

Consultatiedocument Farmacotherapeutisch Kompas voor registratiehouders  
Graag reactie voor 31 mei 2026 van de registratiehouders die volgens de  
consultatieprocedure kunnen reageren.

5

## Dementie

### Advies

10 Bij de behandeling van dementie hebben cholinesteraseremmers (donepezil,  
galantamine, rivastigmine) en memantine een beperkte plaats wegens de geringe  
effectiviteit. Overweeg in de tweedelijnszorg een cholinesteraseremmer bij lichte tot  
15 matige Alzheimer-dementie, 'Lewy body'-dementie of parkinsondementie. Bij matig-  
ernstige tot ernstige Alzheimer-dementie kan memantine overwogen worden. Overweeg  
in een acute noodsituatie bij dementie zonder psychotisch gedrag een benzodiazepine,  
bijvoorbeeld lorazepam oraal (offlabel). Kies midazolam i.m. of nasaal (offlabel) als orale  
toediening niet mogelijk is. Bij een noodsituatie met psychotisch gedrag heeft haloperidol  
de voorkeur (niet bij 'Lewy body'-dementie of de ziekte van Parkinson).

### Aanvullende adviezen

Donanemab	Donanemab komt niet voor in de richtlijnen voor de behandeling van dementie.
-----------	--

20

### Behandelplan

#### Stappenplan: Alzheimer-dementie

25

##### Stap:

##### 1. Bespreek niet-medicamenteus beleid

- Geef uitleg en voorlichting over de aandoening en de prognose;
- Bied persoonlijke begeleiding aan in de vorm van casemanagement;
- Overweeg het opstellen van een individueel zorgplan;
- Bespreek mogelijke niet-medicamenteuze interventies, zoals ergotherapie, muziektherapie, sport/beweging, cognitieve training (geheugentraining) en communicatietraining;
- Doe een medicatiebeoordeling, met specifieke aandacht voor middelen die de cognitie verminderen (zoals middelen met anticholinerge effecten).

35

#### Overige aandachtspunten:

- Lichamelijke gezondheid, mondzorg, voeding en gewicht;
- Valpreventie, met name bij loopstoornissen;
- (Toename van) cognitieve stoornissen;
- Familie en/of sociaal netwerk en belasting van de mantelzorger;
- Signalen van verwaarlozing of mishandeling.

40

Zie ook *Verwijzing*: Dementie op [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl).

Verwijs, indien gewenst door de patiënt, naar de tweedelijnszorg waar er overwogen kan worden om naast de niet-medicamenteuze interventies te starten met medicamenteuze therapie (stap 2).

### Toelichting:

5 Bied, vanaf het moment dat er sprake is van (vermoeden van) dementie, de patiënt en/of mantelzorg(er) persoonlijke begeleiding aan in de vorm van casemanagement. Overweeg het opstellen van een individueel zorgplan. In een individueel zorgplan worden de behandeldoelen van de patiënt beschreven en wordt vastgesteld wie er verantwoordelijk is voor de verschillende onderdelen van de zorg. Inventariseer daarbij welke problemen prioriteit hebben. Evalueer het zorgplan minimaal twee keer per jaar en stel het plan zo nodig bij [1] [2] [3].

10 Niet-medicamenteuze interventies vormen de hoeksteen van de behandeling van dementie. Hoewel de effecten ervan op cognitief functioneren hooguit gering en veelal niet klinisch significant zijn, kunnen niet-medicamenteuze interventies wel bijdragen aan de kwaliteit van leven: de interventies kunnen zeer zinvol zijn als deze aansluiten bij de behoeften van de patiënt en bijdragen aan het welzijn en de dagstructuur van de patiënt. Ook kunnen niet-medicamenteuze interventies  
15 belangrijk zijn bij het ontlasten van de mantelzorg(er). Voor meer informatie over niet-medicamenteuze interventies, zie de NHG-Standaard en module 4.3 van de MDR [1][3].

