

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Huisartsenzorg voor mensen met een **verstandelijke beperking**

ONDERZOEK

Ervaringen met de **NHG-Praktijkaccreditering®**

NHG-STANDAARD

Ziekte van Parkinson

WETENSCHAP

354

ONDERZOEK

Huisartsenzorg voor mensen met een verstandelijke beperking

Mieke Cardol, Joost Dusseljee, Mieke Rijken, Henny van Schrojenstein Lantman-de Valk

360

Ervaringen met de NHG-Praktijkaccreditering®

Arna van Doorn-Klomborg, Kirsten Kirschner, Margriet Bouma, Kees in 't Veld, Michel Wensing, Jozé Braspenning

366

Preventieve huisbezoeken bij kwetsbare ouderen

Hein van Hout, Aaltje Jansen, Harm van Marwijk, Marieke Pronk, Dinnus Frijters, Giel Nijpels

380

NHG-STANDAARD

Ziekte van Parkinson

Willem Draijer, Wietze Eizenga, Alja Sluiter

KLINISCHE PRAKTIJK

375

NASCHOLING

Nieuwe behandelingen voor multipel myeloom

Niels van de Donk, Ellen van der Spek

394

Acute benauwdheid op de huisartsenpost

Ingrid Arnold

399

HUISARTSENZORG IN CIJFERS

Kwaliteitsindicatoren vanuit het HIS?

Irina Stirbu-Wagner, Marinda Spies-Dorgelo, Robert Verheij

404

IMPORT

Cognitieve gedragstherapie helpt ook bij hart- en vaatziekten

Marco Blanker

405

Vrije toegang tot CT-scans bij chronische hoofdpijn

Lieke Hassink-Franke, Karin Steenbakkers

406

CATS

Antibiotica profylaxe bij protheses

Brechje Dijkmans, Arie Knuistingh Neven

407

PEARLS

Medicatie bij borderline kan zinnig zijn

Floris van de Laar

351

JOURNAAL

359

GENERALISME

398, 402

COLUMNS

400

SIGNAAL

403

KENNISTOETS

25

& NHG

Van oude mensen...

Kent u de mantra? De zorg voor ouderen in de eerste lijn schiet tekort. Huisartsen lopen achter de feiten aan, werken reactief en houden onvoldoende rekening met interacties tussen geneesmiddelen. Ze leveren geen geïntegreerd zorgaanbod, doen onvoldoende aan preventie en veroorzaken onnodige ziekenhuisopnames. Allerlei rapporten beweren het en we zijn het zelf gaan geloven. We moeten ouderen daarom vroegtijdig 'in kaart brengen' door screening op kwetsbaarheid en de kwetsbare groep dan een geïndividualiseerd zorgplan aanbieden. De oudere mag weliswaar zelf zijn prioriteiten bepalen maar de mogelijkheden liggen binnen ieders bereik: werken aan eenzaamheid, trainen om vallen te voorkomen en gezond leven tot in het graf. Waar grootmama Ottilie in Couperus' *Van oude mensen...* alleen nog uit haar stoel kwam om naar bed te gaan, lijkt dit voor de kwetsbare oudere anno 2011 niet langer een optie.

Kwetsbare ouderen



Dit jeugdig enthousiasme in de ouderenzorg verdraagt nauwelijks een bezonken oordeel. Toch is de evidence voor screening op kwetsbaarheid, proactieve behandeling en de introductie van intensieve zorgprogramma's in de eerste lijn flinterdun. Het onderzoek van Van Hout et al. leert ons in ieder geval bescheidenheid. Zij voerden een trial uit onder ruim 600 kwetsbare ouderen en keken of intensieve begeleiding door getrainde verpleegkundigen effectief was. De verpleegkundige legde ongeveer vier huisbezoeken per jaar af. Na een follow-up van anderhalf jaar bleek de interventiegroep niet beter af dan de controlegroep: er was geen verschil tussen de groepen in huisartsenbezoek, beperkingen of ervaren gezondheid. Het percentage ziekenhuisopnames in de interventiegroep lag zelfs iets hoger. Bovendien bleken de ouderen niet steeds gemotiveerd om aan zichzelf te werken. Ze bezochten de valcursus en incontinentietraining slechts in geringe mate. Een belangrijke beperking was dat de inzet van de verpleegkundigen niet was geïntegreerd in de bestaande eerstelijnszorg. Het was slechts een extra snippertje zorg erbij.

