



Huisarts en apotheker: noodzakelijke bondgenoten bij case-finding dementie



18/4 in Leuven: prof. dr. Birgitte Schoenmakers

19/4 in Sint-Martens-Latem: dr. Jan Van Elsen

25/4 in Hasselt: dr. Gert Ghijsebrechts

16/5 in Roeselare: dr. Marc Lemiengre

28/5 in Geel: prof. dr. Jan De Lepeleire

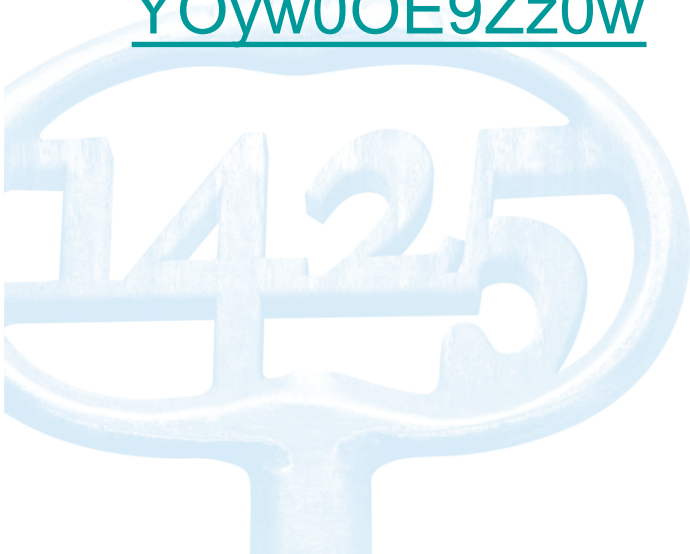
30/5 in Antwerpen: prof. dr. Jan De Lepeleire

19/9 in Sint Niklaas: Prof Jan De Lepeleire

Interactieve vragen

- Ooit al een huisarts gecontacteerd bij vermoeden van cognitief verval?
- Wanneer denkt u er aan?

https://www.polleverywhere.com/multiple_choice_polls/lpAYOyw0OE9Zz0w



Vroegdiagnose/ Screening/ Casefinding

- Vroegdiagnose is in
 - Borstkanker
 - Prostaatkanker
 - Depressie
 - Psychose
 - Cholesterol
 - Osteoporose
 - Dementie



Vertrekpunten

- Dementiesyndroom is wat ons interesseert, de literatuur focust vaak op specifieke beelden als ziekte van Alzheimer
- Belang/controverse rond Vroegdiagnose/screening/case finding
- Samenwerking Huisarts-Apotheker
- Probleem Taboe

Dementie=taboe?

- **Visie op ziekte en gezondheid** cfr andere chronische ziekten (kanker, ...)
 - Beperkingen versus mogelijkheden
 - Positieve beeldvorming versus doembeeld
 - Rolpatronen en verwachtingen in de maatschappij
 - Op verschillende niveau's
 - Patiënt
 - Mantelzorger
 - Maatschappij
 - Artsen en andere hulpverleners
- angst, onrust, schuldgevoelens schaamte, ...ingegeven door een gebrek aan 'weten', kennis

Taboe doorbreken?

- Taboe doorbreken door kennis te vergroten
 - **Awareness** (bewustmaking) vergroten
 - **Zichtbaarheid** vergroten
 - Begint bij vroege **erkenning/herkenning**
 - Ziektebeeld 'normaliseren' of 'herwaarderen'
 - Dit is niet exclusief werken aan positieve beeldvorming: kan ook stigmatiserend werken
 - = dementievriendelijke samenleving
 - **Via media, hulpverleners, ...**



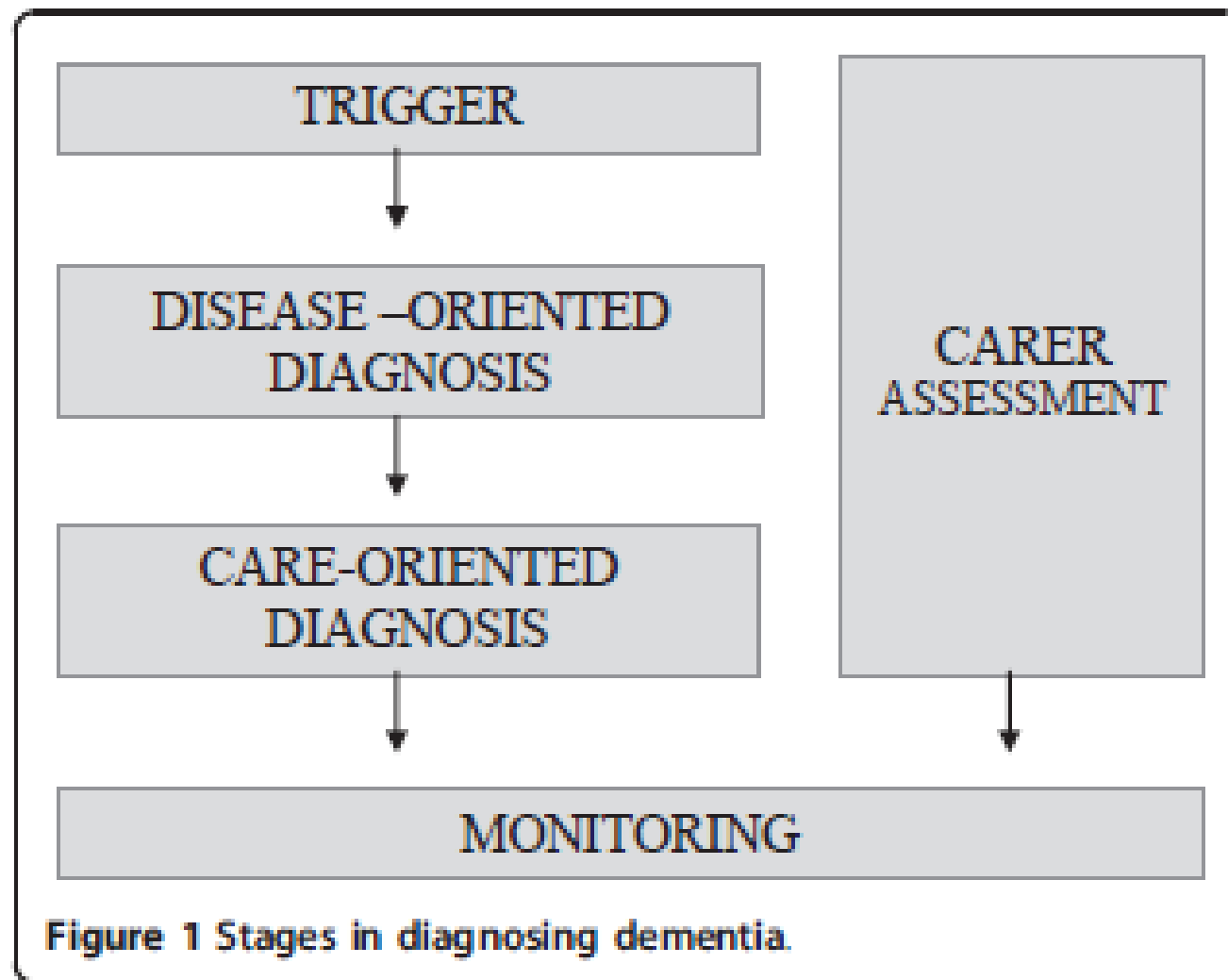
Leerpunt 1: De aanpak van dementie bestaat uit verschillende fasen

