

# Formularium psychofarmaca ouderenpsychiatrie

Maart 2003

## Inhoud

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding, verantwoording, toelichting

Hoofdstuk 2: Medicatie bij depressie

Hoofdstuk 3: Medicatie bij bipolaire stoornis

Hoofdstuk 4: Medicatie bij psychose

Hoofdstuk 5: Medicatie bij angststoornissen

Hoofdstuk 6: Slaapmedicatie

Hoofdstuk 7: Medicatie bij delirium

Hoofdstuk 8: Medicatie bij dementie

Synoniemenlijst

## Hoofdstuk 1: Inleiding, verantwoording, toelichting

### 1.1 Inleiding

#### *Voorschrijfbeleid*

Dit formularium is bedoeld voor de ouderen-GGZ en de verpleeghuizen.

Met dit formularium willen we proberen ons eigen voorschrijfbeleid voor medicatie te uniformeren en te rationaliseren. Bovendien willen we dit formularium gebruiken bij het adviseren over medicatie aan anderen die ouderen met geestelijke problematiek geneesmiddelen voorschrijven. In elk hoofdstuk wordt per ziektebeeld de toe te passen medicatie behandeld, de dosering en vervolgens een toelichting op die medicatie.

Hoofdstuk 7 over dementie heeft echter een apart karakter. Dementie komt onder ouderen veel voor, vaak is sprake van een samengaan met andere psychiatrische ziektebeelden. Daarom wordt juist op die combinatie van ziektebeelden nader ingegaan en wordt een meer uitgebreide toelichting gegeven dan in de overige hoofdstukken.

### 1.2 Verantwoording

#### *Bronnen*

Voor het samenstellen van dit formularium is gebruik gemaakt van diverse bronnen. Ten eerste is geprobeerd aan te sluiten bij de bestaande praktijk en ervaringen. Daarnaast is geput uit de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, uit nieuwe wetenschappelijke publicaties, uit het Farmacotherapeutisch Kompas.

#### *Keuzes*

Bij het maken van keuzes hebben steeds verschillende factoren meegewogen. Uiteraard de kwaliteit van het middel in relatie tot het ziektebeeld en de bijwerkingen, maar daarnaast ook het voorschrijven en toediengemak en de te verwachten therapietrouw, de prijs van de geneesmiddelen en ook de ervaring die ermee opgedaan is in de eigen kring. Uiteraard is ook zoveel mogelijk rekening gehouden met de specifieke ouderenaspecten van medicijnen, qua werkzaamheid en bijwerkzaamheid. Er is dus niet één factor verheven boven de andere. Voor bijvoorbeeld de effectiviteit van antidepressiva geldt dat de meeste middelen eigenlijk niet voor elkaar onderdoen. Aspecten als bijwerkingen, maar ook de prijs gaan dan bij de keuze een grotere rol spelen. En wellicht is het voor een verantwoord voorschrijfbeleid nog belangrijker dat een arts middelen voorschrijft die hij of zij kent en waarvan hij de valkuilen heeft ervaren, dan dat de arts steeds weer opnieuw zich conformeert aan "nieuwe" inzichten en daardoor nooit ervaring met een middel opbouwt.

Nog een kant van het maken van keuzes is dat de praktijk leert dat nieuwe middelen onveiliger "worden", naarmate ze langer in gebruik zijn. Hoe meer een middel gebruikt wordt, hoe meer kans er is dat een zeldzame bijwerking zich gaat openbaren.

We zijn ons bij het opstellen van het formularium steeds bewust geweest van deze nuancerings die het maken van keuzes bemoeilijken en zijn ons evenzeer bewust van het feit dat de gemaakte keuzes in zekere zin arbitrair zijn. Daarmee is ook gezegd dat het formularium een eindige houdbaarheid heeft.

### **1.3 Toelichting**

#### *Diagnose stellen*

Het formularium bevat alleen protocollen voor het voorschrijven van geneesmiddelen. Er wordt van uit gegaan dat de voorschrijvende arts zelf vaststelt dat er sprake is van het betreffende ziektebeeld. Het gaat in dit formularium dus niet over het stellen van een diagnose.

#### *Ervaring*

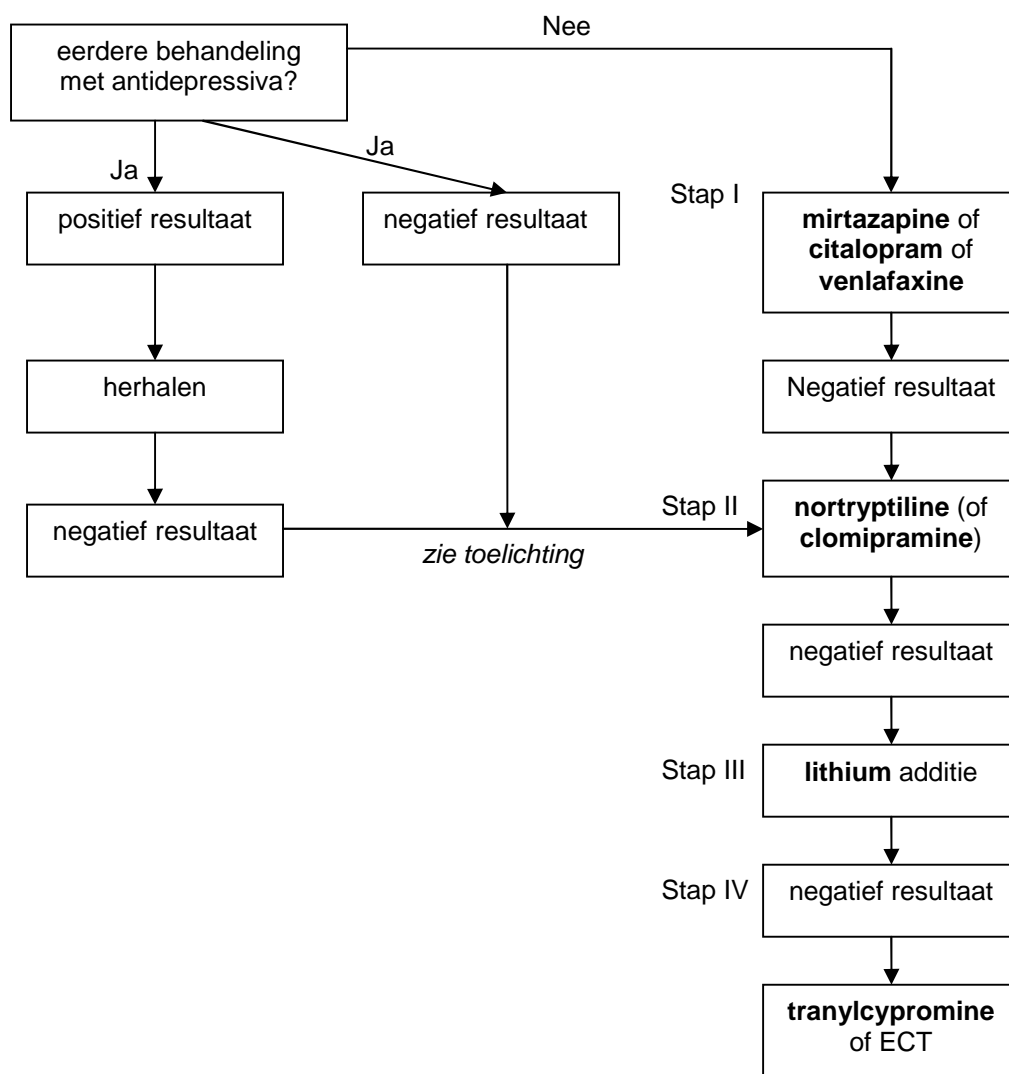
Ook is er bij het opstellen vanuit gegaan dat het formularium wordt gebruikt door artsen met meer dan voldoende ervaring met het voorschrijven van geneesmiddelen aan ouderen. De eigenheden van deze doelgroep op het gebied van farmacotherapie, zowel farmacokinetisch als farmacodynamisch, worden bekend verondersteld. Verwezen kan nog worden naar het betreffende hoofdstuk in het Farmacotherapeutisch Kompas, waarin deze informatie kort is samengevat. In individuele gevallen kan het zijn dat er afgeweken moet worden van de genoemde doseringen.

