nadelen: meer voordelen dan nadelen, zeker in het kader van dementie het algemeen
- Waarden/voorkeuren populatie: verbetering QoL/gedragssymptomen
- Kosten: kosteneffectief
- Toepasbaar: Ja

Conclusie: GRADE 1

Medicamenteuze therapie

Aanbeveling 7: : Psychofarmaca mogen alleen gebruikt worden in lage dosis en gedurende korte tijd. 's Avonds kan de dosis hoger zijn, omdat rusteloosheid 's nachts niet aangewezen is. Hierbij is het belangrijk de therapie regelmatig te herevalueren en indien mogelijk af te bouwen of te stoppen.

Geen GRADE bepaald in Duodecim, NICE en NHG.

Literatuur specifiek over deze aanbeveling is er niet. Deze aanbeveling lijkt gebaseerd op consensus, en de ervaring dat bij hoge dosissen te veel nevenwerkingen optreden.

Aanbeveling 8: Bij de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie kunnen antidepressiva worden geprobeerd wanneer een depressie of angststoornis wordt vermoed. Rusteloosheid en agressie kunnen worden veroorzaakt door angst, waarbij antidepressiva doeltreffend zijn.

Duodecim gaf aan deze aanbeveling GRADE C.

Bijkomende zoektocht op MEDLINE met zoektermen 'dementia', 'behavioural symptoms' en 'antidepressants' vanaf 2009 gaf volgende resultaten:

Nelson JC, Devanand DP.A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled antidepressant studies in people with depression and dementia.J Am Geriatr Soc. 2011 Apr;59(4):577-85. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03355.x. Epub 2011 Mar 31. Review.

- Systematische review en meta-analyse van 7 RCT's
- 6 van de 7 RCT's minder dan 50 deelnemers (**lage power)**
- Grote **heterogeniteit** tussen de studies (verschillende uitkomstmaten, verschillende antidepressiva..)
- Grote betrouwbaarheidsintervallen, niet reproduceerbaar (**imprecisie**)

Henry G, Williamson D, Tampi RR. Efficacy and tolerability of antidepressants in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia, a literature review of evidence. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2011 May;26(3):169-83. doi: 10.1177/1533317511402051. Epub 2011 Mar 23. Review.

- Systematische review van 19 RCT's
- Kleine populatiegroepen –> **lage power**
- Geen weergave kwaliteit van de studies
- Verschillende types dementie, verschillende antidepressiva, verschillende uitkomstmaten → **heterogeniteit**

Banerjee S, Hellier J, Romeo R, et al. Study of the use of antidepressants for depression in dementia: the HTA-SADD trial--a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sertraline and mirtazapine. Health Technol Assess. 2013 Feb;17(7):1-166. doi: 10.3310/hta17070.

- RCT
- 326 patiënten gerandomiseerd in Mirtazapine, Sertraline of placebo groep
- Outcome: CSDD schaal (depressie)
- Antidepressiva niet effectief voor de behandeling van depressie bij dementie → enkel Sertraline en Mirtazapine getest (**probleem van directheid**)
- **Hoog aantal drop outs**

Porsteinsson AP, Drye LT, Pollock BG, et al. Effect of citalopram on agitation in Alzheimer disease: the CitAD randomized clinical trial. JAMA. 2014 Feb 19;311(7):682-91. doi: 10.1001/jama.2014.93.

- RCT: citalopram vs placebo
- 186 deelnemers
- Outcome: NBRS-A schaal (secundair: NPI)
- Positief effect van citalopram op agitatie

Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, et al. Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Feb 16;(2):CD008191. doi: 10.1002/14651858.CD008191.pub2. Review

- Systematische review van 9 RCT's van matige tot slechte kwaliteit (hoog risico op bias op meerdere domeinen)
- **Imprecisie**: resultaten vaak niet reproduceerbaar, grote betrouwbaarheidsintervallen
- **Hoog aantal drop outs**
- SSRI's zouden positief effect hebben op agitatie

CONCLUSIE aanbeveling 8:

NIVEAU VAN BEWIJSKRACHT
Type of evidence: 3 systematische reviews en 2 RCT's

Downgraders:
Studie design: matige tot zwakke kwaliteit
Consistentie: vaak verschillende uitkomstmaten, verschillende antidepressiva…
Indirect bewijs: Ja, voor RCT van Banerjee et al.
Precisie: vaak grote betrouwbaarheidsintervallen, vaak kleine studiepopulaties
Publicatiebias: /

Upgraders:
Association: /
Dosisrespons: /
Confounding: /

Conclusie: GRADE C

GRAAD VAN AANBEVELING

- Matige tot slechte kwaliteit van evidence
- Outcome: verbetering gedragssymptomen
- Balans voor-/nadelen: meer nadelen dan voordelen (nevenwerkingen)
- Waarden/voorkeuren populatie: verbetering QoL/gedragssymptomen
- Kosten: niet kosteneffectief
- Toepasbaar: Ja

Conclusie: GRADE 2

Aanbeveling 9: Als andere behandelingsmaatregelen geen resultaat opleveren, kunnen atypische antipsychotica worden voorgeschreven. Het eerste keuzepreparaat is risperidon, het enige geneesmiddel met een specifieke licentie voor de behandeling van gedragssymptomen bij dementie. De respons is individueel en om het beste effect te bereiken, kan het nuttig zijn verschillende geneesmiddelen te testen. Als een snelle reactie vereist is in noodsituaties, kan ook parenteraal haloperidol intramusculair of intraveneus worden toegediend in een lage dosis (2.5-5 mg). Hierbij gaat de voorkeur uit naar intramusculaire toediening, omdat dit veiliger is.

Duodecim gaf zowel voor de behandeling met antipsychotica als risperidon specifiek **GRADE A.**

Voor haloperidol gaf Duodecim **GRADE C**.

Bijkomende search op MEDLINE met zoektermen 'dementia', 'behavioural symptoms, 'antipsychotics' gaf volgende resultaten:

Ma H, Huang Y, Cong Z, et al The Efficacy and Safety of Atypical Antipsychotics for the Treatment of Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials.J Alzheimers Dis. 2014 Jul 2.

- Geen toegang tot volledige tekst

  ➔ De GRADE blijft daarom dezelfde, nl. A voor risperidon en C voor haloperidol.

GRAAD VAN AANBEVELING

- Outcome: verbetering gedragssymptomen
- Balans voor-/nadelen: onzeker (veel nevenwerkingen!)
- Waarden/voorkeuren populatie: verbetering QoL/gedragssymptomen
- Kosten: niet kosteneffectief
- Toepasbaar: Ja

Conclusie: GRADE 2 (voor de gehele aanbeveling). Dit vooral omdat antipsychotica veel nevenwerkingen hebben.

Aanbeveling 10: Benzodiazepines met een intermediaire werkingsduur, zoals oxazepam, kunnen kortdurend gebruikt worden.

Ook hier gaf Duodecim een GRADE C.

Een bijkomende zoektocht naar literatuur vanaf 2009 met zoektermen 'dementia', 'behavioural symptoms' en 'benzodiazepines' op MEDLINE gaf bijkomende resultaten:

Tampi RR, Tampi DJ. Efficacy and Tolerability of Benzodiazepines for the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2014 Mar 6.