20 De werking of bijwerkingen van anticholinerge middelen (bv. tricyclische antidepressiva, parasymphathicolytica, antipsychotica), kunnen verward worden met de symptomen, of verergering, van dementie. Staak bij cognitieve achteruitgang deze medicatie op proef, of zet de medicatie om naar een alternatief zonder anticholinerge effecten [1]. Zie voor een volledig overzicht van geneesmiddelgroepen met een hoger risico op verslechtering van cognitieve functies het *Verwijzing*: STOP-NL V2 hulpmiddel.

25 **Stap:**  
**2. Overweeg cholinesteraseremmer of memantine (tweedelijnszorg)**

#### **Alternatief:** **Lichte tot matige Alzheimer-dementie**

30 Overweeg, als aanvulling op niet-medicamenteuze interventies, symptomatische behandeling met een cholinesteraseremmer:

- *Verwijzing*: donepezil of
- *Verwijzing*: galantamine of
- *Verwijzing*: rivastigmine

Geef rivastigmine bij voorkeur in pleistervorm [3].

35 Evalueer op effecten en bijwerkingen. Zie de Toelichting voor de stopcriteria.

### **Let Op:**

40 Wees voorzichtig met cholinesteraseremmers bij ernstig hartfalen, 'sick-sinus syndrome', sinoatriaal en atrioventriculair blok, en syncope ten gevolge van ritmeproblemen in de voorgeschiedenis (tenzij hier al een pacemaker voor is gegeven), vanwege het risico op syncope en ritme- of geleidingsstoornissen [3].

### **Toelichting:**

5 Volgens de Multidisciplinaire richtlijn (MDR) kan het starten met een cholinesteraseremmer overwogen worden voor de symptomatische behandeling van lichte tot matige dementie [3]. De NHG-Standaard Dementie raadt het voorschrijven van cholinesteraseremmers door huisartsen af wegens de geringe effectiviteit. Indien gewenst door de patiënt kan een verwijzing gedaan worden naar de tweedelijnszorg waar overwogen kan worden te starten met een cholinesteraseremmer [1].

10 De Multidisciplinaire richtlijn (MDR) adviseert de CDR ('Clinical Dementia Rating')-classificatie te gebruiken voor het bepalen van de indicatie tot starten met een cholinesteraseremmer. Lichte tot matige Alzheimer-dementie komt volgens de MDR overeen met CDR 1-2 (wat in de praktijk overeenkomt met een MMSE ('Mini-Mental State Examination')-score van 10-26) [3].

15 De positieve effecten van cholinesteraseremmers zijn gering. De bewijskracht voor een gunstig effect op cognitief functioneren, algemeen dagelijks functioneren en neuropsychiatrische symptomen ('probleemgedrag') is bij Alzheimer-dementie laag [3]. Bovendien komen bijwerkingen vaak voor, met name gastro-intestinale bijwerkingen [1]. Cholinesteraseremmers zijn echter in relatief grote studiepopulaties onderzocht en het effect is consistent [3].

20 In de praktijk rijst vaak de vraag hoe lang door te gaan met de cholinesteraseremmer, met name bij progressie van dementie. Wegens het mogelijke risico op achteruitgang van functioneren na het stoppen, kan overwogen worden de cholinesteraseremmer te continueren bij ziekteprogressie binnen het indicatiegebied van lichte tot matig-ernstige dementie. Overweeg de behandeling te stoppen bij een vergevorderd stadium van dementie buiten dit indicatiegebied [3]. Overweeg ook de behandeling te staken indien één of meerdere stopcriteria zich voordoen:

- 30
- ernstige of hinderlijke bijwerkingen (bv. gastro-intestinale problemen na orale toediening en huidreacties na dermale toediening);
  - het niet bereiken van de minimale effectieve dosering;
  - een sterke verslechtering binnen enkele maanden van cognitie of algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL);
  - onvoldoende therapietrouw;
  - een slechte klinische conditie van de patiënt [3].

35 Op basis van de literatuur heeft de MDR geen voorkeur voor één van de cholinesteraseremmers. Vanwege het gebruiksgemak wordt een eenmaaldaagse dosering aanbevolen. [3].