Fases in het zorg/ziekte proces

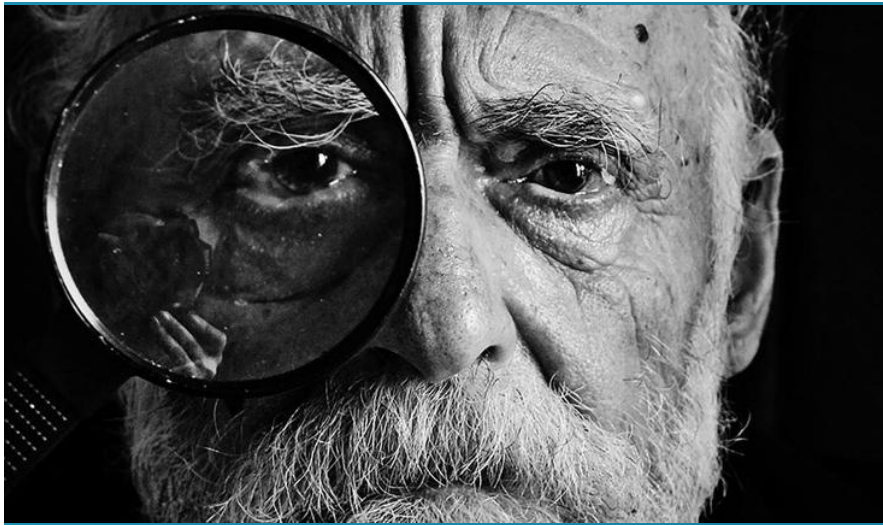
- **Detectiefase**
 - Case-finding
 - Aanmelding

} timely
diagnosis
- **Ziektediagnose**
 - Verfijnen en differentiëren van diagnose
- **Zorgdiagnose**
 - Noden van patiënt
 - Noden van mantelzorger
- **Beleid en follow-up**
 - In overleg met patiënt en mantelzorger
 - Multi-en interdisciplinair

Interdem 2008, Buntinx, De Lepeleire, Schoenmakers BJGP 2011



- Buntinx et al 2011, Dementia diagnosis, no easy job



Leerpunt 2: Detectiefase: timely diagnosis



Waarom dementie niet opsporen?

Press release

Recommendation against national dementia screening

The UK National Screening Committee (UK NSC) has today upheld its recommendation against screening everyone aged 65 and over for dementia.

Published 14 January 2015
From: [Public Health England](#)

COMMENTAAR

Vroegdiagnostiek naar dementie: niet doen

Hans G.L.M. Grundmeijer

OPINIE

Dokters moeten niet zo vroeg mogelijk dementie willen opsporen, maar ze moeten natuurlijk wel hun oren en ogen open houden. Ze moeten laagdrempelig en uitnodigend zijn, zodat mensen geen barrière ervaren om hun probleem te presenteren en ook bij lichte symptomen, angsten en vermoedens naar de dokter gaan. Ze moeten zeker actief worden als de familie of de patiënt er om vraagt. Ze moeten bij twijfel voor alle zekerheid de diagnostiek uitvoeren zoals beschreven in de NHG-standaard 'Dementie'. Ze moeten het zorgsysteem steunen. Het heeft dus niets te maken met nihilisme, maar met een zorgvuldige afweging bij het zoveelste preventievoorstel.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 20 juli 2011

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A3821



Overdiagnostiek is een groot probleem bij screeningsprogramma's. Aan het licht komen ziekten die geen ziekten blijken te zijn. Hoeveel duizenden gezonde borsten zijn afgezet? Hoeveel chemotherapie is onnodig gegeven? Hoeveel leed veroorzaakt? Waarom? Hoeveel geld, welke belangen zijn ermee gemoeid?

The Guardian verwijst naar *The British Medical Journal*, dat ingaat op dementiescreening in Engeland. Op honderd mensen worden vier dementiepatiënten opgespoord, maar ook twee gemist. 23 (!) mensen krijgen onterecht de diagnose dementie te horen.

Ook in Nederland wordt zwaar ingezet op vroegdiagnostiek. *Alzheimer Nederland* roept hiertoe op via televisiespotjes. De wens van politici, belangenorganisaties en wetenschappers om dementie op de kaart te zetten is begrijpelijk, stelt *The BMJ*.

Maar het groeiende aantal diagnoses leidt ook tot onnodig leed, angst en stigmatisering. Dementie moet dan worden 'ingedamd', zoals Nederland doet met het Deltaplan Dementie, waarin overheid en bedrijfsleven fors investeren. Het risico is vervolgens dat wordt bezuinigd op dementiezorg ten koste van de ontwikkeling van deze 'medische vooruitgang'.

||| **Anne-Mei The**

Deze column verscheen eerder in de wetenschapsbijlage van Het Parool.

