|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| NOTA | **FAZODEM Vlaanderen – Fase I: rapport maart tot september** |
|  | Maart 2017 – September 2017 |
| Auteurs | Fien Van Sint Jan |

**Inleiding**

In het tweede deel van de eerste fase werd getracht een beeld te schetsen van de gezondheidseconomische impact die een tijdige detectie met zich meebracht. Recente cijfers over de kost van dementie in België of Belgische studies die de gezondheidseconomische voordelen van een tijdige detectie onderzoeken in ons gezondheidszorgsysteem zijn niet beschikbaar. Voor België worden twee onderzoeken voorgesteld: de NADES-studie uit 2002 en de gezondheidseconomische studie die werd uitgevoerd in het kader van de QUALIDEM-studie uit 2004, maar voor deze laatste werden gegevens gebruikt uit 1997. Gezien de continue veranderingen in ons systeem van gezondheidszorg en de toenemende aantal personen met dementie, moeten deze cijfers met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Daarnaast worden ook enkele cijfers uit het buitenland gepresenteerd. Voor cijfers voor 2011 wordt het *World Alzheimer Report 2011* gebruikt, dat zich richt op de impact van tijdige detectie. Dit rapport is een systematische samenvatting van het onderzoek dat rond dit thema werd gedaan en heeft geeft verschillende beleidsadviezen en richtlijnen mee. Ook meer recente artikels worden besproken, hoewel ook in het buitenland slechts weinig onderzoek werd gedaan naar de gezondheidseconomische effecten van een tijdige detectie van dementie. Gezien de grote verschillen tussen de gezondheidszorgsystemen over landen heen, moeten ook deze cijfers met grote voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Deel 1:   
Een stand van zaken

1. Pilootprojecten

In juni 2017 gingen 22 West-Vlaamse apothekers aan de slag met de map. In samenwerking met de Westvlaamse Apothekersvereniging en de regionale expertisecentra dementie Foton (Brugge) en Sophia (Kortrijk) werd de FAZODEM-map voorgesteld op twee kleinschalige infoavonden. De deelnemende apothekers vulden ook de vragenlijst in die in januari al door 66 Vlaamse apothekers werd ingevuld. Het rapport over deze bevraging kan worden teruggevonden in bijlage.

2. Tijdslijn van fase I: maart tot september 2017

Het project ging van start op 1 september 2016. Hieronder volgt een overzicht van de activiteiten gedurende periode van 1 september 2016 tot 28 februari 2017.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum - Periode | Activiteit |
| 19/04/2017 | FAZODEM voorstellen. Op uitnodiging werd het project voorgesteld op de CWOA Wetenschappelijke Raad van APB. |
| 27/04/2017 | Presentatie masterproef eerstemasterstudenten Farmaceutische Zorg KUL. De eerstemasterstudenten farmaceutische zorg presenteren de bevindingen uit hun literatuurstudie. |
| 28/04/2017 | Overlopen projectplan. Projectplan werd overlopen met Jurn Verschraegen en Hilde Deneyer. |
| 03/05/2017 | FAZODEM voorstellen. Het verloop van het FAZODEM-project werd voorgesteld aan MSD, zij hebben het mini-symposium financieel mee ondersteund. |
| 04/05/2017 | Spreker op HACK Belgium. Op uitnodiging van MSD een korte toelichting gegeven over de rol van de apotheker in de tijdige detectie van dementie, op de Hackathon die plaatsvond in Brussel. |
| 09/05/2017 | Verdediging masterproef ‘Rol van de apotheker in de begeleiding van mantelzorgers van personen met dementie’. Jurylid in de verdediging van de masterproef van twee studenten farmaceutische zorg aan de KUL. |
| 15/05/2017 | Afspraak kabinet. Afspraak met Stefaan Berteloot op het kabinet, ter voorbereiding van de subsidie-aanvraag voor fase II. |
| 16/05/2017 | Spreker ICT-colloquium. Het project toelichten op het ICT-colloquium van het NKVV. |
| 17/05/2017 | Overleg Eline Moors (EDV). Afspraak met Eline Moors om een artikel voor te bereiden dat zou worden gepubliceerd in Denkbeeld (Tijdschrift Psychogeriatrie). |
| 18/05/2017 | Interview Vlerick-studenten. Drie Vlerick-studenten die stage lopen bij MSD, doen onderzoek naar de *pathway* die een persoon met dementie doorloopt van de eerste signalen van de dementie tot aan de diagnose. |
| 22/05/2018 | Begeleiding door Prepared Mind. |
| 29/05/2017 | Stuurgroep FAZODEM. Het verslag is terug te vinden in bijlage. |
| 01/06/2017 | Startavond project in Brugge. Een kleine groep apothekers uit Sint-Kruis worden ingelicht over het FAZODEM-project en krijgen een map mee om ermee aan de slag te gaan in de apotheek. In samenwerking met De Westvlaamse en het regionaal expertisecentrum dementie Photon. |
| 15/06/2017 | Startavond project in Kortrijk. Een kleine groep apothekers uit Kortrijk worden ingelicht over het FAZODEM-project en krijgen een map mee om ermee aan de slag te gaan in de apotheek. In samenwerking met De Westvlaamse en het regionaal expertisecentrum dementie Sophia. |
| 24/07/2017 | Overleg met Veerle Foulon en Isabelle De Wulf. Project voorstellen aan Isabelle De Wulf (CWOA) en input vragen voor uitwerken GGG. |
| 31/07/2017 | Begeleiding door Inovigate. Project management: theoretische sessie |
| 31/08/2017 | Begeleiding door Inovigate. Project management: hands on workshop |
| 12/09/2017 | Symposium geriatrie AZ Alma. Op vraag van dr. Hilde werd het project voorgesteld op het jaarlijkse symposium geriatrie in Eeklo, dat dit jaar specifiek ging over de uitdagingen van polyfarmacie bij ouderen. |
| 26/09/2017 | FAZODEM voorstellen. Het project voorstellen aan een Japanse delegatie, op vraag van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. |

Deel 2:   
De economische impact van dementie en tijdige interventies

**1. De situatie in België**

**1.1 NADES-studie**

Het NADES-onderzoek uit 2002 is een grootschalige studie over de kost van dementie in België. In deze studie werden vier cohortes van patiënten opgevolgd: personen met cognitieve problemen maar zonder dementie, personen met milde dementie, personen met een matig gevorderde dementie en personen met een ernstige dementie. Deze groepen werden vergeleken met een controlegroep van personen zonder cognitieve problemen. Data van deze patiënten werd aan het begin van het onderzoek verzameld (*baseline*) en tijdens twee follow-up momenten, na zes en na twaalf maanden. In totaal werden 605 personen gevolgd, waarvan 218 thuiswonende personen met dementie, 168 personen met dementie in een woonzorgcentrum en 219 personen zonder dementie.