40 Volgens Ephor zijn galantamine en rivastigmine mogelijke middelen voor lichte tot matig-ernstige Alzheimer-dementie wegens bewijs voor een (geringe) verbetering van cognitieve functies. Volgens Ephor heeft bij ouderen rivastigmine twee voordelen boven galantamine: rivastigmine heeft een alternatieve toedieningsvorm (pleister) met minder gastro-intestinale bijwerkingen en het heeft een minder groot interactiepotentieel [6][7]. Donepezil is niet beoordeeld door Ephor.

45 Memantine wordt niet aangeraden voor patiënten met lichte tot matige Alzheimer. Bij patiënten met matige Alzheimer (MMSE-score: 10–20) heeft memantine een gering positief effect op het cognitief functioneren. Dit effect is echter kleiner dan het effect van de cholinesteraseremmers. Bij patiënten met lichte Alzheimer

(MMSE-score:  $\geq 20$ ) heeft memantine geen positief effect op cognitie, klinische indruk, algeheel dagelijks functioneren of neuropsychiatrische symptomen [3].

**Alternatief:**

**Matig-ernstige tot ernstige Alzheimer-dementie**

5 Overweeg, als aanvulling op niet-medicamenteuze interventies, bij **matig-ernstige tot ernstige** dementie bij de ziekte van Alzheimer waarbij het doelsymptoom de functionele status is:

- *Verwijzing:* memantine

**Toelichting:**

10 Volgens de MDR kan memantine overwogen worden bij patiënten met matig-ernstige tot ernstige Alzheimer-dementie, waarbij het doelsymptoom de functionele status is [3]. De NHG-Standaard Dementie raadt het voorschrijven van memantine door huisartsen af wegens de geringe effectiviteit. Indien gewenst door de patiënt kan een verwijzing gedaan worden naar de tweedelijnszorg waar  
15 overwogen kan worden te starten met een memantine [1].

20 Memantine heeft kleine positieve effecten, gemeten bij matig-ernstige tot ernstige ziekte van Alzheimer (MMSE-score: 5 tot 14), op de globale klinische indruk en functionele achteruitgang. De effecten zijn statistisch significant, maar de studies die dit onderzochten zijn kwalitatief niet sterk en de klinische relevantie is beperkt. Voor een effect op neuropsychiatrische symptomen bij dementie is weinig bewijs. Het is niet bekend wat de effectiviteit is van memantine op de langere termijn, omdat er geen studies zijn met een duur langer dan 28 weken. Memantine wordt in het algemeen goed verdragen, de bijwerkingen zijn gering [3].

Evalueer periodiek de behandeling met memantine, met als stopcriteria:

- ernstige of hinderlijke bijwerkingen;
- het niet bereiken van de minimale effectieve dosering;
- een sterke verslechtering binnen enkele maanden van cognitie en/of algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL);
- onvoldoende therapietrouw;
- een slechte klinische conditie van de patiënt [3].

**Opmerking:**

*Verwijzing:* Donanemab komt niet voor in de richtlijnen voor de behandeling van Alzheimer-dementie.

**Stappenplan:**

35 **'Lewy body'-dementie en parkinsondementie**

**Stap:**

**1. Bespreek niet-medicamenteus beleid**

- Geef uitleg en voorlichting over de aandoening en de prognose;
- Bied persoonlijke begeleiding aan in de vorm van casemanagement;
- Overweeg het opstellen van een individueel zorgplan;
- Bespreek mogelijke niet-medicamenteuze interventies, zoals ergotherapie, muziektherapie, sport/beweging, cognitieve training (geheugentraining) en communicatietraining.
- Doe een medicatiebeoordeling, met specifieke aandacht voor middelen die de cognitie verminderen (zoals middelen met anticholinerge effecten).

#### **Overige aandachtspunten:**

- Lichamelijke gezondheid, mondzorg, voeding en gewicht;
- Valpreventie, met name bij loopstoornissen;
- (Toename van) cognitieve stoornissen;
- Familie- en/of sociaal netwerk en belasting van de mantelzorgers;
- Signalen van verwaarlozing of mishandeling.

15 Zie ook *Verwijzing*: Dementie op Thuisarts.nl.

Verwijs naar de tweedelijnszorg bij (een vermoeden van) 'Lewy body'-dementie of parkinsondementie, waar er kan worden overwogen om naast de niet-medicamenteuze interventies te starten met medicamenteuze therapie (stap 2).