### **1.4 Samenstelling**

Het formularium is tot stand gekomen door samenwerking tussen,  
E. Starreveld, verpleeghuisarts Zorgspectrum Het Zand namens de verpleeghuizen in Zwolle  
H. Venema, ouderenpsychiater Zwolse Poort, Zwolle  
J. Geerling, sociaal geriater, afdeling Ouderen RIAGG Zwolle  
J. Aberson, sociaal geriater, afdeling Ouderen RIAGG Zwolle

## Hoofdstuk 2: Medicatie bij depressie

### 2.1 Antidepressiva



#### Toelichting op de doseringen

##### Stap I

**mirtazapine:** 30 mg a.n., na 6 wkn. evt. ophogen → max. 60 mg (bij enige verbetering)

**citalopram:** dag 1-10 10 mg 's ochtends, na 10 dagen 20 mg 's ochtends. Zo nodig verder ophogen tot maximaal 60 mg. Cave onrust, dan met **benzodiazepine** combineren, bijv. **oxazepam** 2 à 3 x 10 mg

**clomipramine:** starten met 1 dd 25 mg; per 3 dagen 25 mg erbij tot max 75 mg òf starten met 25 mg en per week 25 mg toevoegen tot 75 mg dd.

**venlafaxine** 1 tot 2 dd 37,5 mg (75 mg XR) max. 150 mg (XR)

##### Stap II

**nortryptiline:** Klassiek middel met vooral noradrenerge werking, starten met 1 dd 10 mg; per 3 dagen 10 mg erbij tot max 75 mg; of op geleide van bloedspiegel

### Stap III

**lithium** toevoegen. Volgens richtlijnen NVvP door de specialist in te stellen.

### Stap IV

**tranylcypromine** (klassieke MAO remmer): Instellen door specialist

#### *Opmerkingen*

Handleiding bij de beslisboom

- \* **mirtazapine** heeft een serotonerge en noradrenerge werking. **citalopram** heeft een serotonerge werking. **venlafaxine** heeft een serotonerge werking. Bij hogere doseringen (vanaf 150 mg) ook een noradrenerge werking.
- \* **mirtazapine**, **citalopram** en **venlafaxine** zijn tamelijk duur in vergelijking met de klassieke antidepressiva. Bij gebudgetteerd voorschrijven kan dit een overweging zijn om voor **clomipramine** te kiezen (bij stap I).
- \* Voordeel van **citalopram** is dat het waarschijnlijk minder interacties met andere geneesmiddelen geeft.
- \* **mirtazapine** heeft mede een sederende werking
- \* Bij de meeste middelen geldt dat voorschrijven voor de nacht het beste is omdat men dan de bijwerkingen minder ervaart. **citalopram** vormt een uitzondering op deze regel.
- \* Bij een psychotische depressie lijkt het aangewezen te kiezen voor een TCA (**clomipramine**) evt. met toevoeging van een antipsychoticum.
- \* Bij dementie worden geen anti-cholinerg werkende middelen gegeven, dus voorkeur geen TCA's.
- \* **lithium** kan zowel met een klassiek antidepressivum als met een modern antidepressivum worden gecombineerd.
- \* Als tussenstap tussen stap I en stap II kan eventueel voor de combinatie **mirtazapine/venlafaxine** gekozen worden.
- \* *Mocht er eerder behandeld zijn met een TCA, dan verdient het de voorkeur als stap II een modern antidepressivum te geven.*