Zelfbeschikking

De afgelopen twintig jaar is de levensverwachting voor mannen en vrouwen met respectievelijk vijf en twee jaar toegenomen tot 78,5 en 82,7 jaar, maar het aantal jaren in kwetsbaarheid is gelijk gebleven. De oplossing van de problemen in deze kwetsbare jaren ligt niet in de inzet van meer hulpverleners, maar vooral in de samenwerking tussen die hulpverleners. Met name afstemming en communicatie zijn soms problematisch in de steeds complexere zorg: tussen eerste en tweede lijn, tussen zorg en mantelzorg, tussen zorg en welzijn. Daarom is onderzoek naar de effectiviteit van geïntegreerde netwerkzorg rond de oudere hard nodig. Dit wordt in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg gelukkig in allerlei regio's uitgevoerd. De uitkomsten ervan kunnen de zorg straks een stuk vooruithelpen en ook de ouderen zelf in beweging brengen. Huisartsen moeten en kunnen daarin veel meer zelf het voortouw nemen, zoals internist Rudi Westendorp al eerder bepleitte. Huisartsen hebben immers een gezonde kijk op ouderen. Tegelijkertijd moeten zelfmanagement, zelfbeschikking en eigen regie een veel grotere rol krijgen. Als ze dat liever willen mogen ouderen immers iedere dag in hun stoel blijven zitten, wachtend tot ze weer naar bed kunnen gaan. Net als Ottilie.

Henk Schers

Angsthazen die waaghalzen

Artsen adviseren hun patiënten vaak andere behandelingen dan dat zij voor zichzelf zouden kiezen.

Onlangs verscheen een opmerkelijk onderzoek naar de vraag of de behandeladviezen van artsen aan patiënten overeenstemmen met de voorkeur die ze zouden hebben indien de ziekte hen zelf zou betreffen. De auteurs verzinnen twee scenario's – een over coloncarcinoom en een over nieuwe vorm van aviaire influenza, waarbij men mocht kiezen tussen twee behandelingen waarvan een met een grotere kans op overleving, maar ook een navenant grotere kans op (ernstige) bijwerkingen. Een groep internisten en huisartsen mocht na randomisatie over een zelf-ziek- dan wel patiënt-ziekgroep aangeven welk scenario de voorkeur had.

Bij de coloncarcinoomcasus koos 37,8% van de artsen voor de behandeling met de hogere kans op sterfte als het hen zelf zou betreffen, maar zou slechts 24,5% deze behandeling aan patiënten adviseren. De aviaire influenzacampus leidde tot analoge verschillen.

De auteurs concluderen aan het slot van hun abstract droogjes dat het geven van advies aan patiënten van invloed is



Foto: Shutterstock/Herbert Kratky

op de keuzes die medici maken.

In de beschouwing aan het slot van het onderzoek doen ze evenwel verdergaande beweringen. Daarin wordt onder andere gesteld dat artsen gevoelig zijn voor ingewikkelde vormen van cognitieve bias die interfereren met optimale besluitvorming, zoals *betrayal aversion* en *omission bias*. Deze bias is minder als ze adviezen aan derden moeten geven. Het komt erop neer dat narigheid na een actie bedoeld om deze te voorkomen als ernstiger wordt gepercipieerd, dan dezelfde narigheid zonder voorafgaande actie. Erg over-

tuigend klinkt dit allemaal niet, vooral niet omdat deze biasvormen niet zonder meer verklaren waarom adviezen aan patiënten anders zouden moeten uitvallen. Aannemelijker lijkt het dat artsen uit angst voor langdurig lijden als het hen zelf betreft liever heldhaftig kiezen voor de alles of niets strategie, terwijl ze bij keuzes voor hun patiënten voorzichtiger zijn. ■

Tjerk Wiersma

Ubel PA, et al. Physicians recommend different treatments for patients than they would choose for themselves. *Arch Intern Med* 2011;171:630-4.