**Thuiswonende patiënten**

**Kosten voor de maatschappij**

* Personen met dementie: €263,03 (per maand)
* Personen zonder dementie: €226,46 (per maand)

Het grootste deel van deze kosten zijn te verklaren door ziekenhuiskosten:

* 40% van de personen met dementie werden opgenomen in het ziekenhuis; goed voor gemiddeld 1,3 dagen in het ziekenhuis per maand.
* 35% van de personen zonder dementie werden opgenomen in het ziekenhuis; goed voor gemiddeld 0,2 dagen in het ziekenhuis per maand.

Daarnaast zijn ook geneesmiddelen een groot deel van de kost, daar 99% van alle respondenten geneesmiddelen innemen. Slechts 10% van de personen met dementie neemt cholinesteraseinhibitoren. Opvallend is dat het aantal ziekenhuisopnames en het gebruik van medicatie lijkt af te nemen naarmate de dementie verder vordert. Andere kosten daarentegen nemen toe bij de verdere achteruitgang van de cognitie, waaronder fysiotherapie en verpleegkundige zorgen. Van de patiënten met ernstige dementie had 25% nood aan verpleegkundige zorgen, bij personen met een matig gevorderde dementie was dit 21%. In de controlegroep was dit slechts 14,2%.

**Kosten voor de patiënt (en zijn omgeving)**

* Personen met dementie: €182,53 (per maand)
* Personen zonder dementie: €142,04 (per maand)

Het grootste deel van deze kosten wordt verklaard door de medicatie en de niet-medische kosten, die thuis nodig zijn (huishoudelijke taken en verzorging). Een mantelzorger was aanwezig bij 95% van de personen met dementie, tegenover 71% bij personen zonder dementie. Alle kosten nemen fors toe naarmate de dementie vordert.

**Patiënten wonend in een zorginstelling**

In het algemeen kunnen we zeggen dat de kosten vervijfvoudigen, zowel voor het gezondheidszorgsysteem als voor de patiënt zelf. Deze gegevens werden enkel verzameld voor de personen met dementie.

* Voor de patiënt: €1233,17 (per maand)
* Voor het gezondheidszorgsysteem: €1068,55 (per maand)

De kosten lopen duidelijk op met de ernst van de dementie, daar ook de afhankelijkheid en het plaatsen van de patiënt in gespecialiseerde centra vaker voorkomt bij personen met een ernstige dementie. Daarnaast nam ook het aantal ziekenhuisopnames fors toe naarmate de dementie vordert.

Wanneer echter de kosten van de comorbiditeiten (zoals cardiovasculaire ziekten en andere chronische aandoeningen) en de afhankelijkheid in rekening worden gebracht, blijken deze de grootste impact te hebben op de totale kost en is het verschil in kost tussen personen met en zonder dementie niet meer significant.

**1.2 QUALIDEM-studie**

De QUALIDEM-studie is een studie uit 2004 waarbij de zorgnood van personen met dementie en het zorgaanbod voor personen met dementie in de eerstelijnszorg werd onderzocht. In het kader van deze studie, werd een onderzoek gedaan naar de kosten die dementie met zich meebracht. Hier werd een holistische benadering gebruikt die resulteert in veel hogere kosten dan die die worden voorgesteld in de NADES-studie. Hierbij worden zowel directe als indirecte kosten, zowel voor de professionele zorgverleners als voor de mantelzorgers en niet-professionele zorgverleners in rekening gebracht. Daarnaast wordt ook een onderscheid gemaakt tussen thuiszorg en institutionele zorg. Hiervoor werden cijfers uit 1997 gebruikt.

**Kostprijs voor de zorg bij Alzheimerpatiënten in de thuiszorg (per week)**

* Professioneel zorg: €232 (waarvan 90% publiek gefinancierd)
* Informele zorg: €1692
* Materiële kosten: €48,08 (waarvan 24% publiek gefinancierd)
* Totale kostprijs: €1972,30

**Kostprijs voor de zorg bij Alzheimer patiënten in rusthuis (per week)**

* Enkel ROB: €347,30 (waarvan 43,8% publiek gefinancierd)
* Gemengd ROB/RVT: €451,20 (waarvan 47% publiek gefinancierd)
* Kost aan de maatschappij relatief gezien niet veel meer, maar wel voor de patiënt zelf.

De Qualidem-studie schat in dat de kostprijs van dementie in België 0,87% van het BBP omvat (0,48% voor thuiswonenden, 0,39% voor geïnstitutionaliseerde ouderen), wanneer rekening wordt gehouden met 1% personen met dementie in de hele populatie.

*Meer recente cijfers over de kost van dementie in België of Vlaanderen zijn niet beschikbaar, noch zijn er cijfers ter beschikking over de kosteneffectiviteit van een meer tijdige detectie. In de internationale literatuur bestaat deze laatste wel in beperkte mate, deze wordt hieronder dan ook samengevat. Literatuur over interventies rond tijdige detectie die specifiek de rol van de apotheker onderzoeken werden niet teruggevonden.*

**2. De kosteneffectiviteit van tijdige diagnose en interventie**

**2.1 Globaal**

**World Alzheimer Report 2011: the benefits of early diagnosis and intervention**

Het *World Alzheimer Report 2011* legde de focus op de effecten van tijdige detectie en interventie. De belangrijkste resultaten worden hier samengevat.

**Het promoten van een tijdige diagnose**

In de hogeloonlanden is er reeds een uitgebreid aanbod aan eerstelijnszorg. Het herkennen van signalen en het tijdig stellen van een diagnose zou dus mogelijk moeten zijn. Bijkomende opleiding van de zorgverleners op de eerste lijn is hier nodig, zowel over de detectie van dementie als over het zorgaanbod. Ook moeten de zorgverleners kunnen omgaan met de vragen die bovenkomen nadat een diagnose wordt gesteld. Screeningtools algemeen inzetten wordt afgeraden. Deze tools kunnen wel worden gebruikt wanneer een zorgverlener een niet-pluis gevoel heeft en bepaalde signalen herkend.

Een toename in het aantal geheugenklinieken zou een belangrijke factor kunnen zijn in de toename van het aantal diagnoses (zoals te zien is in Nederland en de UK). Voorlopig zijn er 12 geconventioneerde geheugenklinieken in België, waarvan vijf in Vlaanderen en twee in Brussel (waarvan één Nederlandstalige).