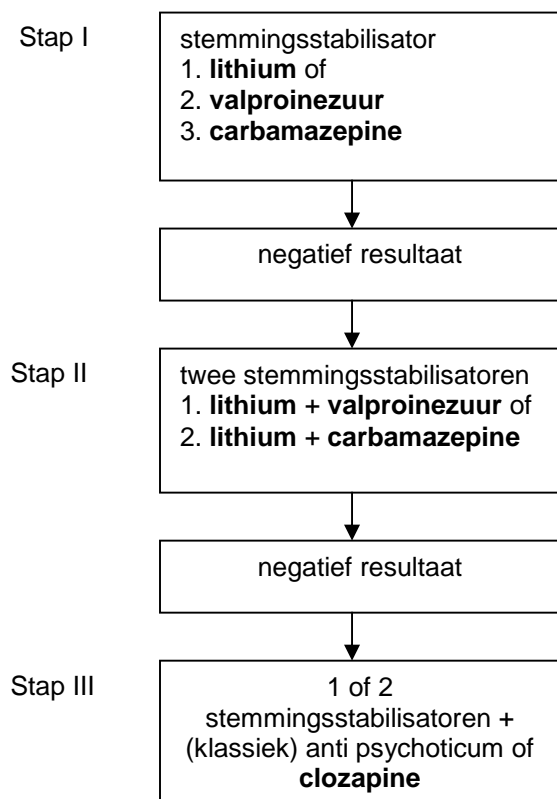
#### *Diversen*

- \* Bij de oudere TCA's zijn spiegelbepalingen zinvol als bij een "normale" dosering geen resultaat is bereikt. Als de spiegel therapeutisch is, overgaan op volgende stap. Indien subtherapeutisch dosis verhogen. Spiegelbepalingen zijn duur.
- \* Werkzaamheid van een middel beoordelen na acht weken gebruik van een adequate dosering. Daarna pas spiegelbepaling of switchen.
- \* Afbouwen met een werkzaam gebleken middel kan 6 maand nadat verbetering intrad, bij een eerste episode.
- \* Als er sprake is van een tweede of verdere episode in het leven van de cliënt, is stoppen van een werkzaam gebleken middel af te raden.
- \* Als er een recidief is, wordt therapie gestart met een bij deze cliënt in de vorige episode werkzaam gebleken middel.
- \* Bij stap 3 en 4 zeker doorverwijzen naar de tweede lijn.

### Hoofdstuk 3: Medicatie bij bipolaire stoornissen

#### 3.1 Acute manie zonder psychose

Schema / beslissingsboom medicatie:



*Toelichting op de doseringen*

Stap I

**lithium** door specialist in te stellen

**valproïnezuur** door specialist in te stellen

**carbamazepine** door specialist in te stellen

Stap II

**lithium** door specialist in te stellen

**valproïnezuur** door specialist in te stellen

**carbamazepine** door specialist in te stellen

Stap III

**lithium** door specialist in te stellen

**valproïnezuur** door specialist in te stellen

**carbamazepine** door specialist in te stellen

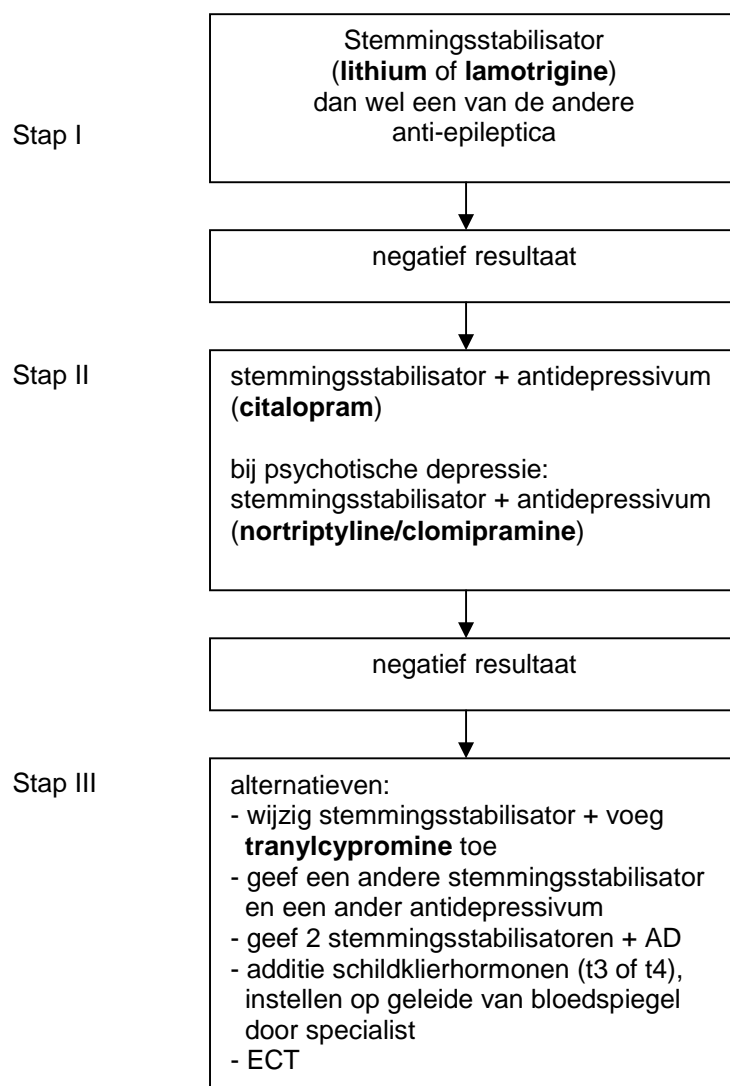
#### Acute manie met psychose

Bij een acute manie met psychose een antipsychoticum toevoegen. **Haloperidol** 2x1mg tot 2x2½ mg, **risperidon** ½ - 3 mg. Evt. bij ernstige agitatie ook nog een benzodiazepine toevoegen, **oxazepam** 3 x 10 mg of **dipiperon** 20 mg tot max 3 dd 40 mg.

Ambulant kan bij een acute manie ook met een anti-psychoticum gestart worden, zo spoedig mogelijk gevolgd door een stemmingsstabilisator.