Gekleurd sputum en antibiotica

Sputum verkleurt onder invloed van een enzym dat vrijkomt uit leucocyten. Geel of groen sputum kan dus zowel bij bacteriële als virale luchtweginfecties opgehoest worden, al wordt het wel iets vaker bij een bacteriële origine gevonden. De NHG-Standaard Acuut hoesten adviseert om antibiotica al dan niet voor te schrijven op basis van de mate van ziek zijn en onderliggende risicofactoren, en niet op basis van sputumkleur. In de praktijk denken patiënten en artsen daar soms echter anders over.

Recent werd een groot prospectief onderzoek gedaan onder 3400 patiënten met acuut hoesten of een lageluchtweginfectie in huisartsenpraktijken in 13 landen, waaronder Nederland. De onderzoekers volgden het herstel van de patiënten, waarbij de huisartsen vrij waren om al dan niet antibiotica voor te schrijven. Patiënten met gekleurd sputum kregen vaker antibiotica dan patiënten zonder sputum (OR 3,2; 95%-BI 2,1-5), in tegenstelling tot patiënten met helder of wit sputum (OR 0,95; 95%-BI 0,61-1,48). Antibiotica zorgden echter niet voor een sneller herstel. Patiënten met groen, geel, wit of geen sputum herstelden even snel met als zonder antibiotica. Ook in de subgroep patiën-

ten met groen of geel sputum én malaiseklachten hadden antibiotica geen meerwaarde. In dit onderzoek ging het met name om patiënten met een mild ziektebeeld en de resultaten gelden niet zonder meer voor patiënten met onderliggende, ernstige COPD.

Dit grote, goed uitgevoerde onderzoek laat zien dat gekleurd sputum inderdaad geen reden is om in de eerste lijn antibiotica voor te schrijven. Nu moeten we er alleen nog naar handelen. ■

Linda Bröker

Butler CC, et al. Antibiotic prescribing for discoloured sputum in acute cough/LRTI. *Eur Respir J* 2011, mar 15.

Yes you can, zelfmanagement bij diabetes

Zelfmanagement speelt een steeds grotere rol bij de begeleiding van diabetespatiënten. Israëlische onderzoekers gingen na of het meten van self-efficacy (eigen effectiviteit) bij diabetespatiënten een goede voor-speller is voor het opvolgen van gegeven behandeladviezen.

Optimaal effect van de behandeling vereist gedragsveranderingen van diabetespatiënten op meerdere gebieden. De begeleiding van diabetespatiënten is tegenwoordig ook meer gericht op het stimuleren van deze gedragsveranderingen. *Self-efficacy* geeft het vermogen van de patiënt tot verandering weer. Hoe groter de self-efficacy, hoe groter de kans dat de patiënt de behandeladviezen gaat opvolgen.

Met vragenlijsten – waaronder de *Resistance to Treatment Questionnaire* – maten de onderzoekers bij 119 patiënten de self-efficacy voor vier specifieke behan-



Foto: Shutterstock/Dmitry Lobanov

deladviezen: inname orale medicatie, dieetnaleving, lichaamsbeweging en zelfmonitoring van glucose. Tevens maten ze in welk stadium van gedragsverandering de patiënt verkeerde. Het bleek dat hoe lager gescoord werd voor self-efficacy voor een specifiek behandeladvies, hoe minder de patiënt in staat bleek dit specifieke behandeladvies op te volgen. Dit gold vooral voor de wat latere stadia van gedragsverandering bij dieetnaleving, lichaamsbeweging en zelfmonitoring van glucose. Een uitzondering vormde de inname van orale medicatie. Hierbij bleek de

self-efficacy score geen invloed te hebben op het gedrag van de patiënt.

Het met behulp van vragenlijsten bepalen van de self-efficacy lijkt dus een bruikbaar instrument om meer behandeladviezen 'op maat' aan te bieden bij diabetespatiënten. Hoe deze methode zijn weg kan vinden in de dagelijkse praktijk, zal moeten blijken. ■

Johan Schinkelshoek

Mishali M, et al. The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. Fam Pract 2011;28:82-7.

Evidence-based tevredenheid met gedelegeerde zorg voor diabetes

In tweederde van de Nederlandse huisartsenpraktijken is een praktijkondersteuner werkzaam. Eén van de belangrijkste praktijkondersteunende taken is de begeleiding van diabetespatiënten. Het inzetten van de praktijkondersteuner voor deze zorg wordt wijd verbreid toegepast, naar tevredenheid van alle betrokkenen.