**Voordelen van een tijdige detectie voor personen met dementie en hun omgeving**

Vanuit de literatuur is er weinig onderzoek die de voordelen van een tijdige detectie onderbouwt. Desondanks wordt wel een sterke pleidooi gehouden voor een tijdige detectie, op basis van richtlijnen die experten geven. We onderscheiden negen thema’s:

1. Huidige medische behandeling optimaliseren: behandelbare oorzaken en verergerende factoren behandelen en uitvoeren van een medicatiereview.
2. Opluchting door een beter begrip, bezorgdheid die wordt erkend, kader om de symptomen te kunnen plaatsen en begrijpen.
3. Beslissingsautonomie maximaliseren: de kans om belangrijke beslissingen over de toekomst te maken wanneer men hier cognitief nog toe in staat is.
4. Reduceren van gevaarlijke situaties: veiligheid thuis, autorijden, anticiperen op en vermijden van ongewenste effecten door medicatie.
5. Toegang tot ondersteunende diensten: medische zorg, advies en ondersteuning, … Zonder diagnose kan men deze niet verkrijgen.
6. Plannen voor de toekomst: vervroegd pensioen, financiële planning, veiligheidsoverwegingen.
7. Optimaliseren van de medische behandeling.
8. Vermijden of reduceren van toekomstige kosten.
9. Diagnose als een menselijk recht.

Daarnaast is uit onderzoek ook gebleken dat verschillende behandelingen beter werken indien zij vroeger in het ziekteverloop worden opgestart. Zo blijkt dat de medicatie ter behandeling van de dementie beter werkt bij personen met een beginnende dementie tegenover bij personen met een matige dementie. Ook interventies die gericht zijn op de mantelzorgers hebben een positief effect, en kunnen er bijvoorbeeld voor zorgen dat de opname in een woonzorgcentrum wordt uitgesteld op volledig kan worden vermeden. Hierbij geldt eveneens dat deze interventies het meest effect hebben wanneer zij vroeg in het zorgproces worden ingesteld.

**De economische voordelen van een tijdige diagnose en interventie**

Er werden drie economische studies gevonden die de impact van een tijdige diagnose op toekomstige kosten van de gezondheidszorg en sociale zorg onderzocht.

Een studie van de universiteit van Wisconsin concludeerde dat de tijdige identificatie en behandeling van de ziekte van Alzheimer het potentieel heeft om grote sociale en financiële voordelen op te leveren voor de staat. De kost van de tijdige detectie wordt geschat op $4000. Er zijn twee interventies waarvan wordt uitgegaan dat ze de opname in een zorginstelling kunnen uitstellen: het gebruik van cholinesteraseinhibitoren en een interventie die de mantelzorger inlicht over de ziekte, hierin mee leert omgaan en ondersteuning aanbiedt voor de mantelzorger.

Een tweede analyse werd uitgevoerd door Eisai Ltd, de producent van donepezil. In dit onderzoek werden alle personen die zich aanboden op de eerstelijn en subjectieve geheugenklachten hebben, gescreend. Een behandeling met donepezil werd opgestart bij personen met een MMSE score tussen 10 en 26. Ook hier waren de voordelen van de tijdige detectie en start van de medicatie hoger dan de kost die dit programma met zich meebracht.

De derde economische evaluatie ging de mogelijke kosteneffectiviteit na van de nationale introductie van het Croydon-model, een dienst voor tijdige detectie en interventie bij dementie. Dit model werd succesvol uitgetest in Croydon en ook een nationale uitrol zou veel voordelen bieden. Wanneer deze interventie 10 jaar na de introductie zou leiden tot een daling van 10% in het aantal institutionaliseringen, zouden de baten de kosten zeker overstijgen.

In landen met hoge inkomens, liggen volgens het *Alzheimer Report 2010* de gemiddelde kosten voor de gezondheidszorg voor een persoon met dementie rond de $32 865 per persoon. Rekening houdend met de eenmalige kost van $5000 voor een kwaliteitsvolle diagnose, zou een tijdige diagnose een besparing opleveren van ongeveer $10 000 per persoon met dementie doorheen het hele ziekteverloop.

Er is echter nog een groot deel van de bevolking dat geen diagnose krijgt, schattingen vertellen ons dat ongeveer de helft van de personen met dementie geen diagnose heeft. Zonder (tijdige) diagnose loopt de patiënt en zijn omgeving verschillende bronnen van hulp mis, wat op termijn zal leiden tot hogere kosten voor de patiënt en de maatschappij.

**Dementie bespreekbaar maken**

Een tijdige detectie maakt dementie meer bespreekbaar en zal voor een verandering in perceptie over dementie zorgen. Wanneer het taboe over dementie verdwijnt en men beter geïnformeerd is over de mogelijkheden na een diagnose, wordt de drempel van de diagnosestelling ook drastisch verlaagd.

**Conclusies en aanbevelingen van het World Alzheimer Report 2011**

Er werd aangetoond dat het mogelijk is om een tijdige detectie van dementie aan te moedigen, dat er verschillende effectieve strategieën zijn voor personen met dementie in een vroeg stadium, dat sommige interventies meer effectief zijn in een vroeger stadium van de ziekte en dat (al zeker in de hogeloonlanden) een vroege diagnose die gepaard gaat met een vroege interventie kosteneffectief is.

1. Er zijn aanwijzingen dat een tijdige diagnose kan worden bekomen door praktijkgerichte opleidingsprogramma’s in de primaire zorg, de introductie van toegankelijke diensten voor de diagnose (geheugenklinieken) en de interactie tussen de verschillende zorgactoren aanmoedigen.
   1. Alle actoren op de eerste lijn zouden basis-competenties moeten hebben in het screenen voor dementie, waarbij zij een ‘tijdelijke’ diagnose kunnen stellen (waarbij reversibele oorzaken worden uitgesloten), informatie en steun kunnen verstrekken, medische zorg optimaliseren en correct kunnen doorverwijzen.
   2. Samenwerking tussen gespecialiseerde diensten moet worden aangemoedigd
   3. Waar wenselijk moeten nationale netwerken van gespecialiseerde diagnostische centra worden georganiseerd, waarnaar de eerstelijnsactoren kunnen doorverwijzen indien dit nodig zou zijn.
   4. In complexe gezondheidszorgsystemen moeten duidelijke richtlijnen komen voor de rol van de eerstelijnszorg, de geheugenklinieken en andere (maatschappelijke) zorgcentra voor de diagnosestelling en de behandeling doorheen het hele ziekteproces.
2. Er zijn geen eenduidige aanwijzingen dat een vroegere diagnose geassocieerd kan worden met betere uitkomsten voor personen met dementie en hun mantelzorgers, vooral omdat er te weinig data is van observationele populatie-studies en klinische cohorten om conclusies uit te trekken.
   1. Meer observationeel onderzoek moet dringend worden uitgevoerd, waarbij gebruik wordt gemaakt van data uit de ziekenhuizen die wordt verzameld bij het stellen van diagnoses
   2. Er moet een populatie-onderzoek komen naar waar en wanneer een diagnose wordt gesteld, en welke dementie-specifieke zorg er dan wordt ontvangen.
3. Het is een mythe dat een diagnose niet nuttig is omdat er niets aan kan worden gedaan. Er zijn namelijk verschillende *evidence-based* interventies die het cognitief functioneren kunnen verbeteren, depressie kunnen behandelen, het gemoed van de mantelzorger kunnen verbeteren en opname in een verzorgingsinstelling kunnen uitstellen.
   1. Cholinesteraseinhibitoren en cognitieve stimulatie kunnen het cognitief functioneren verbeteren bij personen met AD, en deze opties zouden systematisch moeten worden aangeboden.
   2. Gingko biloba wordt niet aangeraden als voornaamste middel voor de behandeling van AD, maar kan eventueel worden overwogen bij personen die niet reageren op de cholinesterase-inhibitoren, of bij andere vormen van dementie. Cognitieve stimulatie kan ook nuttig zijn bij andere vormen van dementie.
   3. Training, ondersteuning en opleiding van de mantelzorgers moeten op tijd worden aangeboden naarmate de zorgvraag toeneemt. Dit kan zorgen voor een beter gemoed bij de mantelzorger en het uitstellen van opname in een verzorgingsinstelling van de persoon met dementie.
   4. De beschikbaarheid van deze interventies moet op een actieve manier worden gecommuniceerd naar de zorgverleners door middel van opleiding ; en naar het algemene publiek door gezondheidspromotie en de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg en maatschappelijke zorg faciliteiten.
   5. Aanbieders van de zorg moeten ervoor zorgen dat deze interventies beschikbaar worden gesteld aan personen in een vroeg stadium van dementie. Dit omvat: dienstverlening bij vroege dementie, gepaste financiering voorzien en training en ondersteuning voorzien voor hun personeel.
   6. Implementatie hiervan moet worden geëvalueerd.
4. Er zijn aanwijzingen van economische modellen dat een vroegere diagnose van dementie en het op tijd voorzien van de juiste interventies kosteneffectief kan zijn; voornamelijk door de voordelen van de behandeling met cholinesteraseinhibitoren en interventies gericht op de mantelzorger; en het kunnen uitstellen van opname in zorginstellingen en een verbeterde levenskwaliteit voor personen met dementie en hun mantelzorgers.
   1. De bestaande modellen zijn gebaseerd op de gezondheidszorgsystemen in de VS en het VK. Onderzoek in de andere landen is nodig