#### **Toelichting:**

20 Bied, vanaf het moment dat er sprake is van (vermoeden van) dementie, de patiënt en/of mantelzorgers persoonlijke begeleiding aan in de vorm van casemanagement. Overweeg het opstellen van een individueel zorgplan. In een individueel zorgplan worden de behandeldoelen van de patiënt beschreven en wordt er vastgesteld wie er verantwoordelijk is voor de verschillende onderdelen van de zorg. Inventariseer daarbij welke problemen prioriteit hebben. Evalueer het

25 zorgplan minimaal twee keer per jaar en stel het plan zo nodig bij [1] [2] [3].

30 Niet-medicamenteuze interventies vormen de hoeksteen van de behandeling van dementie. Hoewel de effecten ervan op cognitief functioneren hooguit gering en veelal niet klinisch significant zijn, kunnen niet-medicamenteuze interventies wel bijdragen aan de kwaliteit van leven: de interventies kunnen zeer zinvol zijn als deze aansluiten bij de behoeften van de patiënt en bijdragen aan het welzijn en de dagstructuur van de patiënt. Ook kunnen niet-medicamenteuze interventies belangrijk zijn bij het ontlasten van de mantelzorgers. Voor meer informatie over niet-medicamenteuze interventies, zie de NHG-Standaard en module 4.3 van de

35 MDR [1][3].

40 De werking of bijwerkingen van anticholinerge middelen (bv. tricyclische antidepressiva, parasymphaticolytica, antipsychotica), kunnen verward worden met de symptomen, of verergering, van dementie. Staak bij cognitieve achteruitgang deze medicatie op proef, of zet de medicatie om naar een alternatief zonder anticholinerge effecten [1]. Zie voor een volledig overzicht van geneesmiddelgroepen met een hoger risico op verslechtering van cognitieve functies het *Verwijzing*: STOP-NL V2 hulpmiddel.

#### **Stap:**

#### **2. Overweeg cholinesteraseremmer (tweedelijnszorg)**

Overweeg in de tweedelijnszorg voor de **symptomatische behandeling** of de behandeling van **neuropsychiatrische symptomen** van dementie bij 'Lewy body'-dementie (DLB) of parkinsondementie (PDD), als aanvulling op niet-medicamenteuze interventies:

- 5
- *Verwijzing:* donepezil (offlabel) of
  - *Verwijzing:* galantamine (offlabel) of
  - *Verwijzing:* rivastigmine (capsule onlabel voor PDD en offlabel voor DLB, pleister offlabel)

Geef rivastigmine bij voorkeur in pleistervorm [3].

10

Evalueer op effecten en bijwerkingen. Zie de Toelichting voor de stopcriteria.

### Let Op:

15

Wees voorzichtig met cholinesteraseremmers bij ernstig hartfalen, 'sick-sinus syndrome', sinoatriaal en atrioventriculair blok, en syncope ten gevolge van ritmeproblemen in de voorgeschiedenis (tenzij hier al een pacemaker voor is gegeven) vanwege het risico op syncope en ritme- of geleidingsstoornissen [3].

### Toelichting:

20

Volgens de MDR kan een cholinesteraseremmer zeker overwogen worden bij patiënten met DLB en PDD en neuropsychiatrische symptomen in de tweedelijnszorg. De NHG-Standaard Dementie raadt het voorschrijven van cholinesteraseremmers door huisartsen af wegens de geringe effectiviteit [1]. De bewijskracht voor de positieve effecten van cholinesteraseremmers op cognitief functioneren, algemeen dagelijks functioneren en neuropsychiatrische symptomen ('probleemgedrag') is voor DLB en PDD laag tot zeer laag [3].

25

Bijwerkingen komen vaak voor, met name gastro-intestinale bijwerkingen [1]. In de praktijk worden echter vaak gunstige effecten gezien op symptomen zoals hallucinaties en waanideeën [3].