#### 3.2 Acute (bipolaire) depressie

Schema / beslisboom medicatie



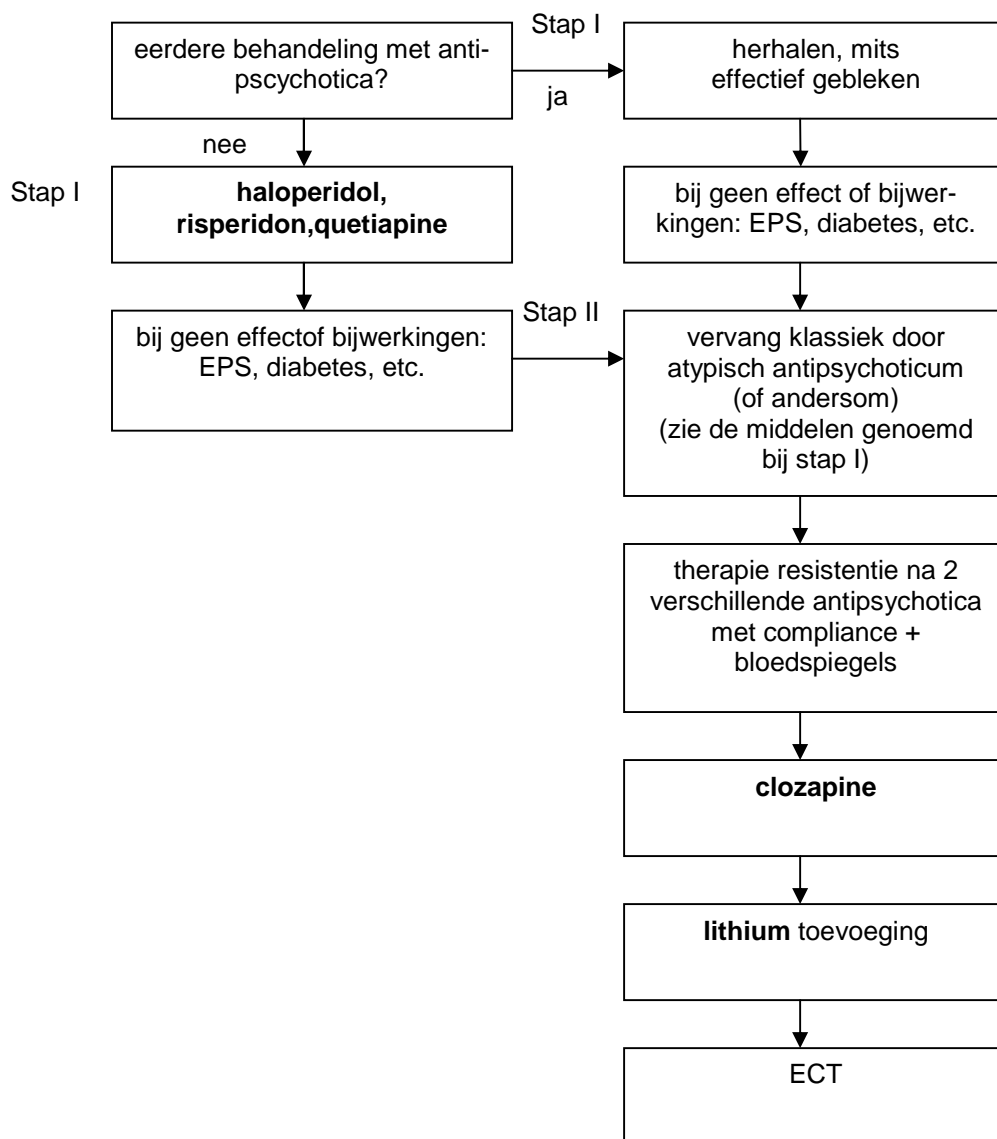
*Toelichting op de doseringen*

Stemmingsstabilisatoren dienen door een specialist ingesteld te worden (zie hoofdstuk 3.1). Ambulant beginnen met een antidepressivum heeft geen nut, gezien het ontbreken van een korte termijn-effect en brengt het vaar met zich mee, dat patiënt doorschiet richting een manie (cave rapid cycling).

## Hoofdstuk 4: Medicatie bij Psychose

### Protocol farmacologische behandeling van de psychotische stoornis

Schema / beslisboom medicatie



*Toelichting op de doseringen*

Stap I

**haloperidol** 2 x 1 mg tot max. 2 x 2 ½ mg

**risperidon**, 1 x ½ mg tot max. 3 mg of

**quetiapine** startdosering 25 mg dd; ophogen met stappen van 25 mg dd 1 à 2 dagen op geleide van het klinische beeld tot max. 300 mg dd.

Stap II

**clozapine**, starten 1 x daags 12,5 mg, vanaf dag 3 2 x 12,5 mg, daarna geleidelijk verhogen op geleide van klinisch beeld en/of bloedspiegel.