- Systematische review die 5 RCT's includeert
- De 5 geïncludeerde RCT's testen allemaal verschillende benzo's en antipsychotica → niet vergelijkbaar + heterogeen
- Ook diagnose dementie wordt in de studies op verschillende wijze gesteld → **heterogeniteit!**
- In geen enkele RCT wordt met placebo vergeleken
- **Kleine studiepopulaties**

NIVEAU VAN BEWIJSKRACHT
Type of evidence: 1 RCT en 1 systematische review

Downgraders:
Studie design: Systematische review van RCT's van matige kwaliteit
Consistentie: Heterogeniteit
Indirect bewijs: geen vergelijking met placebo → zuiver effect op gedragssymptomen niet vast te stellen
Precisie: kleine studiepopulaties
Publicatiebias: /

Upgraders:
Association: /
Dosisrespons: /

Confounding: /

Conclusie: GRADE C

GRAAD VAN AANBEVELING

- Slechte kwaliteit van evidence
- Outcome: verbetering gedragssymptomen
- Balans voor-/nadelen: meer nadelen dan voordelen (nevenwerkingen!)
- Waarden/voorkeuren populatie: verbetering QoL/gedragssymptomen
- Kosten: niet kosteneffectief
- Toepasbaar: Ja

Conclusie: GRADE 2

Aanbeveling 11: Donepezil, rivastigmine, galantamine en memantine kunnen ook een positief effect hebben op gedragssymptomen. Verwijs indien nodig door naar de tweede lijn voor opstart van deze therapie.

NICE gaf aan deze aanbeveling evidentieniveau 'moderate' (B).
Duodecim gaf geen GRADE, maar de SIGN-richtlijn die door Duodecim als bron gebruikt wordt, gaf aan deze medicamenteuze therapieën ook een GRADE B.

Een korte bijkomende search naar literatuur vanaf 2009 op MEDLINE ('dementia', 'behavioural symptoms', 'cholinesterase inhibitors' 'donepezil'):

Rodda J, Morgan S, Walker Z. Are cholinesterase inhibitors effective in the management of the behavioral and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease? A systematic review of randomized, placebo-controlled trials of donepezil, rivastigmine and galantamine.Int Psychogeriatr. 2009 Oct;21(5):813-24. doi: 10.1017/S1041610209990354. Epub 2009 Jun 19. Review.

- Systematische review die 17 RCT's includeert
- Outcome: meerderheid van de studies hanteert de NPI-schaal
- Slechts 3 studies rapporteren een significant effect
- Geen weergave van de kwaliteit van de studies, vaak ook **kleine studiepopulatie**
- Deelnemers namen ook nog andere psychofarmaca (mogelijks ook effect op gedragssymptomen!)

Kavanagh S, Gaudig M, Van Baelen B, et al. Galantamine and behavior in Alzheimer disease: analysis of four trials.Acta Neurol Scand. 2011 Nov;124(5):302-8. doi: 10.1111/j.1600-0404.2011.01525.x. Epub 2011 May 26.

- Systematische review van 4 RCT's
- Geen weergave van de kwaliteit van de geïncludeerde RCT's
- Outcome: verbetering NPI-schaal
- Positief effect van galantamine op NPI-schaal (gedragssymptomen)

CONCLUSIE aanbeveling 11:

NIVEAU VAN BEWIJSKRACHT
Type of evidence: systematische reviews

Downgraders:
Studie design: systematische review
Consistentie: geen forest plots/betrouwbaarheidsintervallen beschikbaar
Indirect bewijs: /
Precisie: kleine studiepopulatie
Publicatiebias: /

Upgraders:
Association: nvt
Dosisrespons: nvt
Confounding: nvt

Conclusie: GRADE B

GRAAD VAN AANBEVELING

- Matige kwaliteit van evidence
- Outcome: verbetering gedragssymptomen
- Balans voor-/nadelen: onzeker
- Waarden/voorkeuren populatie: verbetering QoL/gedragssymptomen
- Kosten: niet kosteneffectief
- Toepasbaar: Ja

Conclusie: GRADE 2

Follow up van therapie

De GRADE is uiteraard identiek aan die van de aanbevelingen hierboven.

Van enkele therapieën was in de Duodecim-richtlijn geen GRADE vermeld:

1. Quetiapine 12,5-25 mg × 1 → 25 mg × 2, in het bijzonder voor patiënten bij wie risperidon nadelige effecten veroorzaakt (zoals patiënten bij wie de ziekte eigenschappen heeft van Lewy body ziekte)

   ➔ In de NICE kreeg Quetiapine **GRADE A.**

GRAAD VAN AANBEVELING

- Goede kwaliteit van evidence
- Outcome: verbetering gedragssymptomen
- Balans voor-/nadelen: onzeker –> veel nevenwerkingen!
- Waarden/voorkeuren populatie: verbetering QoL/gedragssymptomen
- Kosten: niet kosteneffectief

- Toepasbaar: Ja

Conclusie: GRADE 2

2. **Behandeling van slapeloosheid:**
   • Voor verstoring van het circadiaans ritme bij patiënten met dementie kan lichttherapie in de ochtend, in combinatie met melatonine 2-6 mg voor de nacht worden geprobeerd.

Er is weinig literatuur die de combinatie van lichttherapie met melatonine op slaapproblemen bij patiënten met dementie nagaat.

Een zoektocht op MEDLINE met zoektermen 'dementia', 'sleep disturbances', 'melatonine' en 'light therapy' leverde volgend resultaat:

Dowling GA, Burr RL, Van Someren EJ, Hubbard EM, Luxenberg JS, Mastick J, Cooper BA. Melatonin and bright-light treatment for rest-activity disruption in institutionalized patients with Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc. 2008 Feb;56(2):239-46. Epub 2007 Dec 7.

- RCT
- Lichttherapie in de ochtend alleen versus lichttherapie in de ochtend en 5 mg melatonine 's avonds → combinatie heeft effect op duur van wakker zijn overdag, niet op slaaptijd 's nachts
- Beperkte kwaliteit: geen informatie hoe de randomisatie gebeurde (selectiebias) en incomplete outcome data ('50 man nam deel' → op het einde 33 man → drop outs?)
- Geen vergelijking met placebo
- Laag aantal deelnemers (n=50)

Volgende studies gaan over het effect van melatonine alleen:

McCleery J1, Cohen DA, Sharpley AL. Pharmacotherapies for sleep disturbances in Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Mar 21;3:CD009178. doi: 10.1002/14651858.CD009178.pub2.

- Systematische review met 5 geïncludeerde RCT's, waar van er 3 melatonine vergelijken met placebo
- Slechts 1 RCT heeft laag risico op bias
- Geen significant effect op slaapkwaliteit aangetoond

Xu J, Wang LL, Dammer EB, Li CB, Xu G, Chen SD, Wang G.Melatonin for Sleep Disorders and Cognition in Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2015 Jan 22. pii: 1533317514568005.

- Meta-analyse van 7 RCT's
- Alle geïncludeerde RCT's hebben een hoog of onduidelijk risico op bias op ten minste 1 domein
- Mogelijks positief effect van melatonine op totale slaaptijd en slaapkwaliteit
- Grote range in dosissen melatonine in de studie (1.5-10 mg)

CONCLUSIE melatonine + lichttherapie:

NIVEAU VAN BEWIJSKRACHT
Type of evidence: 2 systematische reviews en 1 RCT

Downgraders:
Studie design: RCTs van beperkte kwaliteit door bias op 1 of meerdere domeinen
Consistentie: Ok
Indirect bewijs: /
Precisie: Kleine populatiegroepen
Publicatiebias: /

Upgraders:
Association: nvt
Dosisrespons: nvt
Confounding: nvt

Conclusie: GRADE C

GRAAD VAN AANBEVELING

- Lage kwaliteit van evidence
- Outcome: verbetering slaapkwaliteit/slaapduur
- Balans voor-/nadelen: onzeker
- Waarden/voorkeuren populatie: verbetering slaap
- Kosten: niet kosteneffectief
- Toepasbaar: Ja

Conclusie: GRADE 2

• Temazepam en benzodiazepine-achtige slaapgeneesmiddelen (zaleplon, zolpidem, zopiclon) kunnen worden gebruikt voor korte periodes.