Timely Diagnosis of Dementia

ALCOVE WP5 Task 1 and 2

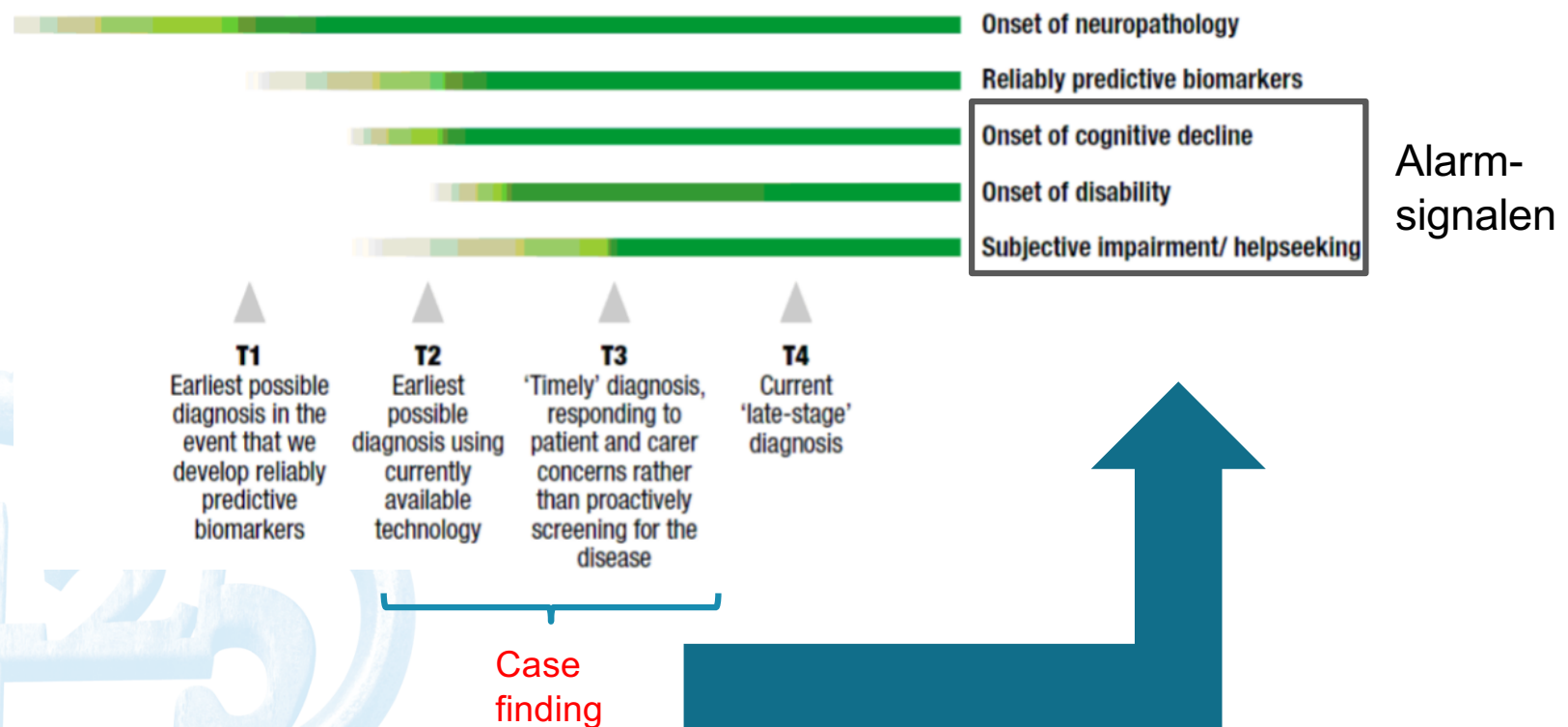
Professor Dawn Brooker, Jenny La Fontaine, Jennifer Bray & Simon Evans

Address for correspondence: Association for Dementia Studies, St John's

Waarom 'timely diagnosis'?

- Uitsluiten ander ziektebeeld
- Behandeling
- Hulp en ondersteuning
- Diagnose = opluchting
- Persoonlijke begeleiding
- Zelf beslissen
- Praten over de ziekte
- Voorbereiden op wat komen gaat
- Omgaan met de ziekte
- Erkenning

Screening, case finding/vroege diagnose, tijdige diagnose



Bron: http://www.alcove-project.eu/images/synthesis-report/AnnexA_Chapter_WP5_DIAGNOSIS_Exec-Summary.pdf

Vroegdetectie en 'timely diagnosis': vertrekken vanuit trigger

Pro en contra!!

- Pro:
 - Zorg organiseren
 - Recht op weten
 - Behandeling
 - Vroegtijdige zorgplanning
 - (Wilsverklaring euthanasie), negatieve wilsverklaring, orgaandonatie, teraardebestelling, rustoord
- Contra:
 - Ongerustheid
 - Stigma
 - Prognose onzeker/onduidelijk
 - Geen behandeling
 - Creëren van (valse) verwachtingen

Detectiefase: hoe?

- **Screening**
- **Case finding**
- **Bij aanmelding**



• Screening

- Bevolkingsniveau: via gestructureerde oproepen
 - Verantwoording op basis van criteria van Wilson en Jungner (WHO 1968)
 - Belangrijk gezondheidsprobleem ✓ ✓ ✓
 - Behandelbaar met algemeen aanvaardbare strategie
 - Voldoende voorzieningen om diagnose te stellen ✓
 - Herkenbaar latent stadium
 - Consensus over 'wie is ziek' ✓
 - Bruikbare opsporingsmethode voorhanden ✓
 - Aanvaardbare opsporingstest
 - Kosten/baten
 - Continuïteit in opsporing ✓
- **Voorlopig (nog) niet aan de orde voor dementie/cognitief verval**

- **Case-finding**

- een vorm van preventie in de **huisartspraktijk**
- Dit is opsporing bij een patiënt die, los van klachten waarmee die patiënt op het spreekuur komt, plaatsvindt bij die patiënt.
- De preventieve activiteit staat volkomen los van de klacht waarmee de patiënt bij de huisarts op het spreekuur verschijnt