Het lijkt een open deur, maar het was nog niet bekend of het delegeren van begeleiding van diabetespatiënten aan praktijkondersteuners wel verantwoord is. Om dit zeker te weten voerden Houweling et al. een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek uit waarbij aan

de praktijkondersteuner gedelegeerde zorg voor diabetes werd vergeleken met de conventionele zorg door de huisarts zelf. De primaire uitkomstmaat was de gemiddelde afname van het HbA_{1c}.

Aan het einde van de onderzoeksperiode van veertien maanden vonden de onderzoekers geen statistisch relevant verschil in de daling van het HbA_{1c}, bloeddruk en lipidenprofiel tussen beide groepen. Wel was zowel de bloeddruk als de streefwaarde voor het lipidenprofiel aan het eind van de onderzoeksperiode in zowel de interventiegroep als in de controlegroep significant gedaald ten opzichte van de beginmeting. In de door de praktijkondersteuner begeleide groep was sprake van enige verslechtering in de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en er was een geringe toename van diabetesgerelateerde symptomen. De door de praktijkondersteuner behandelde patiënten waren echter meer tevreden

met hun behandeling dan de patiënten die werden behandeld door een huisarts.

Dit onderzoek leert ons wat we eigenlijk al wisten: het delegeren van de begeleiding van diabetes aan praktijkondersteuners is verantwoord en patiënten die deze begeleiding krijgen zijn zelfs meer tevreden dan bij begeleiding door een huisarts. Wij waren al tevreden met de zorg van onze praktijkondersteuners aan diabetes, maar kunnen nu met recht zeggen dat onze tevredenheid evidence-based is. ■

Just Eekhof

Houweling ST, et al. Can diabetes management be safely transferred to practice nurses in a primary care setting? A randomised controlled trial. J Clin Nurs 2011;20:1264-72.

Waar de nood het hoogst is

In een recent advies boog de Gezondheidsraad zich over de medische onderzoeksagenda voor de komende jaren. Bijzonder aan het rapport is dat men primair te rade ging bij eindgebruikers, in de terminologie van het rapport de pull geheten. Verspreid over vijftien ziektegebieden werd patiënten en hulpverleners gevraagd welke nog niet bestaande medische producten het meest nodig zijn. Op deze wijze hoopt men te bereiken dat innovaties niet meer primair worden gestuurd door de agenda's van universitaire of industriële onderzoekers (de push). De raadpleging van patiënten leverde vele interessante suggesties op zoals een apparaat voor bewegingsanalyse,

methoden voor kraakbeen- en botregeneratie, stamceltherapie voor de hartspier, een effectief middel tegen littekenjeuk (bij brandwonden) en verbeterde navigatiesystemen (voor slechtzienenden). Huisartsen bleken onder andere te hechten aan betere toedieningsvormen van medicatie bij polyfarmacie, verbeterde informatiesystemen tussen huisartsen onderling en tussen huisartsen en patiënten, en verbeterde diagnostische mogelijkheden voor de huisarts zoals een echoapparaat met beeldherkenning. Mantelzorgers noemden middelen ter vergroting van de zelfstandigheid en domotica voor zorg op afstand (GPS, sensoren en software). De aangedragen patiëntenwensen werden nadien door de commissie geprioriteerd aan de hand van een vijftal criteria: gezondheidswinst, omvang van de doelgroep, kosten per patiënt,

arbeidsbesparing en marktfalen.

Bedoeling van de hele exercitie is dat een en ander leidt tot een nieuw metaprogramma 'Innovatieve medische producten', dat over bestaande onderzoeksprogramma's wordt gelegd zodat de echte noden van de eindgebruikers tot een oplossing worden gebracht. En nu maar hopen dat de onderzoeksagenda maakbaar is en de producten oplevert die men zich wenst. ■

Tjerk Wiersma

Medische producten: nieuw en nodig! Een investeringsagenda voor onderzoek naar innovatieve en relevante medische producten. Den Haag: Gezondheidsraad, 2011, publicatie nr. 2011/01. www.gr.nl.