Van deze aanbeveling zijn geen RCT's of systematische reviews beschikbaar. Een zoektocht op MEDLINE met als zoektermen 'dementia', 'sleep disturbances en 'benzodiazepines' leverde slechts 1 gedateerd resultaat:

Shelton PS1, Hocking LB.Zolpidem for dementia-related insomnia and nighttime wandering.Ann Pharmacother. 1997 Mar;31(3):319-22

- Case report over 2 patiënten met Alzheimer die Zolpidem gedurende 3 maanden krijgen → zou een positief effect hebben

→ Owv zeer lage kwaliteit van de evidence: GRADE C

GRAAD VAN AANBEVELING

- Lage kwaliteit van evidence

- Outcome: verbetering slaapkwaliteit/slaapduur
- Balans voor-/nadelen: onzeker
- Waarden/voorkeuren populatie: verbetering slaap
- Kosten: niet kosteneffectief
- Toepasbaar: Ja

Conclusie: GRADE 2

Bijlage 4: Stap 8: Peer review- stellingen met Likert-schaal in de ‘eens/oneens’ opstelling

Stellingen LOK

Klinische vraag 1: Hoe patiënten met dementie ondersteunen in de ambulante zorg?

- Patiënten met dementie zouden in de thuissituatie ondersteund moeten worden door thuiszorg of een zorgcoördinator.

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

- 3-maandelijkse medische follow-up bij een patiënt met dementie is wenselijk.

Helemaal oneens oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

- Bezoek van verpleegkundige en andere zorgdiensten, dient gepland te worden.

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

- Papieren voor medische vergoedingen en sociale uitkeringen moeten in orde zijn.

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

- Lokale poliklinische geheugenklinieken kunnen de follow up van een patiënt met dementie voorzien.

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

- Er dient een voogd aan gesteld te worden als de patiënt zijn eigen administratie niet meer kan regelen.

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

Klinische vraag 2: Hoe mantelzorgers van patiënten met dementie ondersteunen in de ambulante zorg?

- Ondersteuning van de mantelzorger is van groot belang en dient aan 3 voorwaarden te voldoen
  - Ondersteuning op verschillende wijzen
  - Ondersteuning op lange termijn
  - Ondersteuning op frequente wijze

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

- Met ergotherapie maakt men de zorgverlener beter opgewassen tegen problemen die in de thuiszorg kunnen voorkomen.

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

- Informatie over lokale vereniging voor mensen met dementie en hun mantelzorgers moet worden aangeboden.

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

- Er is een gunstig effect op de patiënt met dementie en de mantelzorger indien ze actief zijn bij een vereniging voor mensen met dementie/gebruik maken van een dagcentrum.

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

- Het is belangrijk de zorg te plannen volgens de behoefte van de mantelzorger.

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

Klinische vraag 3: Wat zijn de grenzen van ambulante zorg: wanneer dringt transfer naar institutionele zorg zich op?

- Stress bij de mantelzorger is een belangrijke factor voor transfer van een patiënt met dementie naar een woonzorgcentrum

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

• Volgende criteria zijn belangrijk om bij een patiënt met dementie (en de eventuele mantelzorger) na te gaan gezien deze factoren een risico vormen voor permanente institutionalisering:
o Gedragsstoornis (agressie)
o Verlies van motorische functies
o Verlies van activiteiten van het dagelijks leven (ADL)
o Incontinentie
o Onvermogen tot herkennen van familieleden/woonomgeving
o Rusteloosheid ’s nachts

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

• Grote gevaren van patiënten met dementie die alleen wonen zijn accidenteel brandstichten en verdwalen.

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

• Een patiënt met dementie is niet in staat een persoonsalarmapparaat te gebruiken

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

Klinische vraag 4: Welke factoren dragen bij tot het verergeren van symptomen van patiënt dementie?

• Factoren die de symptomen van een patiënt met dementie verergeren zijn belangrijk op te sporen. Volgende factoren kunnen de symptomen verergeren:
o Vreemde plaatsen
o Psychosociale factoren (bv gebrek aan beweging)
o Te veel prikkels
o Duisternis
o Infecties
o OK/anesthesie
o Hitte
o Polymedicatie
o Kenmerken van de mantelzorger (bijvoorbeeld stress of ongeduld)

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

Klinische vraag 5: Wat is de niet-medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen bij een patiënt met dementie?

- Behandeling van gedragssymptomen is in de eerste plaats niet-medicamenteus

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

- Het verzorgend personeel in zorgcentra moet een opleiding krijgen om beter te kunnen omgaan met gedragssymptomen, de medicatie beter te kennen met de nevenwerkingen…

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

- Een patiënt met dementie en gedragssymptomen kan effectief behandeld worden met gecombineerde psycho-educatieve/psychosociale interventies (cognitieve stimulatie, cognitieve gedragstherapie…)

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

- Interventies (massage, lichttherapie, aromatherapie….) moeten aangepast zijn aan de voorkeuren, vaardigheden en mogelijkheden van de patiënt

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

Klinische vraag 6:Wat is de medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen bij een patiënt met dementie?

- Psychofarmaca mogen alleen gebruikt worden in lage dosis en voor korte duur (max 6 weken)

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

- Bij de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie kunnen antidepressiva gebruikt worden wanneer depressie of angststoornis wordt vermoed

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

• Als andere behandelingsopties geen resultaat opleveren, kunnen antipsychotica worden voorgeschreven voor de behandeling van gedragssymptomen

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

• Benzodiazepines met intermediaire werkingsduur kunnen continu of intermittent gebruikt worden

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

• Galantamine, rivastigmine, donepezil en memantine kunnen ook gebruikt worden om gedragssymptomen te behandelen

Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens

Opmerkingen:

Bijlage 5: Stap 8: Peer review- stellingen met Likert-schaal in de 'toepasbaar/niet-toepasbaar' opstelling

Aanbevelingen: Behandeling van geheugenziekten
Geslacht: ……. Leeftijd: …….
Kring: ……..
Onderstaand vindt u evidence based aanbevelingen. Duid aan of u als huisarts van mening bent of het toepasbaar is in de huidige eerstelijnszorg of niet.

Klinische vraag 1: Hoe patiënten met dementie ondersteunen in de ambulante zorg?

- Ondersteun patiënten met dementie ambulant met thuiszorg of een zorgcoördinator.

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

- Organiseer op regelmatige basis medische follow-up bij dementerende. Bv 3-maandelijks.

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

- Plan bezoek van verpleegkundige en andere zorgdiensten.

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

- Zorg ervoor dat papieren voor medische vergoedingen en sociale uitkeringen in orde zijn.

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

- Follow up van een patiënt met dementie kan voorzien worden in lokale poliklinische geheugenklinieken.

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

- Adviseer een voogd als de patiënt zijn eigen administratie niet meer kan regelen.

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

Klinische vraag 2: Hoe mantelzorgers van patiënten met dementie ondersteunen in de ambulante zorg?

- Ondersteuning van de mantelzorger is van groot belang en dient te gebeuren in 3D:
  - Ondersteuning op verschillende wijzen
  - Ondersteuning op lange termijn
  - Ondersteuning op frequente wijze

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

- Werk met ergotherapie om de mantelzorger beter opgewassen te maken tegen problemen die in de thuiszorg kunnen voorkomen.