**2.2 In het Verenigd Koninkrijk**

In de internationale literatuur zijn verschillende studies terug te vinden uit het Verenigd Koninkrijk die gaan over de kosteneffectiviteit van een tijdige diagnose en daarmee gepaard het tijdig instellen van de meest optimale behandeling.

In een studie uit 2014 (Barnett et al, 2014) werden twee interventies onderzocht aan de hand van een theoretisch model. Ze bekeken wanneer in het ziekteverloop de interventies zouden moeten worden opgestart om zo kosteneffectief mogelijk te zijn. Ze vergeleken een symptomatische behandeling (gelijkaardig aan de huidige behandeling met cholinesteraseinhibitoren) en een behandeling die de ziekte modificeert en tijdelijk stopt. Om het meest kosteneffectief te zijn, zou de symptomatische behandeling acht jaar voor normaal de diagnose wordt gesteld moeten worden opgestart. De andere interventie is het meest kosteneffectief ongeveer twee jaar voor de diagnose wordt gesteld in de huidige situatie. Daarbij komt dat deze laatste interventie ongeveer vijftien keer meer voordelig is dan de symptomatische behandeling.

Volgens een recente studie van Zala, Chan en McCrone (2017) wordt het aantal ongediagnosticeerde gevallen van dementie geschat op 50%. De tijd tussen de eerste symptomen en de diagnose wordt geschat op 36 maanden. De onderzoekers gingen de invloed op de kosteneffectiviteit na wanneer een behandeling niet optimaal werd uitgevoerd of uitgesteld. In het algemeen ondervonden ze dat hoe langer de behandeling werd uitgesteld, hoe lager de potentiële baten werden en hoe hoger de kosten. Hierbij wordt steeds uitgegaan van een meer tijdige diagnose tegenover een diagnose die ongeveer drie jaar later zou worden gesteld. Bij een milde tot matige dementie is er sprake van een nettowinst van £1920 over een periode van vijf jaar. Wanneer bij de detectie van een matige tot gevorderde dementie meteen de meest optimale behandeling wordt opgestart, bespaart met netto £1893 over vijf jaar.

**3. De kost van medicatie-gerelateerde problemen**

Het is ondertussen duidelijk dat er verschillende problemen zijn met de medicatie voor personen met dementie. Personen met dementie hebben vaak nog andere chronische aandoeningen, waardoor er vaak sprake is van polyfarmacie. Door hun cognitieve problemen zijn zij extra gevoelig voor therapie-ontrouwheid, maar anderzijds krijgen zij ook vaak geneesmiddelen voorgeschreven die niet (meer) aangewezen zijn. Specifieke data voor personen met dementie en geneesmiddelengerelateerde problematiek is schaars, zeker in een Vlaamse of Belgische context. Om deze reden zal gekeken worden naar Nederlands onderzoek dat keek naar de potentieel vermijdbare, geneesmiddelengerelateerde ziekenhuisopnames bij een algemene patiëntenpopulatie. We weten dat patiënten met dementie vaker worden geconfronteerd met polyfarmacie en dat zij ook vaker worden opgenomen in het ziekenhuis, waardoor dit onderzoek zeker relevant is voor onze onderzoekspopulatie.

**Potentieel vermijdbare, geneesmiddelengerelateerde ziekenhuisopnames**

Om de omvang van de problematiek rond medicatie-gerelateerde problemen en ziekenhuisopnames te schetsen, kijken we naar de Nederlandse studies ‘*Harm-Wrestling’* (2009) en ‘*Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid*’ (2017) onder leiding van het Erasmus MC, waarvan het eindrapport aan het begin van dit jaar werd gepubliceerd.

In 2006 werd gevonden dat 5,1% van alle acute ziekenhuisopnames waarschijnlijk tot zeker werden veroorzaakt door een bijwerking van medicatie. Van deze opnames, zou 29% tot 46% potentieel vermijdbaar zijn, wat overeenkomt met 10 000 tot 16 000 potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames in Nederland. Wanneer de opdeling op leeftijd wordt gemaakt en een onderscheid wordt gemaakt tussen 18 tot 65-jarigen en personen ouder dan 65, zien we een groot verschil tussen deze categorieën. In de leeftijdscategorie 18 tot 65 was er sprake van 3,0% geneesmiddelengerelateerde opnames, in de categorie > 65 gaat het om 10,4%. De potentiële vermijdbaarheid was respectievelijk 25,8% en 47,4%.

**Soorten risicocategorieën**

De onderzoekers onderscheiden drie categorieën waarin risico’s zich kunnen voordoen. Om de medicatieveiligheid te verbeteren moet elk van deze categorieën in rekening worden gebracht.