→ **Kan door elke hulpverlener**

- **Bij aanmelding: specifieke vraag van patiënt**

- Aanmeldingsklacht ~ cognitief verval

- Geheugenstoornissen
- Verminderde zelfredzaamheid
- Gedragsproblemen

- Door patiënt en/of door omgeving

→ Vraag die patiënten ook in apotheek stellen



Timely diagnosis

- *is defined as the time when the patient or caregiver and the primary care physician recognize that a dementia syndrome may be developing*

(Interdem, 2008, De Lepeleire ea in Aging and mental health)

→ Concentreren op vermelding van **eerste tekens en symptomen** die wijzen op cognitief verval



Detectiefase: aanpak bij aanmelding door mantelzorger

- **Casus 1 Bezorgde mantelzorger**

- Veerle, 46 jaar komt naar je consultatie om over haar moeder te praten. Moeder is 73 en sinds bijna een jaar heeft Veerle het gevoel dat er iets aan de hand is: ze is in haar vertrouwde omgeving vaak de weg kwijt, is achterdochtig en in zichzelf gekeerd en vergeet nogal eens eten te maken of zichzelf te wassen. Moeder zelf wuift elk probleem van de hand en is niet van plan aandacht te schenken aan de bezorgdheid van de dochter. Vader besteedt niet al teveel aandacht aan het 'probleem' en houdt zich afzijdig zoals altijd. Verder anamnese levert geen bijzonderheden op.

Detectiefase: aanpak bij aanmelding

- Bezorgde mantelzorger:
 - Aangeven van tekens van cognitief verval, gedragsstoornissen en **verlies van zelfredzaamheid**
 - **Mantelzorger** worstelt (waarschijnlijk) met
 - Taboe
 - Onzekerheid
 - Tijdsgebrek tijdens consult
 - Ethische overwegingen
 - Niet willen weten



Detectiefase: een aantal testen

- **MMSE:** cognitie
 - Detectie (awareness) en diagnostiek
 - Coöperatieve patiënt
- **MOCA** test
- **OLD:** cognitie, dagelijks functioneren, gedrag
 - observatielijst voor vroege symptomen
 - Aanzet tot verdere diagnostiek
 - Patiënt hoeft niet mee te werken

<http://www.tno.nl/vroegsignaleringouderen>
- **Zelfredzaamheid**
 - Hetero-anamnese
 - ADL, IADL: Katz 2000
 - Frailty
- **Niet Pluis Index**
 - Dagelijks sociaal, cognitief, mentaal functioneren, heteroanamnese

<http://www.ouderenpsychiatrie.nl/>

NIET PLUS INDEX 2007

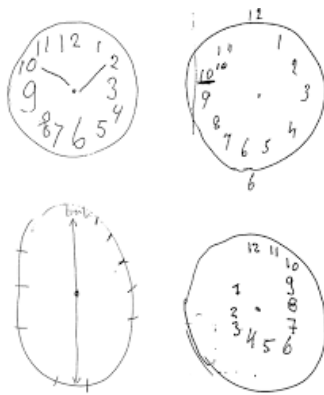
(juli 2007)

NAAM:	
INGEVULD DOOR:	
Datum:	

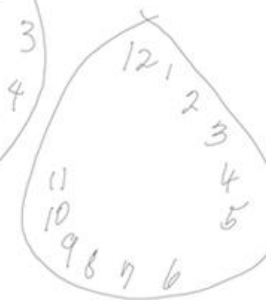
NR	DE OUDERE ...	ITEM	SCORE
01	heeft het laatste jaar de partner, een familielid, een belangrijke ander en/of belangrijke dingen (zoals bijvoorbeeld een huis) verloren	Verlies	
02	zegt dat hij/zij verdriet heeft en/of maakt een verdrietige indruk (huilt bijvoorbeeld veel of regelmatig)	Verdriet	
03	heeft of uit (vage) lichamelijke klachten en/of pijn	Pijn	
04	is tamelijk (lichamelijk) beperkt om activiteiten te ondernemen (bijvoorbeeld als gevolg van een chronische ziekte)	Beperking	
05	heeft klachten over het slapen (slaapt te veel, te weinig, slecht en/of is 's nachts onrustig)	Slapen	
06	eet te veel, eet te weinig of klaagt over eetlust	Eetlust	
07	drinkt regelmatig (te) veel alcohol en/of is vaak dronken	Alcohol	
08	verzorgt zich zelf niet goed of vervuult zich en/of laat de omgeving verslonzen	Verzorging	
09	voelt zich eenzaam en/of alleen	Eenzaam	
10	is onzeker in aanwezigheid van anderen en/of in het nemen van beslissingen	Onzekerheid	
11	is regelmatig angstig, heeft paniekaanvallen, en/of zegt bang te zijn voor de toekomst/de dood	Angst	
12	is vergeetachtig en/of onthoudt niet wat zojuist gevraagd of gezegd wordt en/of kent bekenden niet bij	Geheugen	

Geboortedatum:
DATUM:

VISUOSPATIEEL/EXECUTIEF		Teken KLOK (Vijf over vier) (3 punten)		PUNTE			
☐		☐		☐			
				☐ Omtrek ☐ Cijfers ☐ Wijzers			
				☐ /5			
BENOEMEN							
☐		☐		☐			
				☐ /3			
GEHEUGEN		Lees de woorden voor, proefpersoon moet ze nazeggen. Neem tweemaal af. Laat ze na 5 minuten opnieuw opnoemen.					
			AUTO	BANAAN	VIOOL	BUREAU	GROEN
1e afname							
2e afname							
		Proefpersoon moet ze in dezelfde volgorde nazeggen ☐ 3 2 9 6 5 Proefpersoon moet ze in omgekeerde volgorde nazeggen ☐ 8 5 2					
		☐ /2					
AANDACHT		Lees de cijferreeks voor (1 cijfer/sec.)					
Lees de rij letters voor: De patiënt moet met zijn hand op de tafel tikken bij elke letter A. Geen punten bij 2 fouten of meer.		☐ F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B					
Aftrekken met 7, beginnend bij 90		☐ 83 ☐ 76 ☐ 69 ☐ 62 ☐ 55 4 of 5 goed: 3 punten, 2 of 3 goed: 2 punten, 1 goed: 1 punt, 0 goed: 0 punten					
		☐ /3					
TAAL		Zeg na: Een vogel kan tegen een gesloten venster vliegen wanneer het donker is en waait. ☐ De zorgzame oma heeft meer dan een week geleden boodschappen gestuurd. ☐					
Woordvloeiendheid / Noem zoveel mogelijk woorden in 1 minuut die beginnen met de letter S		☐ _____ (N ≥ 11 woorden)					
		☐ /1					
ABSTRAHEREN		Overeenkomst tussen bijv. wortel en bloemkool = groente. ☐ diamant - robijn ☐ kanon - geweer					
		☐ /2					
UITGESTELDE HERINNERING		Herinnering woorden ZONDER CUES					
		AUTO	BANAAN	VIOOL	BUREAU	GROEN	Alleen punten voor herinnering zonder CUES
Optioneel							
ORIËNTATIE		☐ Datum ☐ Maand ☐ Jaar ☐ Dag ☐ Locatie ☐ Plaats					
		☐ /6					
Vertaling: A.J. Westar & R.P.C. Kessels © Z.Nasreddine MD Afnam door: _____		www.mocatest.org		Normaal ≥ 26 / 30 TOTAAL _____ / 30 Tel 1 punt erbij op als opleiding ≤ 12 jaar			