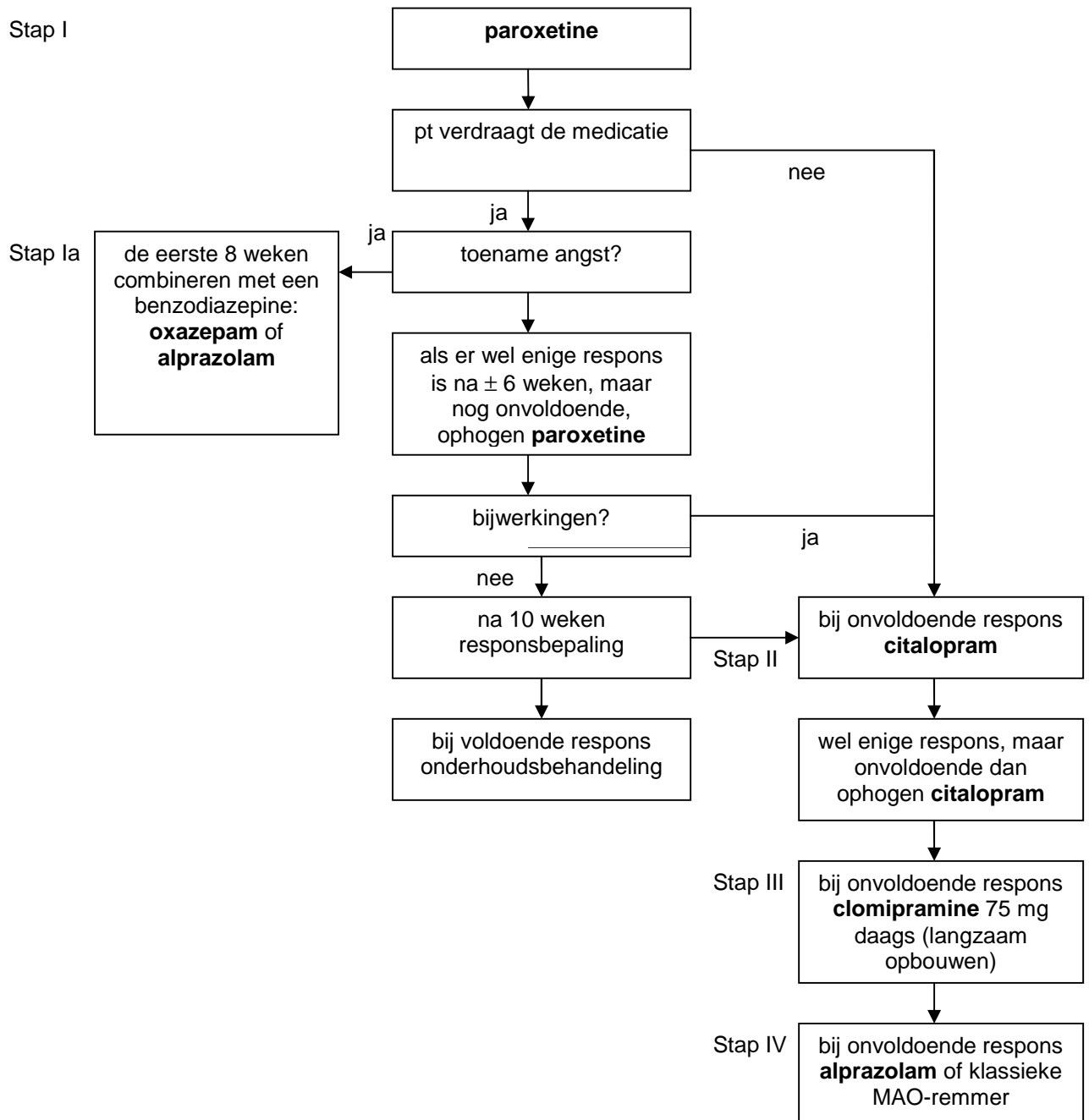
*Overige opmerkingen*

- \* Bij gebruik van **clozapine** moet regelmatig het witte bloedbeeld worden gecontroleerd in verband met het gevaar van leucopenie
- \* Bij twijfel over de medicatietrouw kan eventueel **penfluridol** worden voorgeschreven 20 mg/week. Dit kan door een familielid of een professional worden gegeven.
- \* Bij parkinsonisme of lewy body moet **quetiapine** worden overwogen. Van de bekende atypische neuroleptica lijkt quetiapine de minste extrapiramidale bijwerking te hebben.
- \* Start dosering 25 mg per dag. Ophogen in stappen van 25 mg per 1 à 2 dagen op geleide van het klinische beeld tot maximaal 30 mg per dag.

## Hoofdstuk 5: Medicatie bij Angststoornissen

### 5.1 Paniekstoornis

Schema / beslisboom medicatie



*Toelichting op de doseringen*

Stap I + 1A

**paroxetine**: 10 mg tot max. 60 mg

**oxazepam**: 3x10mg of

**alprazolam**: 3X0,25 mg

Stap II

**citalopram**: 10 tot maximaal 60 mg. (zie pagina 5)

Stap III

**clomipramine**: starten met 1 dd 25 mg. Dosering verder ophogen op geleide van klinisch beeld tot een max. dosering van 75 mg dd.

Stap IV

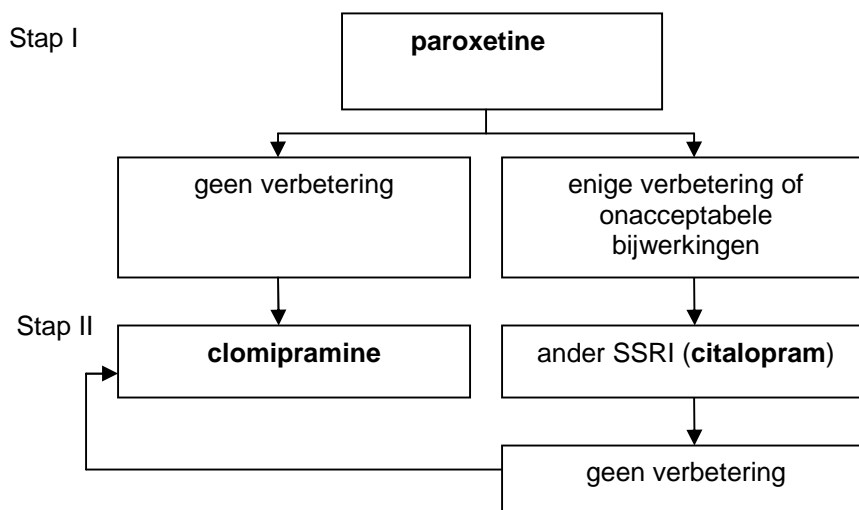
**aprazolam**: 3X 0,25 mg tot max 3x0,5 mg

## 5.2 Gegeneraliseerde sociale fobie

Hiervoor gelden dezelfde stappen en doseringen als bij de paniekstoornis.

## 5.3 Obsessief compulsieve stoornis

*Schema / beslisboom medicatie*



*Toelichting op de doseringen*

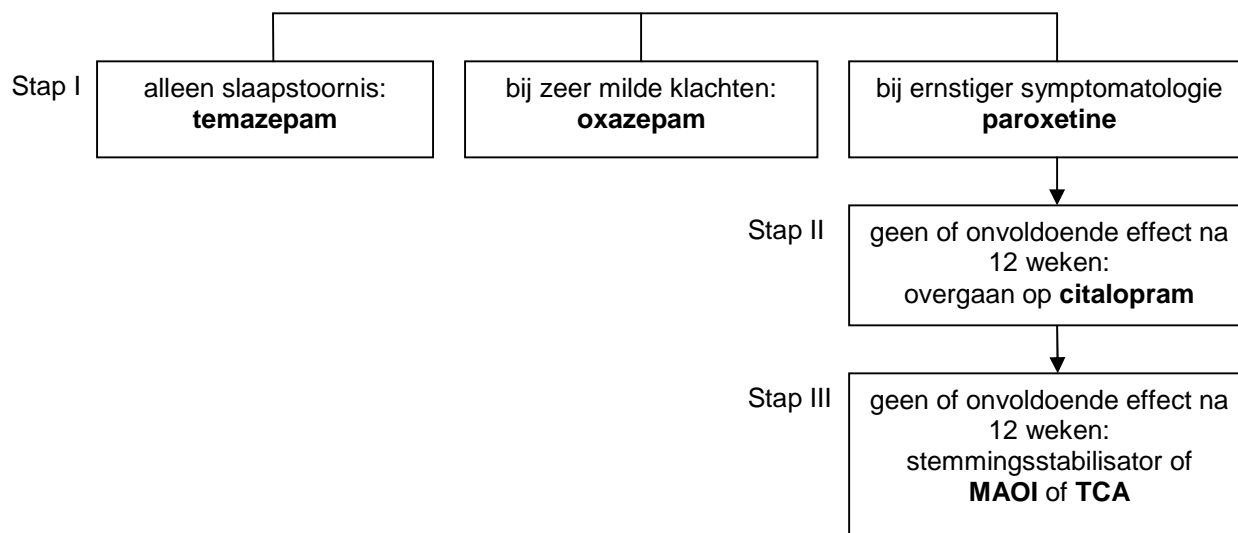
(zie paniekstoornis). Is er sprake van comorbide psychose, combineer dan SSRI met antipsychoticum.