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

- Bied informatie aan over lokale vereniging voor mensen met dementie en hun mantelzorgers.

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

- Er is een gunstig effect op de patiënt met dementie en de mantelzorger indien ze actief zijn bij een vereniging voor mensen met dementie/gebruik maken van een dagcentrum.

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

- Plan zorg volgens de behoefte van de mantelzorger.

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

Klinische vraag 3: Wat zijn de grenzen van ambulante zorg: wanneer dringt transfer naar institutionele zorg zich op?

- Stress bij de mantelzorger is een belangrijke factor voor transfer van een patiënt met dementie naar een woonzorgcentrum.

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

- Volgende criteria zijn belangrijk om bij een patiënt met dementie (en de eventuele mantelzorger) na te gaan gezien deze factoren een risico vormen voor permanente institutionalisering:
  - Gedragsstoornis (agressie)
  - Verlies van motorische functies
  - Verlies van activiteiten van het dagelijks leven (ADL)
  - Incontinentie
  - Onvermogen tot herkennen van familieleden/woonomgeving
  - Rusteloosheid ’s nachts

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

- Grote gevaren van patiënten met dementie die alleen wonen zijn accidenteel brandstichten en verdwalen.

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

- Een patiënt met dementie is niet in staat een persoonsalarmapparaat te gebruiken

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

Klinische vraag 4: Welke factoren dragen bij tot het verergeren van symptomen van patiënt dementie?

- Factoren die de symptomen van een patiënt met dementie verergeren zijn belangrijk op te sporen. Volgende factoren kunnen de symptomen verergeren:
  - Vreemde plaatsen
  - Psychosociale factoren (bv gebrek aan beweging)
  - Te veel prikkels
  - Duisternis
  - Infecties
  - OK/anesthesie
  - Hitte
  - Polymedicatie
  - Kenmerken van de mantelzorger (bijvoorbeeld stress of ongeduld)

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

Klinische vraag 5: Wat is de niet-medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen bij een patiënt met dementie?

- Behandeling van gedragssymptomen is in de eerste plaats niet-medicamenteus

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

- Het verzorgend personeel in zorgcentra moet een opleiding krijgen om beter te kunnen omgaan met gedragssymptomen, de medicatie beter te kennen met de nevenwerkingen…

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

- Een patiënt met dementie en gedragssymptomen kan effectief behandeld worden met gecombineerde psycho-educatieve/psychosociale interventies (cognitieve stimulatie, cognitieve gedragstherapie…)

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

- Interventies (massage, lichttherapie, aromatherapie….) moeten aangepast zijn aan de voorkeuren, vaardigheden en mogelijkheden van de patiënt

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

Klinische vraag 6:Wat is de medicamenteuze therapie voor gedragssymptomen bij een patiënt met dementie?

- Psychofarmaca mogen alleen gebruikt worden in lage dosis en voor korte duur (max 6 weken)

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

- Bij de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie kunnen antidepressiva gebruikt worden wanneer depressie of angststoornis wordt vermoed

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

• Als andere behandelingsopties geen resultaat opleveren, kunnen antipsychotica worden voorgeschreven voor de behandeling van gedragssymptomen

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

Opmerkingen:

• Benzodiazepines met intermediaire werkingsduur kunnen continu of intermittent gebruikt worden

Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

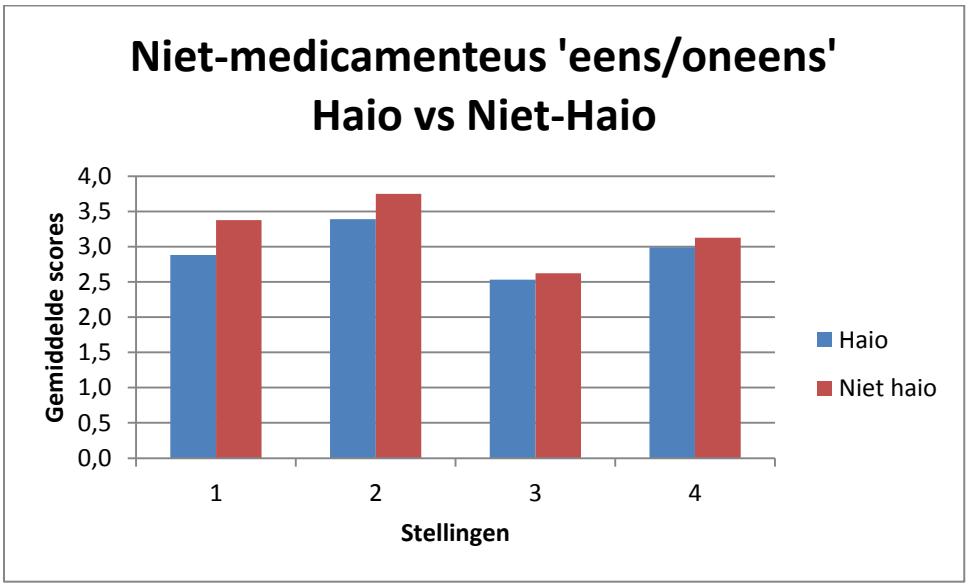
Opmerkingen:

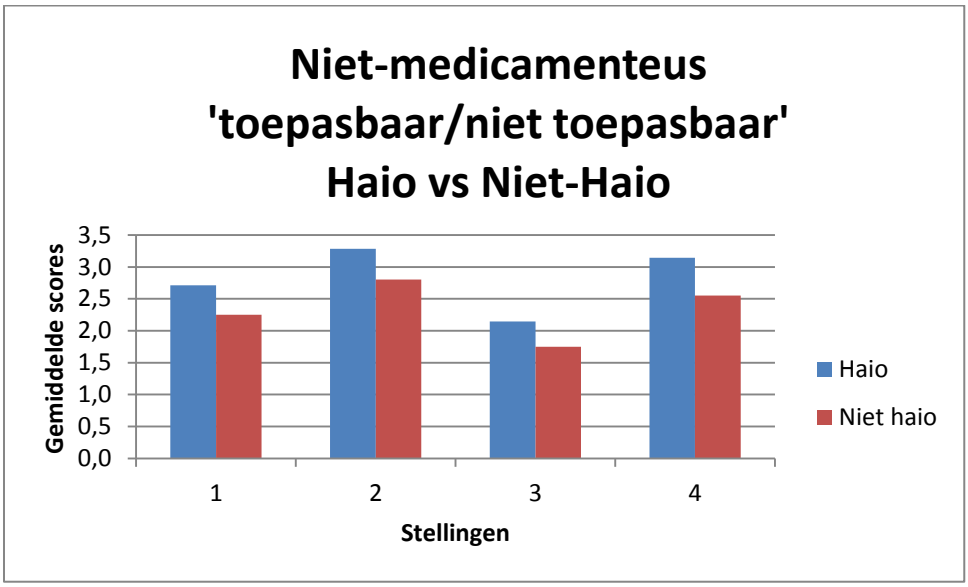
• Galantamine, rivastigmine, donepezil en memantine kunnen ook gebruikt worden om gedragssymptomen te behandelen