Healthy



Alzheimer's



Parkinson's



Detectiefase: aanpak bij aanmelding door patiënt

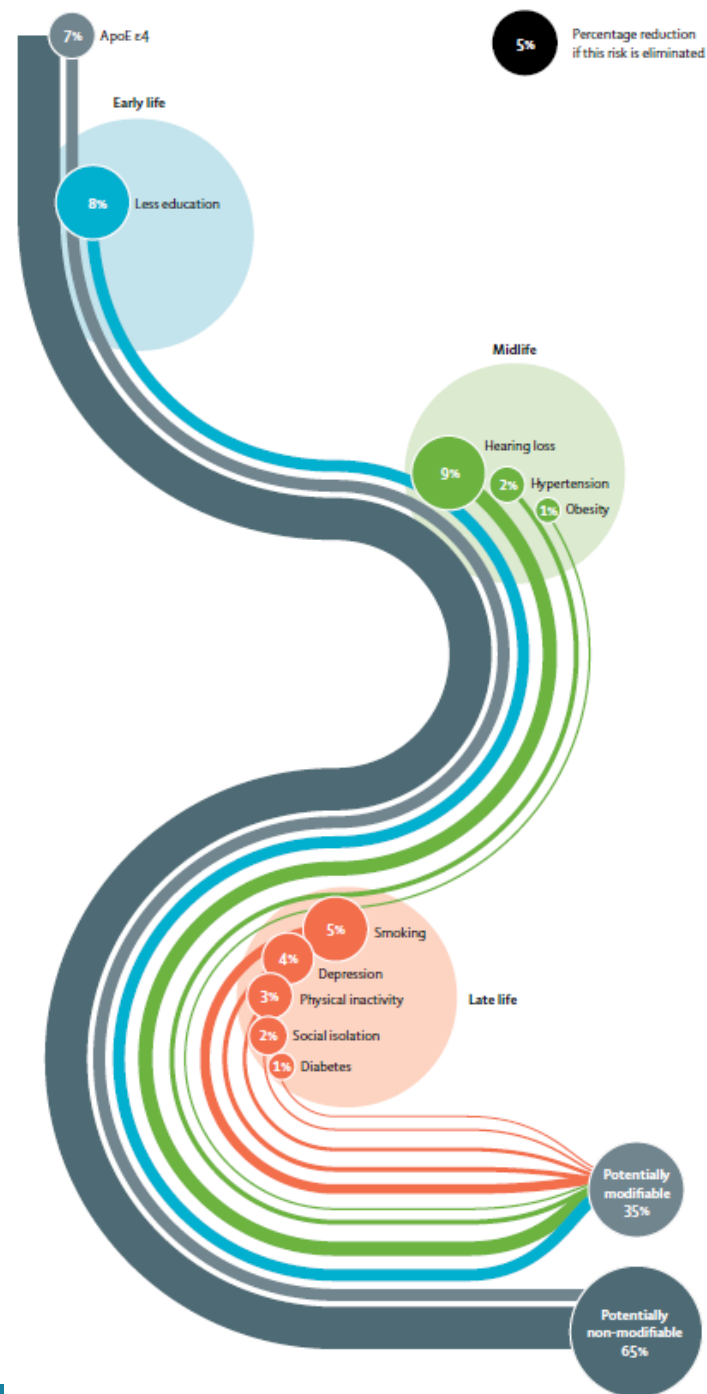
- Casus 2 Bezorgde patiënt
 - *Casus* Jef, een 76 jarige overigens gezonde man komt op consultatie omdat hij 'geheugenproblemen' heeft. Hij geeft aan toch wel erg veel last te ondervinden bij wat hij dagelijkse gewoonten en gebruiken noemt: hij vergeet waar de krant ligt, vergeet of hij zijn bloeddrukmedicatie al innam, vergeet waar de autosleutels terechtkwamen... Je kent Jef verder als een erg actieve , belezen man met een druk sociaal en verenigingsleven en die bovendien nog dagelijks op zijn kleinkinderen past. De anamnese levert verder geen bijzonderheden op

- **Risicofactoren inventariseren**
- **MMSE** is te overwegen
 - Coöperatieve patiënt
 - Ongerust
- **Zelfredzaamheid** bevragen/inschatten
 - Frailty
 - ADL-IADL



Preventie? Risicofactoren?

Niet-modificeerbaar	Modificeerbaar
LEEFTIJD	RF voor hart- en vaatziekten
Genetisch	CVA
Vrouwelijke geslacht	Chronische excessieve alcoholconsumptie
Ziekte van Parkinson	VG trauma capitis
Leermoeilijkheden	(Depressie)
	Lage scholing



- Livingston, 2017

Figure 4: Life-course model of contribution of modifiable risk factors to dementia
Numbers are rounded to nearest integer. Figure shows potentially modifiable or non-modifiable risk factors.

Leerpunt 3: Ziektediagnose

De diagnostische uitwerking bestaat uit verschillende onderdelen

Diagnostische fase

(aanbeveling in ontwikkeling door huisartsen in opleiding)



Diagnostische fase

- **Anamnese**

- Cognitieve en niet cognitieve symptomen bevragen
- Comorbiditeit

- **Hetero-anamnese**

- Belang informatie mantelzorger
- Belang informatie andere zorgverstrekkers, inclusief poetsvrouw, postbode, apotheker...