1. **Risicogeneesmiddelen**

Een substantieel deel van de potentieel vermijdbare opnames is te wijten aan een beperkte groep geneesmiddelen, waaronder anticoagulantia, trombocytenaggregatieremmers, NSAID’s, bloedsglucoseverlagende middelen, bepaalde psychofarmaca en bepaalde cardiovasculaire middelen.

1. **Risicopatiënten**

Deze zijn vaak patiënten met een hoge leeftijd, polyfarmacie, multimorbiditeit, verminderde cognitie, therapietrouw, nierfunctiestoornis en/of minder zelfstandige woonsituatie dan thuiswonen. We merken hier op dat personen met dementie vaak met meerdere van deze factoren worden geconfronteerd.

1. **Risicoprocessen en -situaties**

In de literatuur wordt meermaals beschreven hoe patiënten die na een ziekenhuisopname door een bijwerking van medicatie, opnieuw op die medicatie of een nauw verwant geneesmiddel worden gezet na hun ontslag. Het eerder optreden van een bijwerking is een significante risicofactor voor het opnieuw optreden van deze reactie. Om deze reden is een snelle en duidelijke communicatie broodnodig.

**Aanbevelingen**

De onderzoekers formuleerden zes algemene richtlijnen in 2009. We vatten ze hier kort samen, de volledige richtlijnen zijn terug te vinden in het Harm-Wrestling onderzoek.

1. Het opstarten van een overleg waarbij wordt nagedacht over de verbetering van medicatieveiligheid op middellange termijn; met de focus op volgende onderwerpen:
   1. Terugdringen van de potentieel vermijdbare ziekenhuisopname die minder vaak voorkomen
2. Zorgverleners op de hoogte brengen dat een belangrijk deel van alle potentieel vermijdbare geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames wordt veroorzaakt door een beperkt aantal, voorspelbare bijwerkingen van een beperkt aantal geneesmiddelengroepen.
3. Een hoofdbehandelaar aanstellen wanneer een oudere patiënt minsten vijf geneesmiddelen chronisch gebruikt die door verschillende behandelaren werden voorgeschreven. Dit wordt ook gecommuniceerd naar de perso(o)n(en) die de geneesmiddelen afleveren. Bij de start van risicogeneesmiddelen die waarvan niet de bedoeling is deze jarenlang te nemen, wordt de verwachte therapieduur gecommuniceerd naar andere behandelaren, de afleverende apotheker en de patiënt. De voorschrijver en de apotheker leggen dit vast in het dossier van de patiënt.
4. Voorschrijvers en apothekers gaan bij gepolyfarmaceerde patiënten gezamenlijk na welke herhaalmedicatie nog steeds terecht wordt voorgeschreven en welke medicatie ten onrechte ontbreekt (a.d.h.v. periodieke medicatie reviews).
5. De computersystemen van voorschrijvers en apothekers moeten deze aanbevelingen zo goed mogelijk ondersteunen.
6. Andere voorschrijvers, de apotheker en de patiënt worden snel en duidelijk op de hoogte gebracht wanneer één van de geneesmiddelen wordt gestaakt door een ernstige bijwerking.

Naast deze algemene aanbevelingen worden in 15 categorieën nog 34 andere aanbevelingen geformuleerd, die ook uitgebreid staan beschreven in het Harm-Wrestling rapport.

**En in België?**

In België bestaan geen cijfers over het aantal potentieel vermijdbare geneesmiddelengerelateerde ziekenhuisopnames. In het *IMS Health Report: Advancing the Responsible Use of Medicines in Belgium* (2015) werden de cijfers uit het eerste Harm-Wrestling rapport geëxtrapoleerd naar een Belgisch landschap, gebaseerd op het aantal ziekenhuisopnames in 2011. Het IMS-rapport schat de potentiële kost die zou kunnen worden uitgespaard op €209 miljoen.

Op de site van de Vlaamse Ouderenraad vinden we volgende cijfers terug over het geneesmiddelengebruik bij ouderen, die werden gepresenteerd op het symposium over geschikt voorschrijven van geneesmiddelen bij ouderen (3 december 2015):

* 25% van de 65-plussers neemt 5-8 geneesmiddelen in
* 8% van de 65-plussers neemt meer dan 8 geneesmiddelen in
* 30% van de 75-plussers neemt minstens 5 geneesmiddelen in
* 6% van de 75-plussers neemt meer dan 9 geneesmiddelen in
* 65-plussers nemen vooral medicatie voor hart- en bloedvaten
* Bewoners in woonzorgcentra gebruiken gemiddeld 8 geneesmiddelen waarvan 7 geneesmiddelen langer dan 3 maanden.
* Van alle bewoners in WZC gebruikte 54% slaap- en kalmeermiddelen, 40% antidepressiva en 33% antipsychotica

**4. Besluit**

De kost van dementie is immens, zowel in België als globaal gezien. Het *World Alzheimer Report 2011* en een meer recente studie uit de UK (2017) tonen aan dat een tijdige detectie, gekoppeld aan een optimale interventie kan leiden tot een enorme besparing en stijging in levenskwaliteit bij de persoon met dementie en diens omgeving.

Er werd nog geen onderzoek gedaan naar de kosteneffectiviteit van de rol van de apotheker in het proces van *case-finding*. Gezien echter de laagdrempeligheid van de apotheker en de vertrouwensrelatie die de apotheker heeft met zijn patiënten (zie tussentijds rapport), is de apotheker uitstekend geplaatst om de eerste signalen van dementie op te vangen, personen door te verwijzen en te ondersteunen doorheen het hele ziekteproces. Gezien medicatie een belangrijk deel van de kost omvat, zowel voor het gezondheidszorgsysteem als voor de patiënt, kan de apotheker ook zorgen voor een optimaal medicatieschema en een zo veilig mogelijk medicatiebeleid. Dit kan worden bewerkstelligd door een samenkomen van de expertise van de apotheker en het optimaliseren van de gegevensdeling, onder andere door het gebruik van Vitalink.

# **Bibliografie**

Barnett, J. H., Lewis, L., Blackwell, A. D., & Taylor, M. (2014). Early intervention in Alzheimer's diseaese: a health economic study of the effects of diagnostic timing. *BMC Neurology*, 1-9.

Pacolet, J., & Hedebouw, G. (2004). *Kostprijs en inzet van middelen voor de zorg van personen met dementie - In opdracht van Qualidem.*

Prince, M., Bryce, R., & Ferri, C. (2011). *World Alzheimer Report 2011.* London: Alzheimer's Disease International.

Scuvee-Moreau, J., Kurz, X., & Dresse, A. (2002). The economic impact of dementia in Belgium: results of the National Dementia Economic Study (NADES). *Acta Neurologica Belgica*, 104-113.

Zala, D., Chan, D., & McCrone, P. (2017). The cost-effectiveness implications of suboptimal treatment for different severities of Alzheimer's disease in the UK. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1-9.