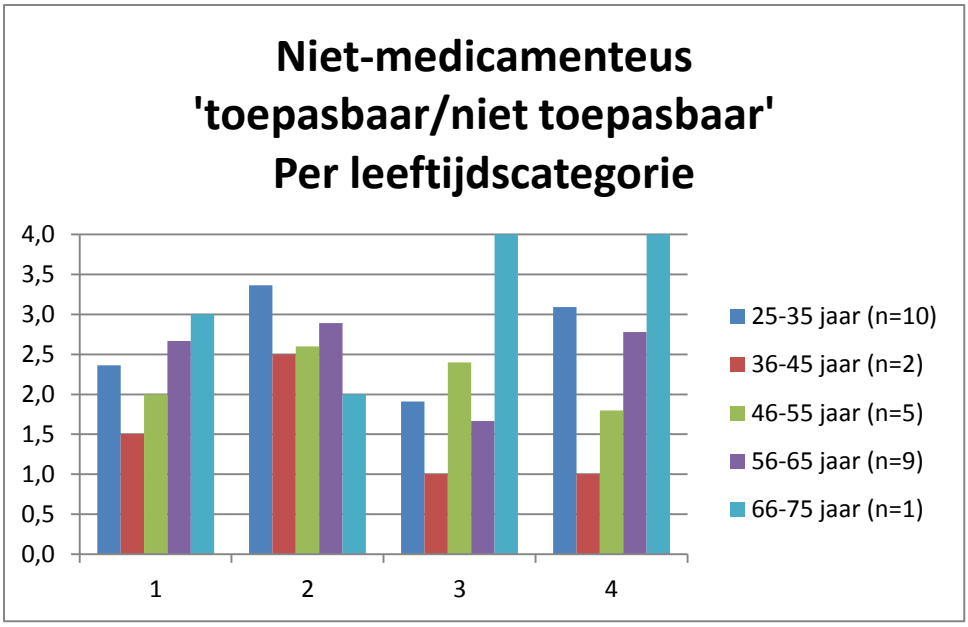
Niet toepasbaar Moeilijk toepasbaar Neutraal Toepasbaar Gemakkelijk toepasbaar

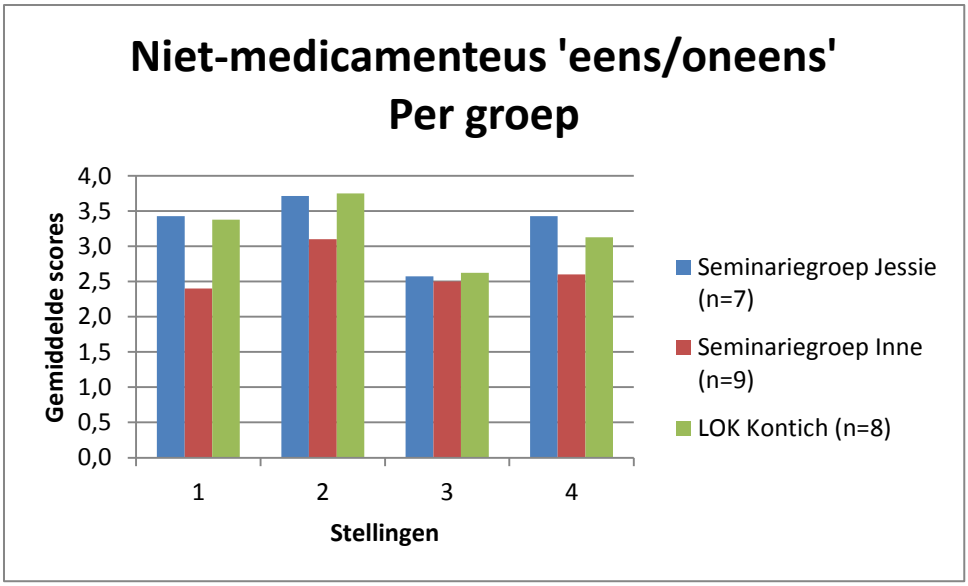
Opmerkingen:

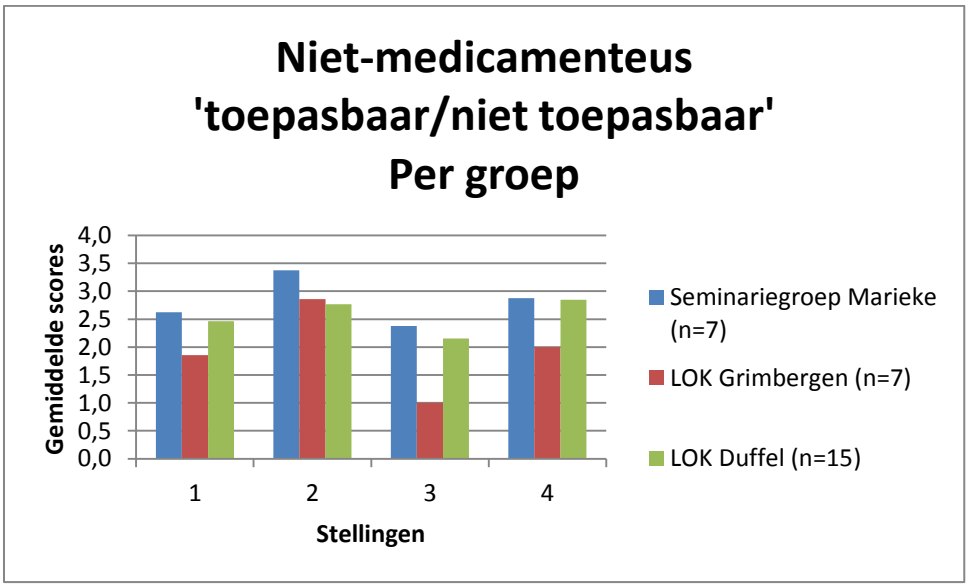
Bijlage 6a: Stap 8: Peer review- diagrammen niet-medicamenteus (‘eens/oneens’ en ‘toepasbaar/niet toepasbaar’)