- **Gestructureerd: meten = weten**

www.ouderenpsychiatrie.nl

- Gedragssproblemen: NPI
- Psychisch welzijn: GDS
- Stagiëring: CDR
- Zelfredzaamheid: ADL, IADL, Frailty

Diagnostische fase

- **Klinisch onderzoek: vooral op zoek naar corrigeerbare oorzaken**
 - Zintuigen!!
 - Tekens van infectie en intoxicatie
 - Sufheid, verwardheid
 - Cardiovasculaire status
 - Ritmestoornissen, atherosclerose, corfalen
 - Pulmonaire status
 - hypoxie
 - Voedingstoestand en hydratatie
 - Neurologisch onderzoek
 - Tremoren, nystagmus, tonus, reflexen, extra-pyramidale symptomen

Diagnostische fase

- **Technische onderzoeken**

- Labo

- Complet en formule, Glu, TSH, nierfunctie, electrolyten, CRP

- Beeldvorming

- Ter differentiatie en evt opvolging (weinig evidentie)
 - CT: vooral voor aantonen mechanische oorzaken (RIP, haematoom)
 - NMR: DD frontotemporale, vasculaire, alzheimer



Pathologie	Verloop	Medicatie
Alzheimer	Progressief	Achi ++
Vasculair	Wisselvallig	Achi --
Lewy Body	1. +parkinson 2. Gedrags ++	Cave neuroleptica
Fronto temporaal (pick)	Ontremming	Achi --

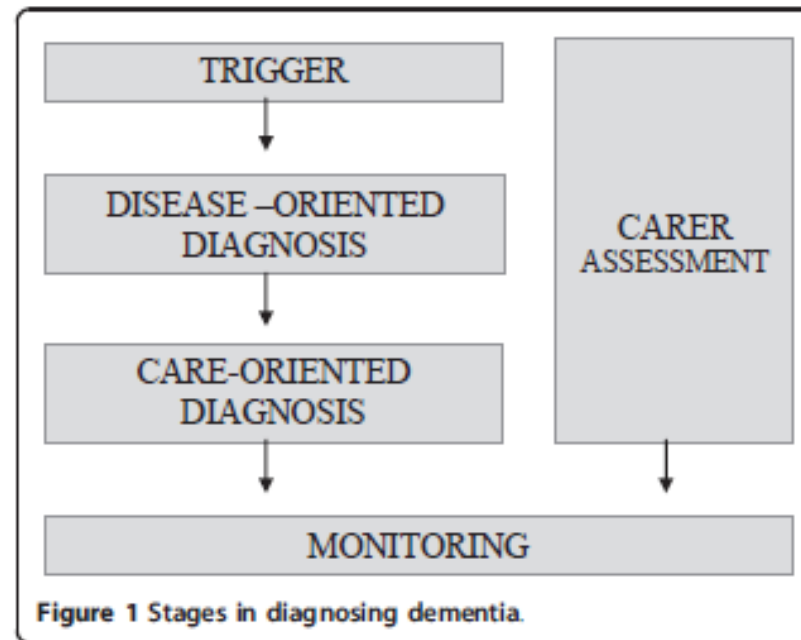


Leerpunt 4: De zorgdiagnose

een zeer belangrijk onderdeel van
het diagnostisch proces

Zorgdiagnose

= Zorg voor mantelzorger en patiënt



Zorgdiagnose

- Noden van de **patiënt**
 - zelfredzaamheid
 - gedragingen
 - psychisch welzijn
 - Financieel plaatje



Mantelzorger: zorgen met zorgen

- **Impact** van zorgverlenen is groot
 - 30-80% depressie
 - Vooral bij mantelzorgers van mensen met dementie
 - Meer medicatiegebruik, meer sociale isolatie, meer financiële problemen, meer angsten, ...
 - Zware subjectieve zorgbelasting (burden)
 - Subjectieve zorgbelasting $\neq$ objectieve zorgbelasting
- **Noden van mantelzorger:**
 - Psychosociaal
 - Fysiek
 - Economisch

Leerpunt 5

Beleid en opvolging



Medicatie voor cognitie?

Formularium Ouderenzorg

Dementie

Literatuur geraadpleegd tot: 31/01/2017

- De therapie voor cognitieve disfunctie bij personen met dementie steunt op psychosociale interventies aangepast aan de beleving en behoeften van de patiënt en zijn omgeving (mantelzorgers).
- Cholinesterase-inhibitoren en memantine zijn slechts beperkt werkzaam terwijl nevenwerkingen wel vaak voorkomen.
- Niet-farmacologische interventies zijn dé eerste stap bij de aanpak van van probleemgedrag bij dementie.
- Antipsychotica zouden enkel gebruikt mogen worden indien het probleemgedrag een gevaar betekent voor de patiënt of zijn omgeving. De noodzaak om deze behandeling verder te zetten, moet regelmatig geëvalueerd worden.