Deel 3:   
Bijlages

1. **Verslag stuurgroep 29/05/2017**
2. **Verslag stuurgroep 18/05/2017**
3. **Projectplan fase II**
4. **Rapport bevraging West-Vlaanderen**



Verslag van de stuurgroep FAZODEM 29/05/2017 @ KAVA

1. **Ervaringen map in de praktijk?**
   1. Bevraging deelnemers mini-symposium en kopers map
      1. Kan maar wel oppassen! Succesverhalen zoeken
      2. Bevraging kan worden uitgesteld, wel waakzaam zijn voor succesverhalen
      3. Specifiek per item gaan bevragen (geen algemene vragen), hoeveel patiënten ze denken te hebben bereikt en op zoek gaan naar positieve verhalen (en eventueel voor camera laten getuigen).
   2. Via Silas: contacten met Antwerpse apothekers
   3. Na een infoavond kan ook om een spontane reactie worden gevraagd
      1. Gegevens vragen, achteraf om informed constent vragen via mail (opvragen via Olivier van het EDV)
2. **Met het oog op fase II:**
   1. Infoavonden (voorlopig, vanaf fase 2 echte pilootprojecten):
      1. Draaiboek (zie bijlage)
         1. Richtinggevend!
      2. Voorlopig twee projecten in West-Vlaanderen en één in Limburg
      3. Bijkomende interesse uit Gent en het Waasland
   2. Opleidingen
      1. Door IPSA of ondersteund door IPSA?
         1. Binnenkort contacteren met een concrete vraag naar opleidingen opnemen in hun planning.
      2. Coaching op maat
      3. Luik communicatie toevoegen: apothekers hebben nood aan een opleiding hoe men moet omgaan met personen met dementie en hun mantelzorgers, hoe ze bepaalde dingen onder woorden kunnen brengen, hoe ze met bepaalde situaties moeten omgaan.
   3. Projectplan per thema overlopen
      1. Algemeen: ik vraag me af hoe ver we moeten gaan in de begeleiding van de apotheker omtrent dit thema. Is wat er nu is + een bijkomende infoavond en/of IPSA-les voldoende? Een GGG en medicatiereview lijken sowieso aangewezen, maar moet men dan nog verder gaan?
         1. Overleg in te plannen met Veerle Foulon en Isabelle De Wulf
      2. SMART-formulering
      3. Focusgroep per thema: wie?
   4. Stand van zaken: subsidiedossier tweede jaar
      1. Dossier wordt in juni binnen gebracht, in najaar krijgen we de bevestiging of de subsidies al dan niet doorgaan.
   5. Stand van zaken: gezondheidseconomische studie
      1. Gestart, onder begeleiding van Janice Geers (KLAV)
      2. Vooral werken met internationale cijfers, aangezien er geen recente cijfers zijn over dementie in België.
      3. Het is wel mogelijk om de uitgavekosten van het RIZIV op te vragen en na te gaan.
      4. Nagaan wat de impact kan zijn van een tijdige detectie, medicatie-optimalisatie, …
      5. Zie ook Qualidem
3. **FAZODEM-map en online platform:**
   1. Geneesmiddelenfolders: aanpassingen
      1. Volgorde niet altijd even duidelijk
   2. Voorbeeldbrief: ‘Aankaarten mogelijke signalen dementie’
      1. Titel veranderen en het woord dementie schrappen? Brief zou in principe ook moeten kunnen worden meegegeven aan de patiënt.
         1. Brief wordt behouden in huidige vorm, wel vraag voor terugkoppeling van de huisarts naar de apotheker toevoegen.
   3. E-learning
      1. De e-learning is klaar, nu moet de koppeling met de site van de uitgeverij worden gemaakt.
      2. Personen die aanwezig waren op het mini-symposium, obv. emailadressen
      3. Anderen: in overleg met Politeia, Joke momenteel op verlof tot 6 juni
   4. Handleiding toevoegen
      1. Eerste voorstel (bijna) klaar. Is dit wat ongeveer nodig was?
         1. Lijk zeer handig, wel te plastificiëren
4. **Overige:**
   1. Toevoeging luik hulpmiddelen
      1. Vraag/voorstel van Virginie Monkerhey, die me eerder contacteerde ikv. chronic care projecten en die interesse heeft om deel te nemen aan de pilootprojecten.
      2. <https://atdementia.org.uk/> 🡪 zorg en veiligheid in de zorg voor personen met dementie
      3. Handig bij zelfstandig 🡪 hulpmiddelengids voor veilig en zelfstandig wonen voor personen met geheugenproblemen en dementie
         1. <http://www.dementie.be/wp-content/uploads/2016/06/hulpmiddelengids_handigbijzelfstandig_wzs_01-2010.pdf>
         2. Apothekers hier ook kennis mee laten maken, vol handige tips
5. **Volgende stuurgroep gaat door op 18/09/2017 om 12u @ KAVA**



Verslag van de stuurgroep FAZODEM 18/09/2017 @ KAVA

1. **Rapport fase I klaar**
2. **Subsidie fase II in orde**
3. **Projectplan fase II in bijlage**
4. **Fase II:**
   * Klein onderzoeksproject en losstaande infoavonden
     + Infoavonden: analoog aan het mini-symposium.
     + Klein onderzoeksproject: twee verschillende, intensieve opleidingen uitwerken en uittesten in kleine groep:
       - Workshop over de FAZODEM-map (~apinto)
       - Coaching op maat
     + GGG ontwikkelen
     + Kwaliteitsbevorderend programma (MFO) ontwikkelen: tijdige detectie van dementie (Silas)
       - Hoe doorverwijzen en communiceren?
     + Eventueel zelf gegevens verzamelen en laten verwerken door studenten
   * Samen met Veerle Foulon onderzoekstraject verfijnen
     + Hoe kunnen we competentie verhogen?
     + Wat zijn de noden?
     + Wat zijn de doelstellingen?
     + Hoe? Naar waar willen we?
   * Contact opnemen met IPSA: OK
5. **Volgend overleg: 30/10/2017 van 13u-14u via conference call**
   * Eén week op voorhand eerste versie van de materialen doorsturen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |
| NOTA | | **Personen met dementie, hun mantelzorgers en de huisapotheker. Fase II: deskundigheid rond dementie bij huisapothekers verhogen en implementeren.** |
|  | | 27-06-2017 |
| Auteurs | | Hilde Deneyer, Fien Van Sint Jan |

**Tijdslijn:** Fase II van het project begint op 1 september 2017 en eindigt op 31 augustus 2018.

**Doel**

Met een communicatiecampagne door het VAN – ondersteund door het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen - en door navorming de deskundigheid van de officina-apothekers in Vlaanderen verhogen op het gebied van:

* Tijdige detectie van dementie
* Optimalisatie van de medicatie bij personen met dementie
* Ondersteuning van de mantelzorg rondom personen met dementie

Na de navorming volgt de implementatie van de *evidence based* interventies door de huisapotheker in de klinische praktijk. Hierbij ligt de nadruk op multidisciplinaire samenwerking en elektronische gegevensdeling.

