

Stappenplan

Vastgesteld op: 30-07-2010

Methode: -

Regiehouder: IKNL

Gegenereerd op: 24-06-2024

Bron: <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/archief/palliatieve-zorg-dementie-versie-oud/stappenplan>

Inhoudsopgave

STAPPENPLAN	3
Diagnostiek	3
Beleid	3
Bewijsvoering	4

Stappenplan

Vastgesteld: 30-07-2010 Regiehouder: IKNL

Diagnostiek

1. Auto/hetero-anamnese en lichamelijk onderzoek
2. Laboratoriumonderzoek (Hb, Ht, MCV, BSE, glucose, TSH, kreatinine)
3. Neuropsychologisch onderzoek bij verdenking op aanwezigheid van mentale stoornissen en bij diagnostische onzekerheid
4. CT-scan of MRI hersenen bij verdenking op vasculaire dementie, leeftijd <65 jaar, verdenking op CJD of FTD en bij twijfel over de diagnose ziekte van Alzheimer
5. EEG bij twijfel over de diagnose ziekte van Alzheimer, verdenking op epilepsie, metabole/toxische/infectieuze encefalopathie of CJD
6. Vaststellen van lijden c.q. onwelbevinden met behulp van de DS-DAT of MSSE
7. Zorgdiagnostiek

Beleid

1. Voorlichting en communicatie:
 - Bespreek de diagnose.
 - Stel wils(on)bekwaamheid vast.
 - Wijs zo nodig een vertegenwoordiger aan.
 - Maak beleidsafspraken en stel (aan de hand van wensen en prioriteiten van patiënt en naasten) behandeldoelen en behandelstrategieën vast.
2. Zorg voor continuïteit van zorg en ondersteuning van de naasten, eventueel m.b.v. een regionaal dementienetwerk (indien beschikbaar).
3. Overweeg behandeling van de ziekte:
 - rivastigmine: startdosis 2 dd 1,5 mg p.o. of 4,6 mg/dag transdermaal, ophogen naar 2 dd 3-6 mg p.o. resp. 9,5 mg/dag transdermaal
 - galantamine: startdosis 8 mg/dag p.o., verhogen tot max. 24 mg/dag p.o.
 - memantine: startdosis 5 mg/dag p.o., verhogen tot max. 20 mg/dag p.o.
4. Diagnostiek en beleid bij de gevolgen van dementie:
 - problemen met eten en drinken:
 - Onderzoek en behandel zo mogelijk de oorzaken van aanwezige problemen met eten en drinken.
 - Bespreek de voor- en nadelen van de toediening van voeding en/of vocht m.b.v. PEG-katheter resp. hypodermoclyse.
 - pijn:
 - Gebruik observationele meetinstrumenten als PACSLAC-D of REPOS indien zelfrapportage niet mogelijk is.
 - Zie voor het verdere beleid en behandeling de richtlijn 'Pijn'.
 - pneumonie:
 - Bespreek de voor- en nadelen van antibioticagebruik, mede aan de hand van de ingeschatte levensverwachting.
 - Start zo nodig ter verlichting van symptomen met antipyretica, zuurstof, bronchodilatoria en/of opioïde.
 - paratonie:
 - Differentieer paratonie met behulp van de Paratonia Assessment Instrument (PAI) van rigiditeit en spasticiteit
 - Mogelijke interventies
 - passiviteiten van het dagelijks leven (PDL)
 - goed ondersteunende kussens of positioneringprogramma's
 - probleemgedrag:

- Verricht diagnostiek van het aanwezige probleemgedrag (probleembeschrijving en verheldering, aanvullend onderzoek en onderzoek naar mogelijke oorzaken)
- Doe onderzoek naar mogelijke oorzaken vanuit lichamelijke, psychische, persoonlijke of omgevingsfactoren. Sluit een onderliggende psychiatrische stoornis zoals een angststoornis, een slaapstoornis, een psychotische stoornis of een depressieve stoornis uit.
- Psychosociale interventies worden eerst ingezet alvorens overgegaan wordt tot een medicamenteuze behandeling. Denk hierbij aan:
 - psycho-educatie en omgangsadviezen
 - muziektherapie, snoezelen en zintuigactivering
 - aanpassen woonomgeving
 - lichttherapie
 - interventies op on vervulde behoeften patiënt en de mantelzorger
- Schrijf bij onvoldoende effect van psychosociale interventies of bij acute of psychiatrische problematiek psychofarmaca voor (antipsychotica, anxiolytica, antidepressiva, anti-epileptica, cholinesteraseremmers of memantine).
 - agitatie/agressie:
 - oxazepam: zo nodig 5-10 mg p.o. of 3 dd 5-10 mg p.o
 - lorazepam: zo nodig: 0,5-1 mg p.o. of i.m. of 2 dd 0,5 mg p.o
 - citalopram: 1 dd 10-40 mg p.o
 - bij frontotemporale dementie: evt. trazodon 1 dd 50-300 mg p.o
 - carbamazepine: dosering conform de behandeling van epilepsie en stemmingsstoornissen
 - memantine: 1 dd 5 tot 2 dd 10 mg p.o.
 - haloperidol: 2 dd 0,5-3 mg p.o.
 - risperidon: 2 dd 0,5-3 mg p.o.
 - hallucinaties/wanen:
 - haloperidol: 2 dd 0,5-3 mg p.o.
 - risperidon: 2 dd 0,5-3 mg p.o.
 - rivastigmine: 2 dd 1,5-6 mg p.o.
 - angst:
 - oxazepam: zo nodig 5-10 mg p.o. of 3 dd 5-10 mg p.o
 - lorazepam: zo nodig: 0,5-1 mg p.o. of 2 dd 0,5 mg p.o
 - depressieve symptomen:
 - citalopram: 1 dd 10-40 mg p.o
 - bij frontotemporale dementie: evt. trazodon 1 dd 50-300 mg p.o
 - apathie:
 - bij Lewy-body dementie: rivastigmine 2 dd 1,5-6 mg p.o.
 - nachtelijke onrust/omkering dag-en-nachtritme:
 - risperidon: 1 dd 0,5-3 mg p.o. a.n.
 - melatonine: 2,5 mg p.o. a.n.

Bewijsvoering

Tabel 1. Niveaus van bewijsvoering bij de richtlijn Dementie

Beleid	Niveau van bewijsvoering	Referentie(s)
Cholinesteraseremmers bij Lewy body Dementie	3	Wild 2003
Donepezil bij Alzheimerdementie	1	Birks 2009
Cholinesteraseremmers bij Alzheimerdementie	1	Birks 2009
Cholinesteraseremmers bij Parkinsondementie	1	Maidment 2006
Donepezil bij Vasculaire Dementie	1	Malouf 2004

Beleid	Niveau van bewijsvoering	Referentie(s)
Rivastigmine bij Alzheimer dementie	1	Birks 2009
Galantamine bij Alzheimer dementie	1	Loy 2006
Memantine bij dementie	1	McShane 2006
Atypische antipsychotica bij agressie en psychose bij Alzheimerdementie	1	Ballard 2006 en 2009
Haloperidol bij agitatie bij dementie	1	Lonergan 2002
Antidepressiva voor depressie bij dementie	1	Bains 2002
Niet medicamenteuze interventies bij probleemgedrag bij dementie	2/3	Ayalon 2006, Livingston 2005
PDL of ondersteunende kussens bij paratonie	4	

Niveau 1 = gebaseerd op systematische review of ten minste twee gerandomiseerde onderzoeken van goede kwaliteit.

Niveau 2 = gebaseerd op ten minste twee vergelijkende klinische onderzoeken van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of andere vergelijkende onderzoeken.

Niveau 3 = gebaseerd op 1 vergelijkend onderzoek of op niet-vergelijkend onderzoek.

Niveau 4 = gebaseerd op mening van deskundigen.