30

In de praktijk rijst vaak de vraag hoe lang door te gaan met de cholinesteraseremmer, met name bij progressie van dementie. Wegens het mogelijke risico op achteruitgang van functioneren na het stoppen, kan overwogen worden de cholinesteraseremmer te continueren bij ziekteprogressie binnen het indicatiegebied van lichte tot matig-ernstige dementie. Overweeg de behandeling te stoppen bij een vergevorderd stadium van dementie buiten dit indicatiegebied [3]. Overweeg ook de behandeling te staken indien één of meerdere stopcriteria zich voordoen:

- 35
- ernstige of hinderlijke bijwerkingen (bv. gastro-intestinale problemen na orale toediening en huidreacties na dermale toediening);
  - het niet bereiken van de minimale effectieve dosering;
  - een sterke verslechtering binnen enkele maanden van cognitie of algemene dagelijkse verrichtingen (ADL);
- 40
- onvoldoende therapietrouw;
  - een slechte klinische conditie van de patiënt [3].

Op basis van de literatuur heeft de MDR geen voorkeur voor één van de cholinesteraseremmers. Vanwege het gebruiksgemak wordt een eenmaaldaagse dosering aanbevolen [3].

5 Volgens Ephor is rivastigmine een mogelijk middel voor parkinsondementie wegens bewijs voor een (geringe) verbetering van cognitieve functies. Volgens Ephor heeft bij ouderen rivastigmine twee voordelen boven galantamine: rivastigmine heeft een alternatieve toedieningsvorm (pleister) met minder gastro-intestinale bijwerkingen en het heeft een minder groot interactiepotentieel [6][7]. Donepezil is niet beoordeeld door Ephor.

10

## **Stappenplan: Acute noodsituatie bij dementie**

### **Inleiding:**

15 Het volgende stappenplan is van toepassing bij acute noodsituaties met heftige agitatie, angst of agressie.

Voor informatie over (chronisch) probleemgedrag waarbij geen sprake is van een acute noodsituatie, zie de Uitgangspunten en de *Verwijzing*: Verenso-richtlijn.

### **Stap: 1. Bespreek niet-medicamenteus beleid**

20

- Onderzoek of er sprake is van een delier of psychopathologie anders dan dementie.
- Benader de patiënt de-escalerend:
  - blijf vriendelijk en rustig;
  - neem dezelfde positie aan als de patiënt (staand of zittend);
  - vermijd grote bewegingen of stemverheffing;
  - behoud voldoende afstand [1].

25

30 Voor behandeling van een delier bij dementie, zie *Verwijzing*: delier, zonder Parkinson of 'Lewy body'-dementie of *Verwijzing*: delier bij Parkinson of 'Lewy body'-dementie.

Ga naar stap 2 als de patiënt ondanks de-escalerende technieken (aanvullend) onderzoek of behandeling weigert en hiermee zichzelf of zijn omgeving schade toebrengt [4].

### **Toelichting:**

35 Pas zoveel mogelijk de-escalerende technieken toe. Spreek de patiënt aan of onderzoek de patiënt op een gecontroleerde en kalme manier, bied de patiënt keuzes en laat de patiënt in diens waarde. Houd tijdens het contact met de patiënt ook oog voor de eigen veiligheid [4].

40 Schakel zo nodig de crisisdienst in of overleg met bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater, neuroloog of ouderenpsychiater [1].

**Stap:**

**2. Start medicamenteuze behandeling**

Maak bij acute noodsituaties bij dementie onderscheid tussen situaties mét en zónder psychotisch gedrag:

5

**Alternatief:**

**Acute agressie of ernstige agitatie zónder psychotisch gedrag**

Kies uit onderstaande middelen:

10

- oraal benzodiazepine, bij voorbeeld *Verwijzing*: lorazepam (offlabel) of
- als orale toediening niet mogelijk is: *Verwijzing*: midazolam i.m. of nasaal (offlabel)

**Let Op:**

15

Bij parenteraal en nasaal gebruik van benzodiazepinen is ademhalingsdepressie een belangrijke bijwerking. Controleer daarom na toediening de ademhaling, (indien mogelijk) saturatie, bloeddruk en pols [4].

**Toelichting:**

20

Het NHG adviseert bij agressie of ernstige agitatie zonder psychotisch gedrag in een acute noodsituatie in eerste instantie een oraal benzodiazepine, bijvoorbeeld lorazepam; als orale toediening niet mogelijk is, midazolam (offlabel) intramusculair of nasaal [1].