Leefstijl is uitdaging voor alle partijen

In het cardiovasculair risicomanagement is zowel bij degene die de zorg levert als bij degene die de zorg ontvangt (patiënt) nog te weinig oog voor leefstijl, volgens het onderzoek van Helene Voogdt-Pruis. Uit haar onderzoek blijkt verder dat praktijkondersteuners de richtlijn cardiovasculair risicomanagement beter volgen dan de onderzochte huisartsen. Ook geven praktijkondersteuners vaker leefstijladviezen, maar dat heeft weer geen invloed op het daadwerkelijk opvolgen van die adviezen.

Leefstijladviezen en medische interventie verminderen de incidentie en progressie van cardiovasculaire aandoeningen. Twee belangrijke voor-

waarden voor succesvol cardiovasculair risicomanagement zijn patiënt-compliance en het volgen van de richtlijnen in de standaard door degene die de zorg levert. Waarschijnlijk ontvangt 30-40% van de mensen in de doelgroep niet de zorg volgens de laatste wetenschappelijke inzichten en is 20% van de geleverde zorg onnodig of zelfs schadelijk. In deze gerandomiseerde trial werd gekeken naar verschillen tussen huisarts en praktijkondersteuner in het toepassen van de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. De onderzoekers keken naar verschillen in interventie door huisartsen en praktijkondersteuners. Daarnaast onderzochten ze of er verschillen waren in het volgen van de behandeling door patiënten afkomstig van huisartsen en patiënten afkomstig van praktijkondersteuners. De interventie vond plaats in

6 Zuid-Nederlandse gezondheidscentra door 25 huisartsen en 6 ervaren praktijkondersteuners bij 701 geselecteerde patiënten. Vierhonderdvierentachtig behandelde patiënten (69%) vulde achteraf een volledige vragenlijst in over de interventies. Opvallend hierin was de geringe aandacht van de hulpverleners voor belangrijke cardiovasculaire risicofactoren als roken en overgewicht. Bij roken werd dit door de praktijkondersteuner in slechts 39% besproken, bij de huisarts was dat nog minder; 10%. Leefstijl is een uitdaging die kennelijk niet alleen bij de patiënten ligt. ■

Wilma Spinnewijn

Voogdt-Pruis HR, et al. Adherence to a guideline on cardiovascular prevention: a comparison between general practitioners and practice nurses. Int J Nurs Stud 2010; doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.11.008.



Huisartsenzorg voor mensen met een verstandelijke beperking

Samenvatting

Cardol M, Dusseljee JC, Rijken PM, Van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ. Huisartsenzorg voor mensen met een verstandelijke beperking. *Huisarts Wet* 2011;54(7):354-8.

ACHTERGROND Mensen met een verstandelijke beperking maken vaker dan voorheen gebruik van de huisartsenzorg. Dat vraagt specifieke kennis en vaardigheden van de huisarts. We onderzochten de ervaringen van de naasten van deze patiënten – merendeels familieleden.

METHODE In 2009 hielden wij gestructureerde telefonische interviews met 216 naasten van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking.

RESULTATEN De naasten die meegingen naar de huisarts waren tevreden over de huisartsenzorg. Wel was ruim 75% van mening dat de betreffende persoon met verstandelijke beperking niet alleen naar de huisarts kon. Van de mensen met een verstandelijke beperking in het onderzoek had 20% in het afgelopen jaar geen huisarts bezocht en ook geen andere arts. Slechts enkelen hadden contact gehad met een arts voor verstandelijk gehandicapten.

CONCLUSIE De naasten van personen met een verstandelijke beperking zijn tevreden over de huisartsenzorg aan hun familielid. Een relatief groot aantal mensen met een verstandelijke beperking echter blijkt het afgelopen jaar geen enkele arts bezocht te hebben, en dat roept de vraag op of hun gezondheid wel voldoende gevolgd wordt. Men zou moeten nagaan in hoeverre mensen met een verstandelijke beperking deelnemen aan preventieprogramma's.