Formularium Ouderenzorg

Cognitieve disfunctie

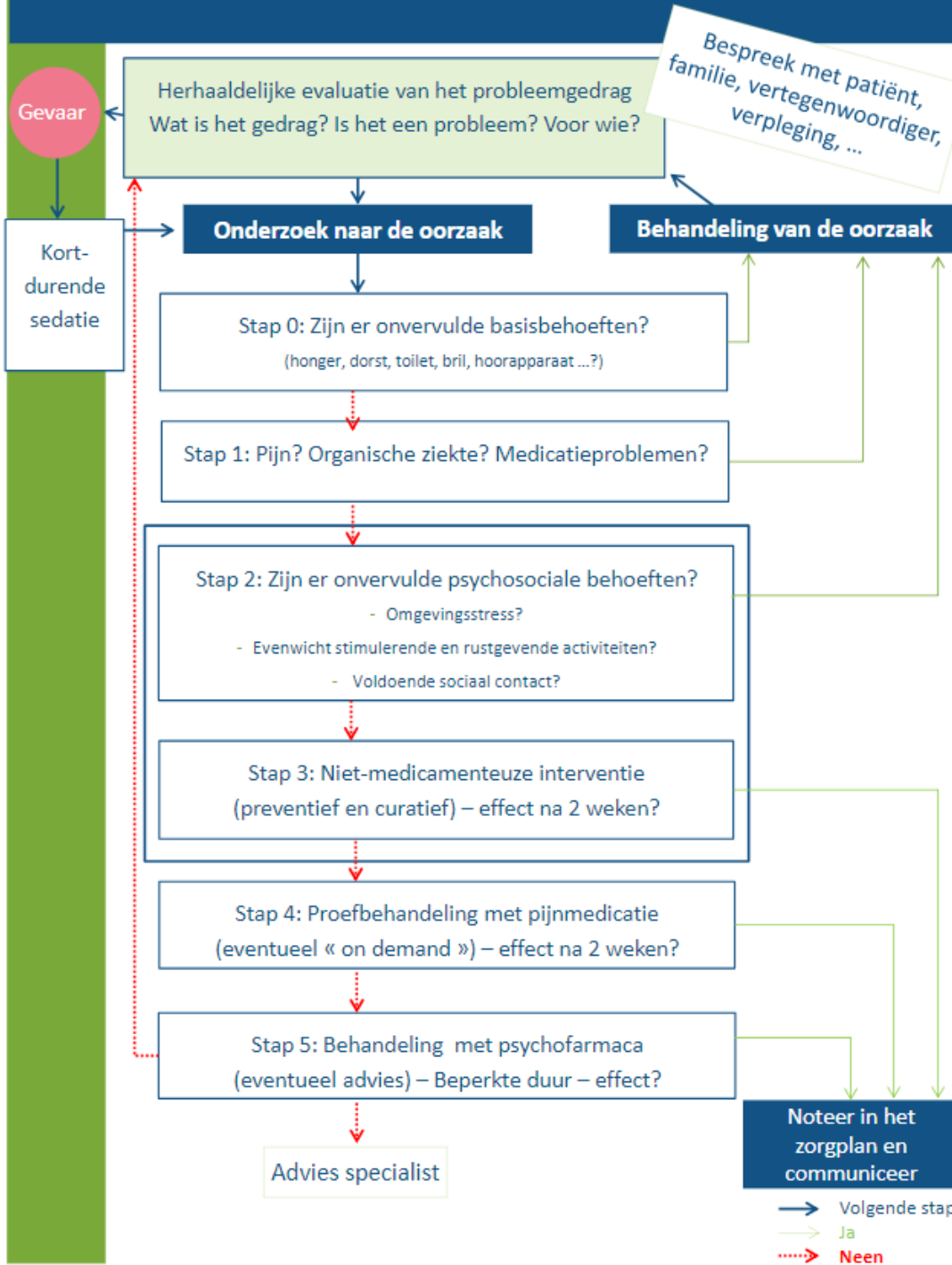
Literatuur geraadpleegd tot: 31/01/2017

- De therapie voor cognitieve disfunctie bij personen met dementie steunt op psychosociale interventies aangepast aan de beleving en behoeften van de patiënt en zijn omgeving (mantelzorgers).
- Cholinesterase-inhibitoren en memantine zijn slechts beperkt werkzaam terwijl nevenwerkingen wel vaak voorkomen.

Medicatie voor ontregelend gedrag?

- Het **probleemgedrag** wordt bij voorkeur op een niet-medicamenteuze wijze aangepakt.
- **Antipsychotica** zouden enkel gebruikt mogen worden indien een niet-medicamenteuze benadering onvoldoende effect heeft of de gedragsstoornissen een gevaar betekenen voor de patiënt, zijn omgeving of verzorgers. De noodzaak om deze behandeling verder te zetten, moet regelmatig geëvalueerd worden.

PROBLEMGEDRAG BIJ DEMENTIE – STAPPENPLAN



Niet farmacologische ondersteuning

- Voor de **patiënt**:
 - Lichaamsbeweging
 - Cognitieve stimulatie en training
 - Opleiding van de hulpverleners
 - Ondersteuning en opleiding van de mantelzorgers
- Voor de **mantelzorger**
 - specifieke vaardigheden in problem-solving om om te gaan met gedragsstoornissen.
 - training in stressreductie of cognitieve reframing (of beide)
 - educatie en ondersteuning aan de mantelzorger

Beleid en follow-up

- **Maximale** ondersteuning voor iedereen?
 - Wenselijk, haalbaar?
- Voorafgaande **zorgplanning**
 - Praten over levenseinde
 - Formaliseren van gesprekken en documenten: wilsverklaring
- **Mantelverzorger**
 - Zorg niet enkel gericht op noden van patiënt

Ondersteuning van de mantelzorger

- Zorg op maat
 - Voorbereiding met mantelzorger
 - Noden van patiënt en mantelzorger
- Dynamisch
 - Overlegmomenten plannen voor herziening van zorgondersteuning → **durven stopzetten ook!**
- Niet hiërarchisch
 - Zorg is specifiek contextgebonden

3.10 Een getuigenis, om te onthouden door de hulpverlener

‘Ik wil niet iemand die de boel hier professioneel komt regelen. Het belangrijkste is menselijk contact en begrip. Voor mij is het niet zo belangrijk dat iemand het precies doet zoals het volgens de regels zou moeten zijn. Ik wil graag dat iemand even tien minuten met mij koffie drinkt. Dan voel je je veel prettiger dan dat iemand meteen heel gedisciplineerd gaat schoonmaken.’ (Morée et al., 2007)

Ben je overbelast? Test jezelf.

Vragen	Nee	Ja
1. Mijn nachtrust is verstoord.	☐	☐
2. Hem of haar helpen kost me nogal wat moeite en tijd.	☐	☐
3. Ik vind het lichamelijk zwaar.	☐	☐
4. Het beperkt me in andere dingen die ik wil doen.	☐	☐
5. Wij hebben onze dagelijkse manier van doen moeten aanpassen.	☐	☐
6. Wij hebben onze plannen moeten wijzigen.	☐	☐
7. Er zijn ook andere zaken waaraan ik mijn tijd moet besteden.	☐	☐
8. Emotioneel gedragen we ons anders ten opzichte van elkaar.	☐	☐
9. Het gedrag van mijn man/vrouw maakt me soms van streek.	☐	☐
10. Het is pijnlijk te moeten zien dat hij/zij een ander persoon is geworden.	☐	☐
11. Ik heb mijn werk/baan moeten aanpassen aan de situatie.	☐	☐
12. Ik word geheel door deze situatie in beslag genomen.	☐	☐
13. We leven onder financiële druk.	☐	☐
Totaal		

Score ▶ Tel het aantal keren dat je “ja” hebt geantwoord. Dit is jouw score.