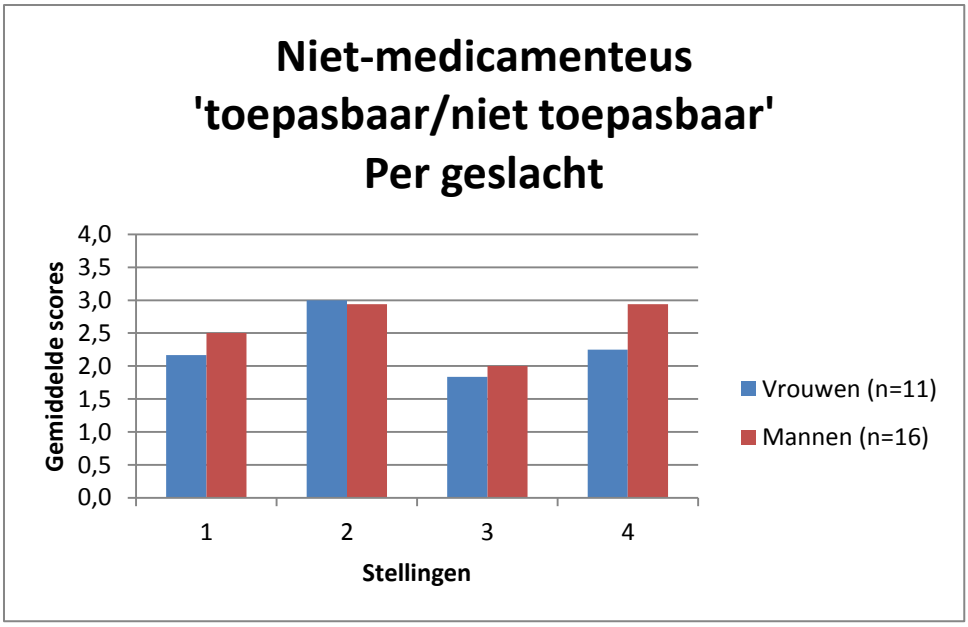




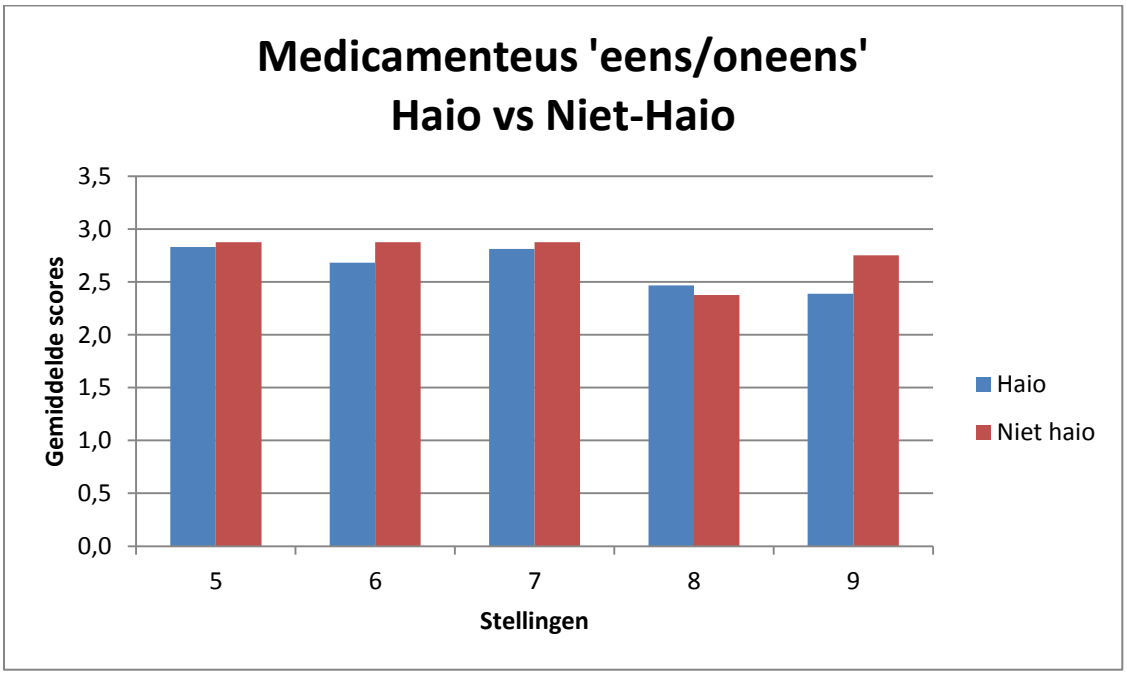

Niet-medicamenteus
'toepasbaar/niet toepasbaar'
Per leeftijdscategorie
4,0
3,5
3,0
2,5
2,0
1,5
1,0
0,5
0,0
1
2
3
4
25-35 jaar (n=10)
36-45 jaar (n=2)
46-55 jaar (n=5)
56-65 jaar (n=9)
66-75 jaar (n=1)

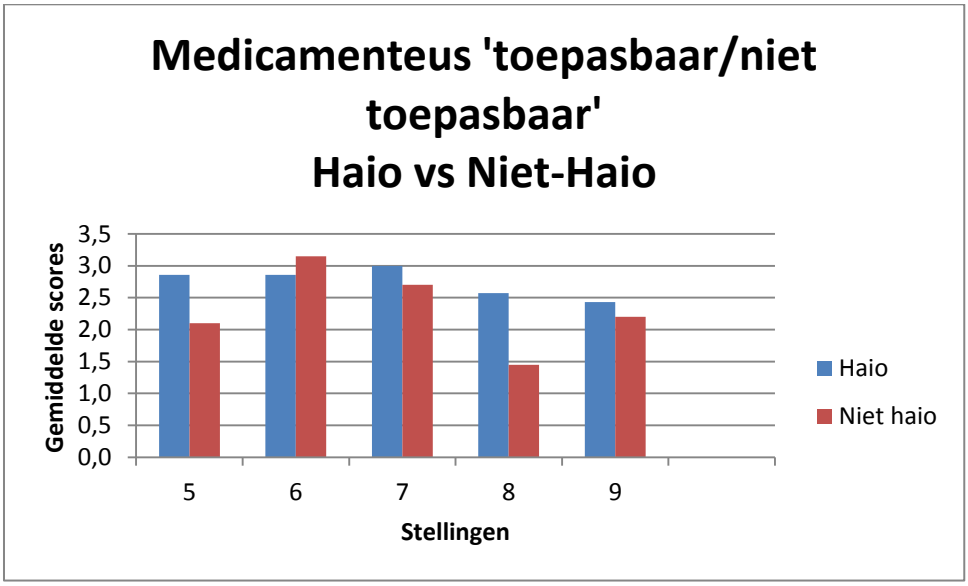

Niet-medicamenteus 'eens/oneens'
Per groep
Gemiddelde scores
4,0
3,5
3,0
2,5
2,0
1,5
1,0
0,5
0,0
1
2
3
4
Stellingen
Seminariegroep Jessie (n=7)
Seminariegroep Inne (n=9)
LOK Kontich (n=8)

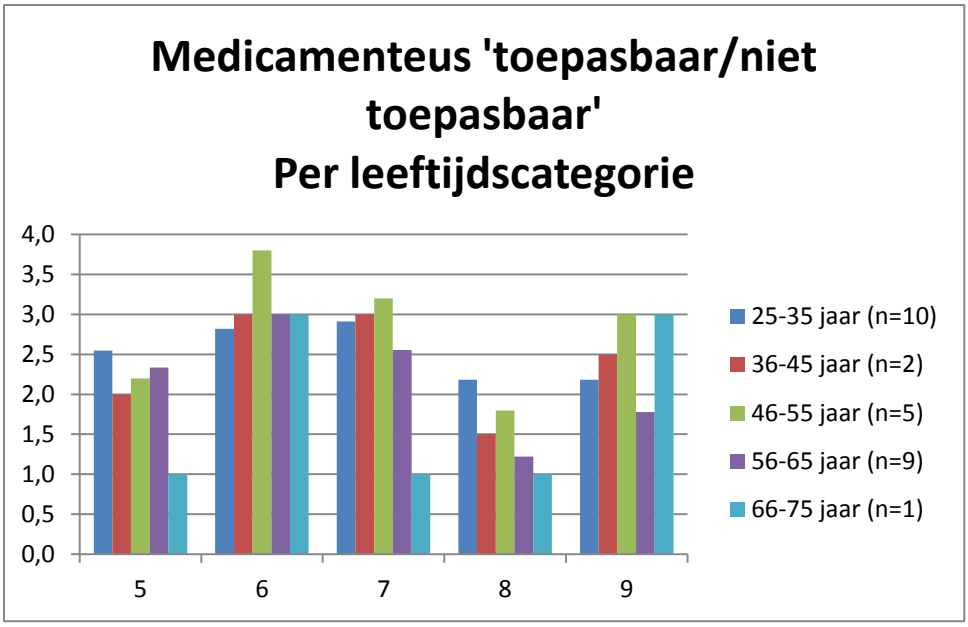

Niet-medicamenteus
'toepasbaar/niet toepasbaar'
Per groep
Gemiddelde scores
4,0
3,5
3,0
2,5
2,0
1,5
1,0
0,5
0,0
1
2
3
4
Stellingen
Seminariegroep Marieke (n=7)
LOK Grimbergen (n=7)
LOK Duffel (n=15)