**Werkbeschrijving**

Taak 1: Navorming

* Stap 1: Communicatiecampagne naar de officina-apotheker over het Contactpunt Dementie.
* Stap 2: Navorming voor apothekers over dementie ontwikkelen en communicatiemateriaal over het Contactpunt Dementie voorzien. Er zullen drie verschillende soorten opleidingen worden voorzien: een theoretisch hoorcollege, een praktische les die de apothekers leert werken met de FAZODEM-kaft en hun communicatieve vaardigheden versterkt en een coaching op maat in de apotheek.
* Stap 3: Deskundigheid verhogen rond dementie door de navorming te organiseren voor elke officina-apotheker in de Vlaamse gemeenschap. Een certificaat en een competentieprofiel kunnen effectieve deelname stimuleren.

Taak 2: Implementatie van hulpmiddelen, methodes en procedures bij dementie.

* Stap 1: Opstart van een **veranderingstraject** in het gedrag van de officina-apothekers in hun omgang met personen met dementie, hun mantelzorger(s) en zorgteam. Dit traject gebeurt in overleg met de Vlaamse en federale overheid, het RIZIV en de verzekeringsinstellingen. Het traject omvat onder meer het bijwonen of initiëren van multidisciplinair overleg (MDO), zoals dat vandaag al georganiseerd wordt door de Geïntegreerde Diensten voor Thuiszorg (GDT) op het niveau van de grootstedelijke zorgregio’s. Daarnaast wordt ook medisch-farmaceutisch overleg (MFO) specifiek over dementie opgestart, dat resulteert in lokale projecten voor MFO in de kleinstedelijke zorgregio’s.
* Stap 2: Nieuwe clusters vormen van zorgverstrekkers die gegevens delen rond personen met dementie met het Vitalink medicatieschema. Dit sluit verder aan bij het Vitalink clusterproject: VAN zal hier inzetten op het opstarten van extra bijkomende clusters, specifiek rond dementie, die dan ook specifieke ondersteuning rond dit onderwerp krijgen. Er wordt ook aansluiting gezocht met pilootprojecten voor het delen van het medicatieschema in de tweede lijn zoals Ritm-e in UZLeuven en de eWZC-projecten.

**Resultaat en tijdslijn**Fase II sluit meteen aan op fase I.

Deskundigheid verhogen en implementeren:

* Resultaat: communicatiecampagne over het Contactpunt Dementie
* Tijdslijn: bij de start van fase II

Navorming ontwikkelen:

* Resultaat: opleveren van de navorming voor officina-apothekers en een voortgangsrapport aan Zorg en Gezondheid
* Tijdslijn: zes maanden na aanvang

Navorming, veranderingstrajecten en clusters

* Mijlpaal: start van de navorming voor officina-apothekers, van de veranderingstrajecten en de 100 extra clusters rond dementie
* Resultaat: evaluatierapport aan Zorg en Gezondheid
* Tijdslijn: start navorming zes maanden na aanvang; het evaluatierapport word twaalf maanden na de aanvang afgeleverd.

**Samenwerking met verschillende stakeholders**Voor deze fase wordt intensief samengewerkt met het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en zo nodig ook met de regionale expertisecentra die lokale infoavonden kunnen ondersteunen. Verder blijft de samenwerking met de wetenschappelijke instellingen behouden met afgevaardigden van de UA, UGent, VUB en KUL in de stuurgroep. Zij bewaken de wetenschappelijke validatie van het project. Waar mogelijk worden ook masterstudenten ingezet die deelaspecten van het project onderzoeken in hun masterproef. IPSA wordt als opleidingsinstituut nauw betrokken bij de uitwerking van de opleidingen. Vanzelfsprekend blijft ook de samenwerking met de lokale beroepsverenigingen en APB gegarandeerd.

*Na afloop van fase II kan Zorg en Gezondheid evalueren of het project verdergaat met de volgende fase, op basis van het evaluatieverslag dat onder meer weergeeft hoeveel apothekers al intekenden voor de navorming, het veranderingstraject en de clusters rond personen met dementie. Eerder kan Zorg en Gezondheid al een inschatting maken op basis van het voortgangsrapport, dat een tussentijdse stand van zaken geeft. Op dat moment is ook bijsturing mogelijk.*

**Middelen**

Zoals werd vermeld in de oorspronkelijke projectaanvraag zijn volgende middelen nodig voor het komende projectjaar. Deze zijn gebaseerd op de subsidie die voor de eerste fase van het project werd toegekend. Idealiter worden deze vrijgegeven op 1 september 2017.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Jaarlijks** |
| 1 FTE coördinator | 65.000 € |
| Werkingsmiddelen | 10.000 € |
| Overhead | 7.000 € |
| **TOTAAL** | **82.000 €** |

**Fase III**Zoals staat omschreven in het originele projectplan, volgt aansluitend op de tweede fase nog een derde fase, die zal bestaan uit de verderzetting van fase II en het uitschrijven van beleidsadviezen. Voor deze fase zullen opnieuw dezelfde middelen nodig zijn als bij fase I en fase III.

Het originele projectplan en het tussentijds rapport zijn terug te vinden in bijlage.

**Resultaten bevraging West-Vlaanderen**

1. **Gegevens van de deelnemers**

**1.1 Aantal:** 22 (Sint-Kruis: 8; Kortijk: 14)

**1.2 Emailadressen:** weggelaten wegens privacy

**1.3 Hoe lang werkt u in de officina?**

* Minder dan 5 jaar: 1
* 5-15 jaar: 5
* Meer dan 15 jaar: 16

**1.4 Wordt u zelf geconfronteerd met dementie in uw naaste omgeving?**

* Ja: 9
* Nee: 13

**1.5 Levert u geneesmiddelen aan een woonzorgcentrum?**

* Ja: 5
* Nee: 17

**1.6 Komt u in de officina in contact met personen met dementie of hun mantelzorgers?**

* Ja: 21
* Nee: 1

**1.7 Heeft u reeds deelgenomen aan een opleiding/infoavond/praatcafé/… over dementie?**

* Ja: 5
* Nee: 17
* Indien ja, dewelke? 6 antwoorden:
  + IPSA (3)
  + Infoavond FAZODEM Foton/Sophia (2)
  + Informele gesprekken met mantelzorger (1)

1. **Noden en behoefte bij dementie**

**2.1 Ik voel me zelfzeker als ik de patiënt/mantelzorger informeer over volgende zaken:**

**2.2 Ik heb voldoende zicht op de sociale kaart (aanbod van zorg en ondersteuning) bij dementie  
 Ik beschik over de nodige didactische materialen om personen met dementie te ondersteunen/informeren  
 Ik weet welke folder/informatie/… ik kan meegeven aan patiënten met dementie**