25

Midazolam werkt snel, is intramusculair toe te dienen en heeft een beperkte werkingsduur. Omdat midazolam een brede indicatie heeft en huisartsen over het algemeen veel ervaring hebben met dit middel, geeft het NHG bij alle oorzaken van agitatie hieraan de voorkeur als een snelle werking (sneller dan oraal) vereist is. Het heeft een kortere halfwaardetijd dan lorazepam, dus moet mogelijk vaker toegediend worden [4].

Voor de huisarts is de parenterale toedieningsvorm van lorazepam minder toepasbaar, omdat de injectievloeistof gekoeld bewaard moet worden en regelmatig slecht verkrijgbaar is [4].

30

**Alternatief:**

**Acute agressie of ernstige agitatie mét psychotisch gedrag**

Kies uit onderstaande middelen:

- *Verwijzing*: haloperidol oraal of
- als orale toediening niet mogelijk is: *Verwijzing*: haloperidol i.m.

35

**Let Op:**

Haloperidol is gecontra-indiceerd bij 'Lewy body'-dementie (DLB) en de ziekte van Parkinson.

Wees uiterst terughoudend met het gebruik van antipsychotica bij patiënten met 'Lewy body'-dementie en parkinsondementie, vanwege het risico op verergering van extrapiramidale klachten [3].

### **Toelichting:**

5 Het NHG adviseert haloperidol als voorkeursmiddel in noodsituaties bij dementie mét psychotisch gedrag omdat dit effectief en veilig toepasbaar in de eerstelijns en snel werkzaam is [1] [4].

10 Volgens de MDR dient men uiterst terughoudend te zijn met het gebruiken van antipsychotica bij patiënten met DLB of PDD, vanwege het risico op verergering van extrapiramidale klachten. Bovendien zijn patiënten met DLB en PDD uitgesloten van de studies die antipsychoticagebruik bij dementie-patiënten onderzoeken; er kan daarom geen uitspraak worden gedaan over de effectiviteit ervan bij deze populatie [3].

## 15 **Achtergrond**

### **Definitie**

20 Dementie is een verzamelnaam voor meerdere neurodegeneratieve ziektebeelden die worden gekenmerkt door een combinatie van stoornissen in voornamelijk cognitie, stemming en/of gedrag. De meest voorkomende oorzaken van dementie zijn de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie. Andere vormen van dementie zijn o.a. 'Lewy body'-dementie, parkinsondementie en frontotemporale dementie (FTD) [1].

25 Deze indicatietekst beschrijft het behandelplan voor Alzheimer-dementie, 'Lewy body'-dementie en parkinsondementie. De behandeling van vasculaire dementie en FTD worden niet besproken in deze indicatietekst.

30 De belangrijkste risicofactor voor het ontwikkelen van dementie is leeftijd. Andere belangrijke risicofactoren zijn hypertensie, diabetes, roken, overmatig alcoholgebruik en onvoldoende lichaamsbeweging [3]. Wanneer dementie optreedt op vroege leeftijd, is er meestal sprake van één soort dementie. Bij oudere patiënten is vaker sprake van een mengvorm van bovengenoemde ziektebeelden en een overlap tussen de symptomen van de verschillende oorzaken [1].

35 *Probleemgedrag* bij dementie is alle gedrag dat gepaard gaat met lijdensdruk of gevaar voor de patiënt zelf, of voor de mensen in zijn of haar omgeving. In de literatuur wordt er ook wel gesproken over Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). Probleemgedrag kan grofweg worden ingedeeld in vijf (deels overlappende) hoofdvormen: psychotisch, depressief, angstig, geagiteerd (incl. agressie en nachtelijke onrust) en apathisch gedrag [1][2]. De MDR hanteert de benaming 'neuropsychiatrische symptomen' in plaats van 'probleemgedrag', waarbij wordt bedoeld op alle gedragsveranderingen bij dementie [3].