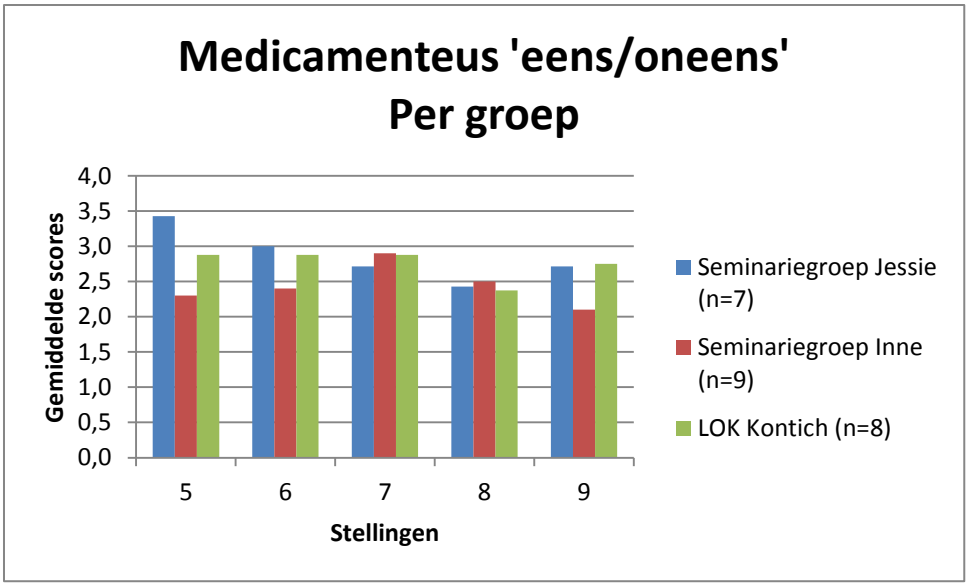

Niet-medicamenteus
'toepasbaar/niet toepasbaar'
Per geslacht
Gemiddelde scores
4,0
3,5
3,0
2,5
2,0
1,5
1,0
0,5
0,0
1
2
3
4
Stellingen
Vrouwen (n=11)
Mannen (n=16)

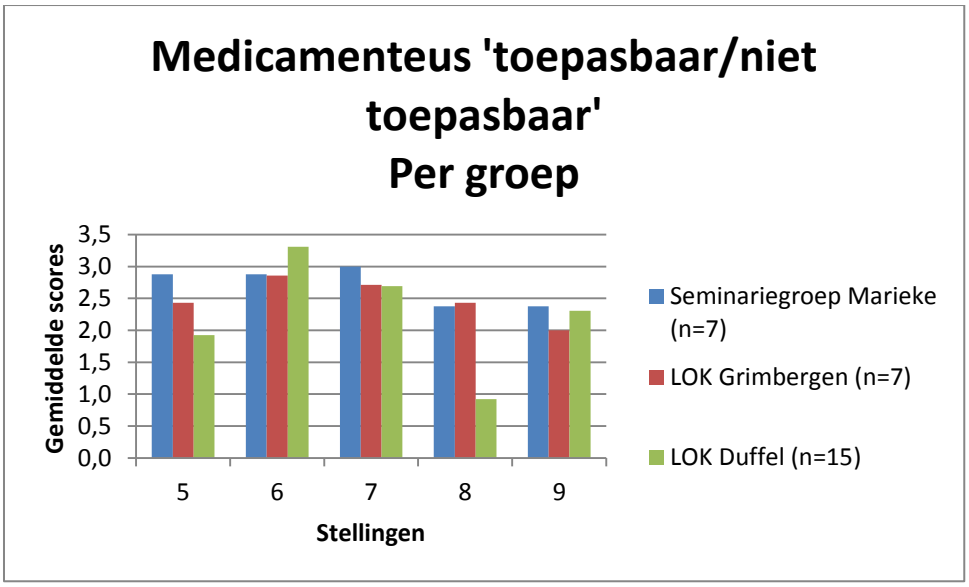
Bijlage 6b: Stap 8: Peer review- diagrammen medicamenteus (‘eens/oneens’ en ‘toepasbaar/niet toepasbaar’)

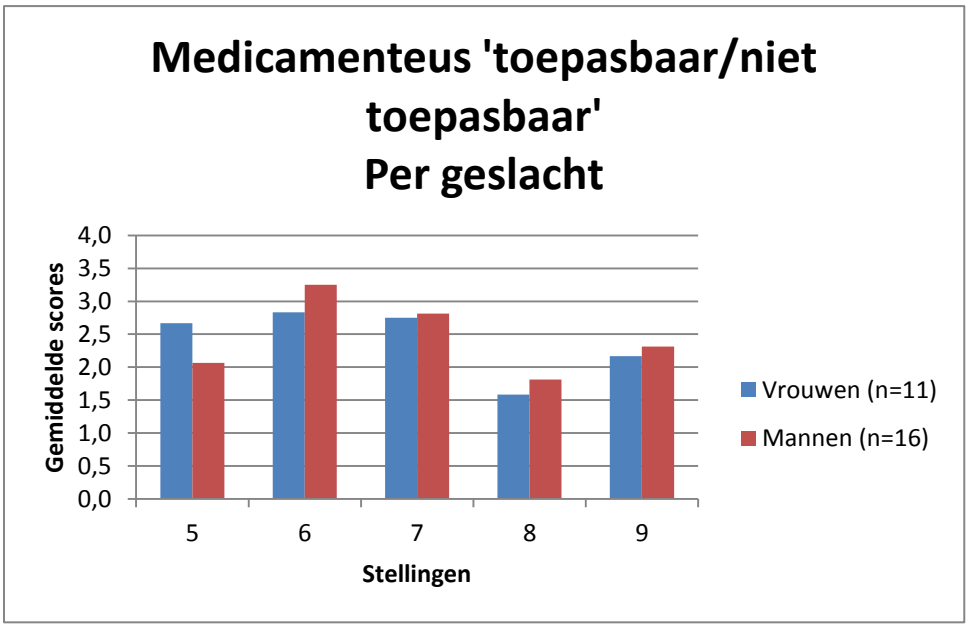





Medicamenteus 'toepasbaar/niet toepasbaar'
Per leeftijdscategorie
4,0
3,5
3,0
2,5
2,0
1,5
1,0
0,5
0,0
5
6
7
8
9
25-35 jaar (n=10)
36-45 jaar (n=2)
46-55 jaar (n=5)
56-65 jaar (n=9)
66-75 jaar (n=1)


Medicamenteus 'eens/oneens'
Per groep
Gemiddelde scores
4,0
3,5
3,0
2,5
2,0
1,5
1,0
0,5
0,0
5
6
7
8
9
Stellingen
Seminariegroep Jessie (n=7)
Seminariegroep Inne (n=9)
LOK Kontich (n=8)


Medicamenteus 'toepasbaar/niet toepasbaar'
Per groep
Gemiddelde scores
3,5
3,0
2,5
2,0
1,5
1,0
0,5
0,0
5
6
7
8
9
Stellingen
Seminariegroep Marieke (n=7)
LOK Grimbergen (n=7)
LOK Duffel (n=15)


Medicamenteus 'toepasbaar/niet toepasbaar'
Per geslacht
Gemiddelde scores
4,0
3,5
3,0
2,5
2,0
1,5
1,0
0,5
0,0
5
6
7
8
9
Stellingen
Vrouwen (n=11)
Mannen (n=16)

Bijlage 7: Stap 9: Implementatie- steekkaart

Eerste versie steekkaart - november 2014

STEEKKAART
Behandeling van geheugenziekten

Ambulante ondersteuning van de patiënt met dementie en zijn mantelzorger

- Regel thuiszorg volgens de behoefte van de mantelzorger met behulp van een zorgcoördinator: oa verpleegkundige.
- Voorzie follow-up op 3-maandelijkse basis. Igv van ernstige dementie via een geheugenkliniek.
- Breng de nodige papieren betreffende uitkeringen en medische vergoedingen in orde. Voorzie een voogd zo nodig.
- Ondersteun de mantelzorger voldoende frequent, op lange termijn en via meerdere wegen in zijn taak. Ergotherapie voor oplossingsgericht denken, dagcentra, lokale verenigingen met dementerende, … zijn oa enkele opties.