**2.3 In welke mate bent u vertrouwd in de begeleiding en het verstrekken van de nodige informatie bij de aflevering van de volgende geneesmiddelen bij dementie?**

**2.4 Welke rol of taken kunnen apothekers volgens u opnemen in het ondersteunen van personen met dementie en hun mantelzorgers?**

* Begeleiding medicatiegebruik (therapietrouw controleren, correcte inname medicatie, IMV, medicatieschema, …)
* Doorverwijzen naar andere diensten en organisaties
* Luisterend oor bieden
* Adviesrol, aanspreekpunt bij onzekerheden
* Signaalfunctie – detectie

**2.5 Wat mist u in de apotheek om personen met dementie en/of hun mantelzorgers te begeleiden/ondersteunen?**

* Tools
* Folders/informatie over het aanbod
* Tijd
* Hoe omgaan met personen met dementie? Wat kan men wel/niet zeggen?
* Informatie (kennis pathologie, communicatie, ondersteuningsaanbod, …)
* Praktische opleiding

**2.6 Zou u een bijkomende opleiding willen over dementie?**

* Ja: 20
* Nee: 2
* Indien ja, over welke onderwerpen?
  + De ziekte (pathologie, soorten dementie, eerste symptomen, …): 17
  + De diagnosestelling: 11
  + De behandeling: 13
  + De begeleiding (ondersteuningsaanbod, communicatie, nuttige folders/websites, …): 18
* Indien ja, op welke manier wil u iets bijleren?
  + Een hoorcollege of les: 15
  + Een seminarie of symposium: 2
  + Een interactieve les of workshop (bv: Apinto): 6
  + Een boek, brochure of extra literatuur: 6
  + Een e-learning of interactieve website: 9
  + Ervaringen delen met collega’s: 5

**2.7 Welke tools zou u handig vinden om informatie op te zoeken bij aflevering van geneesmiddelen bij dementie?**

* Een applicatie (app): 5
* Een zakboekje/gids in pocketformaat: 16
* Een handleiding aan de balie: 7
* Een boek(je): 3
* Een link naar een website: 11
* Informatie geïntegreerd in de software: 15

1. **Kennis van dementie**

**3.1 Resultaten per vraag**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vraag** | **Juist** | **Fout** | **Geen idee** |
| 1. Hoeveel personen met dementie in Vlaanderen? | 9 | 7 | 6 |
| 1. De ziekte van Alzheimer is de meest voorkomende vorm van dementie. | 11 | 7 | 4 |
| 1. De ziekte van Alzheimer wordt gekenmerkt door α-synucleïne plaques en neurofibrillaire amyloïd tangles in de hersenen. | 0 | 13 | 9 |
| 1. Visuele hallucinaties komen frequent voor bij dementie met Lewy-bodies. | 7 | 2 | 13 |
| 1. De MMSE (Mini Mental State Examination) is een veelgebruikte screeningstest. De score varieert tussen 0 en 30. Een hogere score betekent een slechter cognitief functioneren. | 8 | 2 | 12 |
| 1. Er zijn twee groepen geneesmiddelen voor de symptomatische behandeling van de ziekte van Alzheimer: de cholinesteraseremmers (galantamine en rivastigmine) en NMDA-agonisten (donepezil en memantine). | 5 | 15 | 2 |
| 1. Hoe verbeteren cholinesteraseremmers de cholinerge neurotransmissie? | 12 | 6 | 4 |
| 1. Een patiënte (70 jaar) neemt sinds 3 weken donepezil: éénmaal 5 mg per dag, ’s avonds voor het slapen. Welke van onderstaande beweringen over het gebruik van donepezil is juist? | 15 | 5 | 2 |
| 1. Van centraal werkende anticholinergica is bekend dat ze soms bij ouderen kunnen leiden tot ernstige verwardheid. Deze middelen dienen dan ook zo veel mogelijk te worden vermeden bij patiënten met dementie. | 14 | 2 | 6 |
| 1. Gedragsstoornissen worden eerst medicamenteus onderdrukt en dan is er ruimte voor niet-farmacologische ondersteuning. | 16 | 3 | 3 |
| 1. Zowel de klassieke als de atypische antipsychotica verhogen de mortaliteit bij gebruik bij dementie. | 3 | 4 | 15 |
| 1. Op 12 maart 2015 is het Contactpunt Dementie officieel gelanceerd. Wat is dit? | 3 | 9 | 10 |

**3.2 Gemiddeldes**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gemiddelde score op 12** | 4,64 |
| **Gemiddeld aantal fouten** | 3,41 |
| **Gemiddeld aantal ‘geen idee’** | 3,95 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mediaan score op 12** | 5 |
| **Mediaan aantal fouten** | 3,5 |
| **Mediaan aantal ‘geen idee’** | 3 |

Vijf apothekers behaalden score van 6 of meer op 12.

Range score op 12: 1 – 10  
Range aantal fouten: 0 – 9  
Range aantal ‘geen idee’: 0 – 11

1. **Projectinformatie**

De informatie op deze vragen met voorzichtigheid interpreteren, aangezien de vragenlijst na de infoavond werd ingevuld en dus alle apothekers informatie hadden gekregen over de expertisecentra dementie.

**4.1 Foton (Brugge) en Sophia (Kortrijk) zijn regionale expertisecentra dementie. Bent u bekend met de werking van de expertisecentra?**

* Ik heb nog nooit gehoord van Foton of Sophia: 5
* Ik heb al gehoord van Foton en/of Sophia, maar ik weet niet precies wat ze doen: 5
* Ik weet waarvoor ik terecht kan bij Foton op Sophia: 12

**4.2 Indien u Foton of Sophia kent, hoe zou u het belang van hun werking quoteren?**

* Zeer belangrijk: 4
* Belangrijk: 12

**4.3 Heeft u ooit al contact opgenomen met Foton of Sophia?**

* Ja: 0
* Nee: 22

**4.4 Dementievriendelijke gemeente: er bestaat een solidariteitssticker en een flyer om duidelijk te maken dat er in uw zaak aandacht is voor personen met dementie. Maakt u hier al gebruik van?**

* Ja: 6
* Nee: 16

**4.5 Zou u gebruik maken van de solidariteitssticker en flyer indien deze u wordt aangeboden?**

* Ja: 21
* Nee: 0

**4.6 Deed u al dingen voor patiënten met dementie die verder gingen dan wat u doorgaans voor uw patiënten doet? Zo ja, welke dingen dan?**

* Extra tijd vrijmaken indien ze problemen ervaren
* Thuis leveren
* Betere opvolging
* Extra geduld
* In gesprek gaan met de mantelzorger wanneer nodig (in apart lokaal); mantelzorger opbellen
* IMV voorstellen
* Bij vermoeden dementie, subtiel familie op de hoogte brengen en aanraden zich te laten onderzoeken; vermoeden rapporteren aan de huisarts.
* Therapietrouw opvolgen, familie en huisarts verwittigen