40 Het beloop van dementie is niet op individueel niveau te voorspellen. De meeste patiënten bereiken niet het ernstigste stadium van de ziekte maar overlijden door

co-morbiditeit. De levensverwachting is o.a. afhankelijk van de leeftijd, aanwezigheid van co-morbiditeit en de ernst van de dementie [1].

## Symptomen

5 Veelvoorkomende signalen van dementie zijn geheugenproblemen, sociaal  
onaangepast gedrag en stoornissen in de uitvoerende functies. Denk hierbij aan  
apathie, depressie, angst, agressie, rusteloosheid, verwardheid, loopstoornissen,  
concentratiestoornissen, gewichtsveranderingen en veranderde eetlust. Ook seksueel  
10 ontremd gedrag en niet-coöperatief gedrag worden met enige regelmaat in de  
praktijk als probleem ervaren. Bij patiënten jonger dan 65 jaar zijn de eerste  
tekenen meestal verandering in gedrag, persoonlijkheid en functioneren [1] [2].

De ziekte van Alzheimer kenmerkt zich door een langzame achteruitgang over een  
periode van maanden tot jaren. Op de voorgrond staan meestal  
geheugenstoornissen, maar stoornissen in taalfunctie, uitvoerende functie of  
oriëntatiestoornissen komen ook vaak voor [1].

15 'Lewy body'-dementie uit zich vaak in fluctuaties in de cognitie, aandacht en  
alertheid. De patiënt heeft last van hallucinaties en kan tekenen vertonen van  
parkinsonisme. Bij parkinsondementie is er een geleidelijke progressie van  
beperkingen, in plaats van een fluctuerend beloop [1].

20 Bij vasculaire dementie is er veelal sprake van een schoksgewijze achteruitgang.  
Doordat kleine tot grote hersenvaten afgesloten kunnen raken door  
cerebrovasculaire schade, is het klinisch beeld zeer heterogeen. Er kan korte of  
langere tijd sprake zijn van gelijk blijven of zelfs verbeteren van de cognitieve  
functies, of juist geleidelijke progressieve achteruitgang. Het geheugen blijft soms  
lang gespaard [1].

25 Bij frontotemporale dementie staan gedragsproblemen zoals ontremd gedrag,  
apathisch gedrag en repetitieve handelingen op de voorgrond. Bij deze vorm van  
dementie zijn er relatief weinig geheugenproblemen [1].

## Behandeldoel

30 Na de diagnose dementie is de behandeling erop gericht de patiënt, en zijn naasten,  
een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te bieden in een voor de patiënt  
vertrouwde omgeving. Het doel is om de cognitieve achteruitgang te vertragen en de  
cognitieve klachten en gedragsproblemen te verlichten.

## Uitgangspunten

35 Alzheimer dementie en vasculaire dementie kunnen gediagnosticeerd worden door  
de huisarts. Verwijs naar een specialist bij behoefte aan zekerheid over de diagnose,  
bij vermoeden van een andere vorm van dementie of bij geheugenklachten op jonge  
leeftijd [1].

40 Voor dementie bestaat geen curatieve behandeling. Het beleid is erop gericht de  
patiënt zo lang mogelijk in de vertrouwde omgeving te laten verblijven. Een  
casemanager kan persoonlijke begeleiding bieden en de zorgbehoeften kunnen

worden vastgelegd in een zorgplan, waarbij de mantelzorger en overige zorgverleners nauw betrokken zijn.

5 De medicamenteuze behandeling van dementie met een cholinesteraseremmer of memantine mag alleen worden gestart door een gespecialiseerde arts met ervaring op dit gebied. Het NHG raadt het voorschrijven van cholinesteraseremmers en memantine door huisartsen af wegens de geringe effectiviteit [1].

10 Cholinesteraseremmers remmen het enzym acetylcholinesterase, waardoor acetylcholine langere tijd aanwezig blijft in de synaptische spleet. Hierdoor verbetert de cholinerge neurotransmissie. De bewijskracht voor de effecten op cognitief functioneren, algemeen dagelijks functioneren en neuropsychiatrische symptomen is echter laag.

15 Memantine is een niet-competitieve N-methyl-D-aspartaat (NMDA) receptor-antagonist. Het geeft kleine positieve effecten gemeten op de globale klinische indruk en functionele achteruitgang. De studies die dit onderzochten zijn echter kwalitatief niet sterk en de klinische relevantie is beperkt.