*Opmerkingen*

Als de angstklachten niet afnemen, moet paroxetine worden vervangen door **citalopram**. Als de angstklachten wel afnemen, maar de psychotische verschijnselen niet, dan moet een antipsychoticum worden toegevoegd nl. **haloperidol**, **risperidon** of **quetiapine**. Indien dat ook onvoldoende effect heeft, moet **paroxetine** worden vervangen door een andere SSRI, nl. **citalopram** of door **clomipramine**.

## 5.4 PTSS (Post Traumatische Stress Stoornis)

Schema / beslisboom medicatie



*Toelichting op de doseringen*

Stap I

**temazepam:** 10-20 mg

**oxazepam:** 3x10mg

**paroxetine:** 10 -60 mg

Stap II t/m stap III:

**citalopram:** dag 1-10 10 mg 's ochtends, na 10 dagen 20 mg 's ochtends. Zo nodig verder ophogen tot maximaal 60 mg. Cave onrust, dan met **benzodiazepine** combineren, bv. **oxazepam** 2 a 3x 10 mg.

**clomipramine:** starten met 1 dd 25 mg; per 3 dagen 25 mg erbij tot max. 75 mg of starten met 25 mg en per week 25 mg toevoegen tot 75 mg daags.

**venlafaxine** 1 tot 2 dd 37,5 mg (75 mg XR) max. 150 mg (XR).

Een stemmingsstabilisator moet door een specialist worden ingesteld.

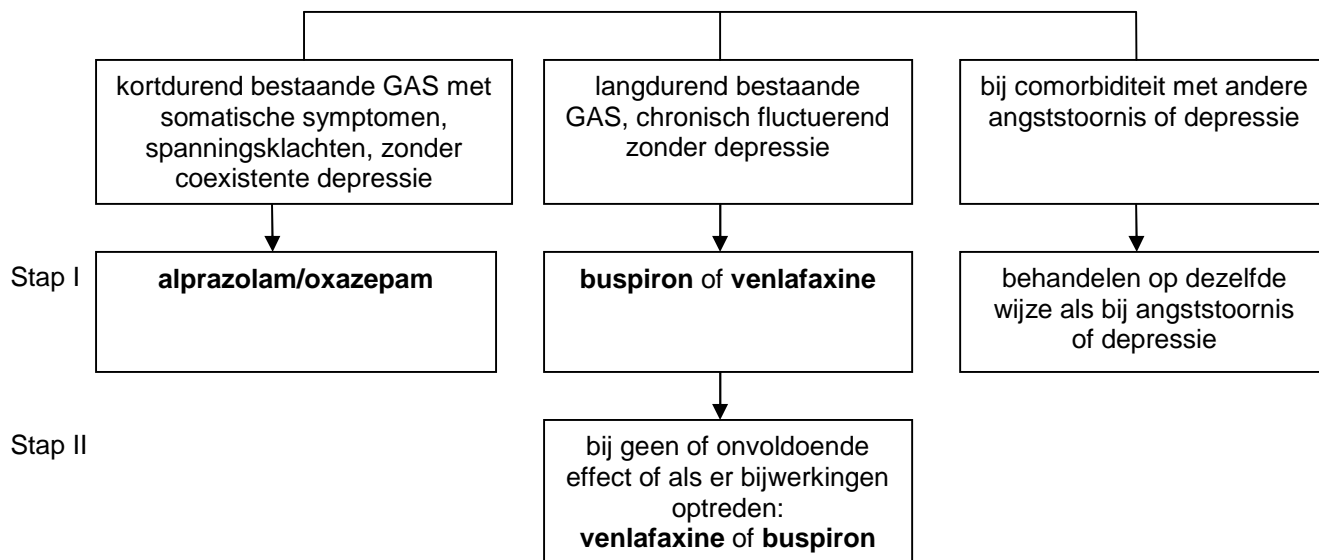
*Opmerkingen*

MAO-remmer **panuate** kan alleen met een artsverklaring worden voorgeschreven.

Stemmingsstabilisator: **valproïnezuur**, door specialist in te stellen.

## 5.5 Gegeneraliseerde angststoornis

Schema / beslisboom medicatie



*Toelichting op de doseringen*

Stap I

**alprazolam:** 3x0,25 tot 3x,5 mg

**oxazepam:** max 3x 20 mg

**buspiron:** 2x5mg tot 3x10mg daags

**venlafaxine:** 1 tot 2 dd 37,5 mg (75 XR) max 150 mg (XR)

Stap II

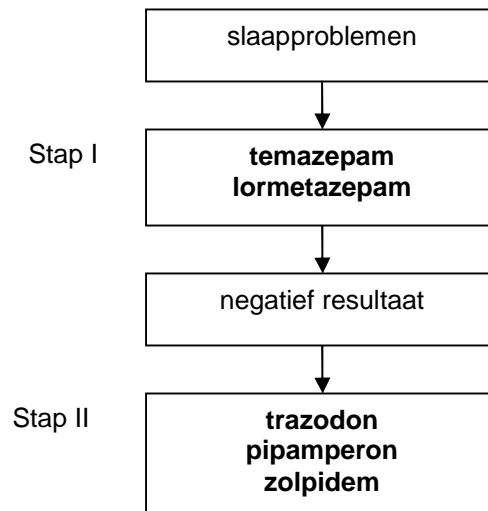
Voor doseringen zie onder stap I.