Leerpunt 6

De rol van de apotheker



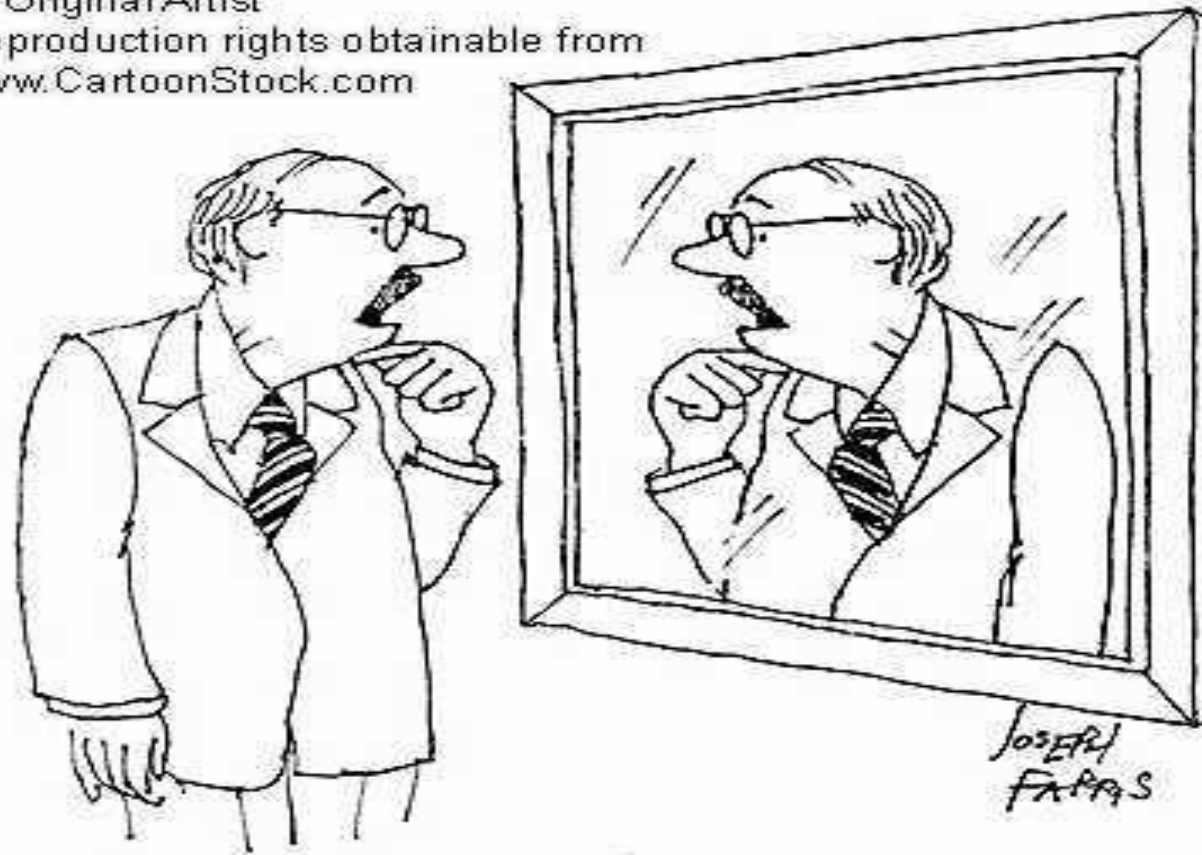
Waarom heeft de apotheker nu zoveel mogelijkheden om signalen op te vangen?

- Laagdrempelig contact
- Ziet de hele bevolking, nog meer dan de huisarts
- Kan evoluties opvolgen
- Veel contact met de mantelzorger
- Kan signalen van mantelzorger goed opvangen
- Opvangen neveneffecten (bv anticholinger) die een signaal kunnen zijn dat er een probleem is
- Higher educated professional
- Kan gemakkelijk in contact komen met de huisarts

Hoe?

- **Detectiefase:**
 - Case-finding
 - Op vraag van patiënt
 - Verwijzen zo nodig
- **Diagnostische fase:**
 - Zorg in kaart brengen
 - Omkeerbare oorzaken detecteren vb bij medicatie
- **Beleid en follow up**
 - Ondersteuning patiënt én mantelzorger
 - Informeren
 - Medicatie beheren

© Original Artist
Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com



search ID: jfa0335

"I remember the face but I've forgotten your name."

Literatuur

- Buntinx, F., De Lepeleire, J., Paquay, L., Iliffe, S., & Schoenmakers, B. (2011). Diagnosing dementia: no easy job. *BMC Fam Pract*, 12(1), 60.
- De Lepeleire, J., Wind, A. W., Iliffe, S., Moniz-Cook, E. D., Wilcock, J., Gonzalez, V. M., . . . Vernooij-Dassen, M. (2008). The primary care diagnosis of dementia in Europe: an analysis using multidisciplinary, multinational expert groups. *Aging Ment. Health*, 12(5), 568-576.
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., . . . Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*. doi:10.1016/S0140-6736(17)31363-6
- O'Brien, J. T., Holmes, C., Jones, M., Jones, R., Livingston, G., McKeith, I., . . . Burns, A. (2017). Clinical practice with anti-dementia drugs: A revised (third) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*, 31(2), 147-168. doi:10.1177/0269881116680924
- Vermandere, M. (2009). *Zorgdiagnose bij thuiswonende dementerenden. Een nieuw concept?* (Master General Practice), Katholieke Universiteit Leuven,
- Vernooij-Dassen, M. J., Moniz-Cook, E. D., Woods, R. T., De Lepeleire, J., Leuschner, A., Zanetti, O., . . . Iliffe, S. (2005). Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20(4), 377-386.