### Probleemgedrag bij dementie

20 Gedragsveranderingen bij dementie kunnen zich ontwikkelen tot probleemgedrag, waarbij er sprake is van lijdensdruk of gevaar voor de patiënt zelf of voor de mensen in diens omgeving [1]. Chronisch (niet-acuut) probleemgedrag bij dementie komt veel voor en heeft een methodische en persoonsgerichte aanpak. Consulteer hiervoor laagdrempelig een specialist. De NHG-richtlijn *Verwijzing: Dementie en de Verwijzing: Verenso-richtlijn* beschrijven een aanpak in verschillende stappen (waaronder probleemverheldering en -definitie, onderzoek/analyse, opstellen van een behandeldoel en evaluatie). Niet-medicamenteuze interventies staan voorop bij het

25 behandelen van chronisch probleemgedrag. De Verenso-richtlijn beschrijft per vorm van probleemgedrag verschillende niet-medicamenteuze adviezen. Voorbeelden bij geagiteerd gedrag zijn: psycho-educatie, muziekinterventies en activiteiten die aansluiten bij de patiënt en die positieve reacties teweegbrengen. Voorbeelden bij psychotisch gedrag zijn: psycho-educatie en een gestructureerd en regelmatig dagritme [2]. In situaties waarbij niet-medicamenteuze interventies ontoereikend zijn of wanneer er sprake is van een acute noodsituatie kan een medicamenteuze

30 interventie worden ingezet, met bijvoorbeeld een benzodiazepine of antipsychoticum [1].

### Nieuwe ontwikkelingen

35 Naast de cholinesteraseremmers en memantine zijn er in 2025 twee monoklonale antilichamen goedgekeurd door het Europees Medicijn Agentschap (EMA) voor de behandeling van een vroeg stadium van de ziekte van Alzheimer. Lecanemab en donanemab hebben in respectievelijk april 2025 en september 2025 een Europese handelsvergunning gekregen. In februari 2026 heeft Zorginstituut Nederland geadviseerd lecanemab niet te vergoeden vanuit het basispakket, wegens de

40 beperkte effectiviteit en het risico op ernstige bijwerkingen.

45 Donanemab is een gehumaniseerd immunoglobuline-gamma 1 (IgG1) monoklonaal antilichaam geregistreerd voor de vroege symptomatische ziekte van Alzheimer en is sinds januari 2026 geregistreerd in Nederland. Voor dit geneesmiddel is geen advies vastgesteld over de plaats in de behandeling van de ziekte van Alzheimer.

**Geneesmiddelen**

Geneesmiddelgroep	Stofnaam
cholinesteraseremmers, centraal werkend	donepezil galantamine rivastigmine
antipsychotica, klassieke	haloperidol
benzodiazepine-agonisten	lorazepam (off-label) midazolam (off-label)
middelen bij dementie, overige	memantine donanemab

**Bronnen:**

1. [NHG-Standaard Dementie. 2020. Via richtlijnen.nhg.org.](https://richtlijnen.nhg.org/)
2. [Verenso. Probleemgedrag bij mensen met dementie. 2018. Via verenso.nl.](https://verenso.nl/)
3. [NVKG. Multidisciplinaire richtlijn \(MDR\) Dementie en lichte cognitieve stoornissen \(Mild Cognitive Impairment, MCI\). Geraadpleegd februari 2026. Via richtlijnen.nhg.org.](https://richtlijnen.nhg.org/)
4. [NHG-Behandelijsrichtlijn Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties. 2020, aanpassing november 2025. Via richtlijnen.nhg.org.](https://richtlijnen.nhg.org/)
5. [Ephor. Antipsychotica \(bij agitatie/agressie en psychose bij dementie\). Geraadpleegd december 2025. Via ephorapp.nl.](https://ephorapp.nl/)
6. Ephor. Rivastigmine. Geraadpleegd februari 2026. Via ephorapp.nl.
7. Ephor. Galantamine. Geraadpleegd februari 2026. Via ephorapp.nl.

15