Transfer van ambulante zorg naar institutionele zorg

- Het besluit om de patiënt te laten opnemen moet worden genomen als er risicofactoren zijn die niet kunnen worden aangepakt, zelfs met frequente bezoeken van de thuiszorg.
- De meest voorkomende redenen voor permanente institutionalisering zijn: gedragsstoornis (agressie in het bijzonder), stress of ziekte van de mantelzorg, verlies van motorische functies, verlies van de activiteiten van het dagelijks leven (toiletbezoek, wassen), incontinentie, onvermogen om familieleden en woonomgeving te herkennen, rusteloosheid 's nachts.
- Door het gebrek aan inzicht in de eigen aandoening, willen mensen met geheugenstoornissen vaak thuis blijven in hun eigen huis, zelfs als de voorwaarden ervoor niet meer aanwezig zijn.
- Een demente persoon is niet in staat om een persoonsalarmapparaat te gebruiken. Accidenteel brandstichten en verdwalen zijn de grootste gevaren. Een besluit voor institutionele zorg wordt gemaakt als uit de risico-analyse blijkt dat de gevaren niet kunnen worden verminderd, zelfs met frequente huisbezoeken.

Factoren die symptomen van dementie verergeren

- Vreemde plaatsen (het is beter om de patiënt met dementie te laten reizen met een vertrouwd persoon)
- Psychosociale factoren (alleen zijn voor een langere tijd, geen passende dagbesteding/dagstructuur, gebrek aan beweging)
- Te veel prikkels (Bijvoorbeeld te lang in omgeving met te veel vreemde mensen)
- Duisternis (het is vaak ook aangewezen om 's nachts een lichtje te laten branden)
- Alle infecties (urineweginfectie is de meest voorkomende)
- Operaties en anesthesie
- Warm weer (hitte, vochtverlies)
- Polymedicatie
- Kenmerken van de mantelzorger (ongeduld, overbelasting, soms relationele problemen) en een verstoorde interactie met de patiënt

Niet-medicamenteuze behandeling van gedragssymptomen

- Zoektocht naar en behandelen van factoren die problematisch gedrag kunnen uitlokken zoals: infectie, pijn, onveiligheidsgevoel, medicatie, omgevingsfactoren..., tezamen met een passend respectvol gedrag ten opzichte van de patiënt
- gecombineerde psychoeducatieve/psychosociale interventies voor de patiënt
- Interventies aangepast aan de voorkeuren, vaardigheden en mogelijkheden van de patiënt (aromatherapie , massage , muziektherapie..)
- Opleiding verzorgend personeel in zorgcentra

Medicamenteuze behandeling van gedragssymptomen

- Psychofarmaca mogen alleen worden gebruikt in lage doses en gedurende korte tijd (minder dan 6 weken). 's Avonds kan de dosis hoger zijn, omdat rusteloosheid 's nachts schadelijk is.
- Bij de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie moeten antidepressiva worden geprobeerd wanneer een depressie of angststoornis wordt vermoed. Rusteloosheid en agressie kunnen worden veroorzaakt door angst, waarbij antidepressiva doeltreffend zijn.
- Als andere behandelingsmaatregelen geen resultaat opleveren, kunnen atypische antipsychotica worden voorgeschreven. De respons is individueel en om het beste effect te bereiken kan het nuttig zijn verschillende geneesmiddelen te testen. Als een snelle reactie vereist is in noodsituaties, kan ook parenteraal haloperidol ofwel intraveneus of intramusculair worden toegediend in een lage dosis (2,5-5 mg).
- Benzodiazepines met een intermediaire werkingsduur, zoals oxazepam, worden hetzij continu of naar behoefte gebruikt.
- Donepezil, rivastigmine, galantamine en memantine hebben ook een effect op de gedragssymptomen.

Definitieve versie steekkaart na peer review - april 2015

Steekkaart: behandeling van geheugenziekten

Ambulante ondersteuning van de patiënt met dementie en zijn mantelzorger

- Voorzie
  - Follow-up op regelmatige basis, eventueel via de geheugenkliniek.
  - Thuiszorg en een zorgcoördinator volgens de behoefte van de mantelzorger.
  - Informatie over dagcentra, lokale verenigingen en ergotherapie voor mantelzorgers.
- Ondersteun de mantelzorger op meerder wijzen, voldoende frequent en op lange termijn.
- Wijs op eventuele uitkeringen, medische vergoedingen en voorlopige bewindvoering zo nodig.

Transfer van ambulante zorg naar institutionele zorg

- De meest voorkomende redenen voor permanente institutionalisering:
  - gedragsstoornis
  - stress of ziekte van de mantelzorg
  - verlies van motorische functies
  - verlies van de activiteiten van het dagelijks leven
  - incontinentie
  - onvermogen om familieleden en woonomgeving te herkennen
  - rusteloosheid 's nachts
- Een persoon met dementie is niet in staat om correct een persoonsalarmapparaat te gebruiken. Accidenteel brandstichten, verdwalen en vallen zijn grote gevaren.

Factoren die symptomen van dementie verergeren

- Vreemde plaatsen en vreemde personen
- Psychosociale factoren
- Te veel prikkels
- Duisternis
- Alle infecties
- Operaties en anesthesie
- Warm weer
- Polymedicatie
- Kenmerken van de mantelzorger en een verstoorde interactie met de patiënt
- Pijn

Niet-medicamenteuze behandeling van gedragssymptomen

De behandeling van gedragssymptomen is in de eerste plaats niet-medicamenteus:

- Behandeling van factoren die problematisch gedrag kunnen uitlokken
- Gecombineerde psycho-educatieve/psychosociale interventies voor patiënt en mantelzorger
- Interventies aangepast aan de voorkeuren, vaardigheden en mogelijkheden van de patiënt
- Opleiding verzorgend personeel in zorgcentra
- Programma's met lichaamsbeweging in de thuisomgeving of instelling

Medicamenteuze behandeling van gedragssymptomen

Indien niet-medicamenteuze maatregelen onvoldoende effect hebben:

- Geef kortdurend en in lage dosis:
  - Antidepressiva (bij depressie of angststoornis)
    - Citalopram 10-20 mg of escitalopram 5-10 mg eenmaal daags
    - Sertraline 25-50 mg × 1
    - Mirtazapine 7.5-15-30 mg × 1 in de avond
  - Atypische antipsychotica
    - Risperidon 0,25-0,5 mg tweemaal per dag (agressie en psychotische symptomen)
    - Quetiapine 12,5-25 mg × 1 → 25 mg × 2 (bij wie risperidon nadelige effecten veroorzaakt zoals patiënten bij wie de ziekte eigenschappen heeft van Lewy body ziekte)
    - Haloperidol 0,25-0,5 mg × 2 tot 3 per dag (agressie, angst en rusteloosheid)
  - Benzodiazepines
    - Oxazepam 7,5-30 mg
    - Temazepam 10-30 mg
  - Anticholinesterases en memantine
    - Eventueel in kleine doses voor gedragssymptomen
  - Bij slapeloosheid
    - Lichttherapie 's morgens in combinatie met melatonine 2-6 mg voor de nacht
    - Temazepam of zolpidem