*Opmerkingen Angststoornissen algemeen*

- \* Bij angststoornissen worden bij voorkeur SSRI's gebruikt, gevolgd door TCA's en **benzodiazepinen**.
- \* Antipsychotische middelen worden niet gebruikt.
- \* Bij de start van antidepressiva wordt begonnen met de halve dosering (SSRI) of een derde dosering (TCA) om de patiënt te laten wennen en zo bijwerkingen te voorkomen. De max dosering ligt (bij OCS) hoger dan bij depressie.
- \* Om te bepalen of een medicament werkzaam is moet het effect gedurende een periode van 6 tot 12 weken beoordeeld worden.
- \* Bij wisselen van het ene SSRI naar het andere SSRI moet een afbouwperiode van twee weken in acht genomen worden. Na 1 week afbouwen (voor **fluoxetine** geldt 2 weken) kan het volgende medicament worden gegeven. Indien na SSRI (een TCA of) MAO wordt overwogen moet na afbouw tenminste 1 week (**fluoxetine** 4 weken) worden gewacht alvorens te starten.
- \* In principe wordt een werkzaam gebleken SSRI of TCA voor langere tijd (jaren) gehandhaafd.
- \* **benzodiazepinen** dienen vlot afgebouwd te worden vanwege verslavingsrisico en vanwege gewenning. Behandelduur met **benzodiazepinen** maximaal 8 weken.
- \* Bij angststoornissen wordt behandeling met geneesmiddelen bij voorkeur gecombineerd met andere niet farmacotherapeutische behandelstrategieën bijv. gedragstherapie.

## Hoofdstuk 6: Slaapmedicatie

Schema / beslisboom slaapmedicatie



*Toelichting op de doseringen*

Stap I

**temazepam:** 10mg a.n. max 20mg

**lormetazepam:** 1 mg a.n., max 2 mg

Stap II:

**trazodon:** 50 – 100 mg a.n.

**pipamperon:** 20-40 mg. a.n.

**zolpidem:** 5 – 10 mg a.n.

*Opmerkingen*

Ook bij slaapmedicatie geldt dat rekening gehouden moet worden met gewenning en verslaving.

Cave vallen bij het uit bed komen t.g.v. spierverslapping.

## Hoofdstuk 7: Medicatie bij delirium

### 7.1 Inleiding

Een delirium heeft in principe een onderliggende medische oorzaak. Deze moet dan eerst behandeld worden om het delirium blijvend te bestrijden.

Cave multiple pathologie.

Mogelijke oorzaken van het delirium zijn

- *Medicijnenintoxicatie/verandering van de medicatie*
- *urine- of luchtweginfectie*
- *slechte voedingsinname, dehydratie*
- *CVA/TIA*
- *Hoofdtrauma/subduraal hematoom*
- *Pijn*
- *Obstipatie*
- *Metabole ontregeling*
- *decompensatio cordis*
- *orthostatische hypotensie*
- *COPD*
- *Hypothyreoïdie/hyperthyreoïdie*
- *Diabetes (ontregeld)*
- *alcoholonthouding/misbruik*
- *sensorische deprivatie*

Ga in ieder geval na of er recent een medicatiewijziging is geweest, die het delier zou kunnen verklaren.

Ook niet-fysieke stressoren kunnen voor een delier verantwoordelijk zijn. Vraag na of er stressoren in de omgeving zijn, bijvoorbeeld verhuizing. Vraag ook na of er psychosociale stressoren zijn, bijvoorbeeld tekort aan structuur, gebrek aan bezigheden, vereenzaming/sociale deprivatie etc.

### 7.2 Medicamenteuze behandeling/interventie:

**Delirium** → allereerst oorzaak van een delier bestrijden, zo nodig psychofarmaca.

*Eerste keus*

**haloperidol** starten met 2 dd 1 mg – 2 x 2½ mg of  
**risperidon**, max. 3 mg.

*Tweede keus*

**quetiapine** startdosering 25 mg/dag; ophogen in stappen van 25 mg per 1 à 2 dagen op geleide van het klinische beeld tot max. 300 mg/dag

NB: bij een delier ten gevolge van onttrekking van benzodiazepines: schrijf een kortwerkend benzodiazepine voor: bijvoorbeeld **lormetazepam**.

## Hoofdstuk 8: Medicatie bij dementie

### 8.1 Delirium bij dementie

Het is belangrijk om eerst uit te sluiten of de onrust/agitatie bij dementie niet berust op een delirium. Zie voor de behandeling van een delirium hoofdstuk 7.

### 8.2 Psychoe bij dementies

#### *Eerste keus*

**haloperidol**, starten met 2 dd 1mg. Met name in een acuut stadium starten met een conventioneel middel.

#### *Tweede keus*

**risperidon**, starten met 1 à 2 dd 0,5 mg. Met name voor de langere termijn.

Voor dosering zie hoofdstuk 8.9

Eventueel kan **rivastigmine** ingezet worden. (Voor dosering zie hoofdstuk 8.9)

Bij parkinson (dementie) en lewy body dementie wordt **quetiapine** aanbevolen. (Voor dosering zie hoofdstuk 4.)

### 8.3 Depressie bij dementie

Ernstige depressie met antidepressiva behandelen.

#### *Eerste keus*

“modern” middel.

**citalopram** of **mirtazapine** voor dosering zie AD protocol (hoofdstuk 2).

Bij een psychotische depressie antipsychoticum bijvoegen.

### 8.4 Angst bij dementie

Acuut: benzodiazepine: **oxazepam** 3 dd 10 mg.

Lange termijn: **bupiron** tot 20 mg daags of **trazodon** 1 dd 50 mg tot 100 mg a.n.

### 8.5 Dagnachtritme, (in)slaapproblemen bij dementie

#### *Eerste keus*

**pipamperon** 20 mg a.n. – evt naar 40 mg.

#### *Tweede keus*

**trazodon** 1 dd 50 a.n.; zo nodig 100 mg

Eventueel benzodiazepine toevoegen, **temazepam** 10-20 mg. a.n., **lormetazepam** 1 mg a.n.

## 8.6 “Sundowning” bij dementie

Hiermee wordt de toename van de onrust, hallucinaties aan het eind van de middag/avond bedoeld, als het donker wordt.

### *Eerste keus*

bij hallucinaties: **haloperidol, risperidon** of **quetiapine**  
(zie hoofdstuk 8.2)

**resperdal**

Bij onrust/weg willen: **trazodon** 50-100 mg  
**risperidon** 2 x ½-1 mg  
**pipamperon** 20-40 mg daags

## 8.7 Agressie bij dementie

### *Eerste keus*

**haloperidol** of **risperidon** (Voor dosering zie hoofdstuk 8.2)  
**pipamperon** 20 mg – 40 mg

### *Tweede keus*

**trazodon** 50 – 100 mg a.n.  
**valproïnezuur** (in te stellen door specialist)  
**carbamazepine** (in te stellen door specialist)

## 8.8 Aspecifieke onrust en gedragsstoornissen bij dementie

Screen op eventuele neuropsychiatrische (specifieke) symptomen, met name

- *psychose*
- *depressie*
- *angst*
- *inslaapproblemen*
- *“sun-downing”*

Is dit niet aan de orde, dan is de onrust te benoemen als aspecifieke uiting van de dementie. Het wordt aanbevolen om zowel medicamenteus, als ook niet medicamenteus te interveniëren bij onrust/agitatie bij dementie.

### Medicatie

#### *Eerste keus*

**pipamperon** 2 x 10 mg tot max. 3 x 40 mg

#### *Tweede keus*

**haloperidol** 2-5 mg

Bij niet medicamenteuze interventies valt te denken aan:

- *psycho-educatie zorgdragers*
- *structurering bijvoorbeeld dagritme, rust.*
- *Psychomotorische therapie.*
- *Herkenningsstekens in de omgeving.*
- *Gedragsinterventies bijvoorbeeld loopcircuit op dagbehandeling.*
- *Muziektherapie.*

Bij gedragsstoornissen bij Lewy body dementie wordt **rivastigmine** aanbevolen.

## 8.9 Anti-Alzheimermiddelen

Voor het voorschrijven van deze nog nieuwe middelen zijn door het CVZ uitgebreide voorschriften gegeven. Die behelzen de zorgvuldigheid van de diagnostiek en de contra-indicaties. Met nadruk wordt gewezen op de noodzaak van goede voorlichting en op instemming die nodig is alvorens overgegaan kan worden tot het voorschrijven van deze middelen, als ook het doen van een nulmeting en het evalueren van het resultaat ervan.

Nadrukkelijk wordt in het protocol vermeldt dat het voorschrijven van anti-Alzheimermiddelen ingebed dient te zijn in een groter geheel van begeleidingsmethoden.

Heel nadrukkelijk staan ook de criteria die ertoe moeten leiden dat het voorschrijven weer gestaakt wordt in het protocol beschreven.

Voor de voorbereiding van de behandeling verwijzen we naar het volledige protocol.

Als na de benodigde voorbereiding overgegaan wordt tot voorschrift van **rivastigmine** geldt de volgende richtlijn.

- 1 Starten met 2 x 1,5 mg **rivastigmine**.
- 2 Beoordelen bijwerkingen na 14 dagen. Indien afwezig, 1 x 1,5 en 1 x 3 mg **rivastigmine** daags
- 3 Beoordelen bijwerkingen na 14 dagen. Indien afwezig, 2 x 3 mg **rivastigmine** daags
- 4 Beoordelen bijwerkingen na 14 dagen. Indien afwezig, 1 x 3 en 1 x 4,5 mg **rivastigmine** daags
- 5 Beoordelen bijwerkingen na 14 dagen. Indien afwezig, 2 x 4,5 mg **rivastigmine** daags
- 6 Beoordelen bijwerkingen na 14 dagen. Indien afwezig, 1 x 4,5 en 1 x 6 mg **rivastigmine** daags
- 7 Beoordelen bijwerkingen na 14 dagen. Indien afwezig, 2 x 6 mg **rivastigmine** daags

Indien bij een stap bijwerkingen optreden (meestal misselijkheid) terug gaan naar de vorige dosering en na 14 dagen opnieuw ophogen. Als bijwerkingen dan opnieuw optreden, terug gaan naar vorige niveau. Als dat 2 x 3 mg **rivastigmine** of minder is, is voortzetting van behandeling met **rivastigmine** niet zinvol.

Na 3 maanden en na 6 maanden resultaat beoordelen aan de hand van dezelfde instrumenten als gebruikt bij de nulmeting.

Zie voor de stopcriteria het CVZ-protocol.

Bij matige of ernstige dementie kan overwogen worden **memantine** in te zetten. Binnen het circuit NW Overijssel is hier nog geen ervaring mee opgedaan.

### Synoniemenlijst

In dit formularium worden conform het voorgestane voorschrijfbeleid steeds de stofnamen gebruikt. Voor sommigen is een synoniemenlijst toch handig.

stofnaam	merknaam	merknaam	stofnaam
alprazolam	Xanax	Anafranil	clomipramine
amitriptyline	Tryptizol	Buspar	buspiron
buspiron	Buspar	Camcolit	lithiumcarbonaat
carbamazepine	Tegretol	Cipramil	citalopram
citalopram	Cipramil	Depakine	valproïnezuur
clomipramine	Anafranil	Dipiperon	pipamperon
clozapine	Leponex	Ebixa	memantine
fluoxetine	Prozac	Efexor	venlafaxine
fluvoxamine	Fevarin	Exelon	rivastigmine
haloperidol	Haldol	Fevarin	fluvoxamine
lithium	Camcolit, Priadel	Lamectal	lamotrigine
lamotrigine	Lamictal	Haldol	haloperidol
lormetazepam	Noctamid	Leponex	clozapine
memantine	Ebixa	Noctamid	lormetazepam
mirtazapine	Remeron	Normison	temazepam
nortriptyline	Nortrilen	Nortrilen	nortriptyline
paroxetine	Seroxat	Parnate	tranylcypromine
oxazepam	Seresta	Priadel	lithiumcarbonaat
pipamperon	Dipiperon	Prozac	fluoxetine
quetiapine	Seroquel	Remeron	mirtazapine
risperidon	Risperdal	Risperdal	risperidon
rivastigmine	Exelon	Seresta	oxazepam
temazepam	Normison	Seroquel	quetiapine
tranylcypromine	Parnate	Seroxat	paroxetine
trazodon	Trazolan	Stilnort	zolpidem
valproïnezuur	Depakine	Trazolan	trazodon
venlafaxine	Efexor	Xanax	alprazolam
zolpidem	Stilnort	Zyprexa	olanzapine