INLEIDING

Mensen met een verstandelijke beperking (VB) wonen vaker dan voorheen in woonwijken en maken ook vaker gebruik van de huisartsenzorg in de buurt.^{1,3} Bij een gemiddelde huisartsenpraktijk staan ongeveer tien patiënten met een VB ingeschreven. De spreiding is groot; sommige huisartsenpraktijken hebben nauwelijks ingeschreven patiënten met een VB, andere wel zeventig.³

Huisartsenzorg voor mensen met een VB is in twee opzichten bijzonder. Ten eerste hebben zij ongeveer twee keer zoveel kans op gezondheidsproblemen als mensen zonder een VB.^{2,5} Relatief vaak voorkomende gezondheidsproblemen zijn epilepsie, cerebrale parese, maag-darmproblemen, hart- en vaatziekten en problemen met horen en zien.^{3,6-8} Mensen met een VB worden ouder dan voorheen, maar de veroudering kan bij hen al vanaf het vijftigste levensjaar voor gezondheidsproblemen zorgen.⁹

Ten tweede verloopt de communicatie met de huisarts anders.⁵ Niet alle mensen met een VB kunnen hun gezondheids-

problemen even goed verwoorden en voor de huisarts is het soms lastig om die problemen goed te interpreteren.¹ Mensen met een VB gaan daarom vaak samen met een familielid of begeleider naar de huisarts. Ze zijn ook verder voor hun gezondheid grotendeels aangewezen op hun naasten en begeleiders.¹⁰

Huisartsen, onderzoekers en mensen uit de praktijk hebben zich wel afgevraagd of de huisarts voldoende is toegerust voor de medische zorg aan mensen met een VB.¹¹⁻¹² Huisartsen zelf geven aan dat zij te weinig weten over specifieke aandoeningen zoals epilepsie, dat de communicatie soms moeizaam is en dat het allemaal te veel tijd kost. Toch vinden zij zichzelf de aangewezen persoon om medische zorg te verlenen aan mensen met een VB. Zij kunnen daarbij baat hebben bij specialistische ondersteuning door een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG),¹² maar volgens de inspectie weten veel huisartsen de AVG niet te vinden.¹¹ Het [kader] geeft een overzicht van de mogelijkheden voor verwijzing.

De huisarts ziet dus steeds meer patiënten met een VB, maar hoe het er bij zo'n bezoek nu precies aan toegaat is nooit onderzocht. Daarom vroegen wij de naasten van deze patiënten (ouder, gastouder, broer of zus, soms ook een vriend of begeleider) naar hun ervaringen: hoe verloopt de communicatie tijdens zo'n consult en hebben zij weleens contact met een AVG?

Wat is bekend?

- Mensen met een verstandelijke beperking wonen vaker dan voorheen in woonwijken en maken vaker gebruik van huisartsenzorg in de buurt.
- De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking vraagt specifieke kennis en vaardigheden van huisartsen.
- Afhankelijkheid van anderen kan de toegang tot de huisartsenzorg voor mensen met een verstandelijke beperking belemmeren.

Wat is nieuw?

- Familieleden zijn tevreden over de huisartsenzorg voor hun familielid met een verstandelijke beperking.
- Ook mensen met een lichte verstandelijke beperking zijn voor hun huisartsenbezoek aangewezen op familie of begeleiders.
- In grote meerderheid vinden familieleden de huisarts de eerst aangewezen bij gezondheidsproblemen van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking.
- Toch had 20% van de mensen met een verstandelijke beperking gedurende het onderzoeksjaar geen contact met hun huisarts, noch met andere artsen.
- Slechts enkele mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking consulteerden in het onderzoeksjaar een arts voor verstandelijk gehandicapten.

NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: dr. M. Cardol, senior onderzoeker; J.C. Dusseljee, onderzoeker; dr. P.M. Rijken, programmaleider. UMC Sint Radboud, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: prof.dr. H.M.J. van Schrojenstein Lantman-de Valk, arts verstandelijk gehandicapten, hoogleraar Geneeskunde voor mensen met verstandelijke beperkingen. • Correspondentie: m.cardol@nivel.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

METHODE

Onderzoekspopulatie

In 2006 heeft het NIVEL het Panel Samen Leven (PSL) opgezet. In dit panel zitten mensen van 15 jaar of ouder met een lichte of matige verstandelijke beperking, en hun naasten.¹³ Deze naasten zijn in overgrote meerderheid familieleden (ouder, gastouder, broer of zus), in een enkel geval is het de begeleider uit de woonvoorziening of een vriend; we zullen hen daarom hierna collectief aanduiden als 'familieleden'. Mensen met een VB hebben moeite met leren, begrijpen en redeneren, en met sociale en praktische vaardigheden.¹⁴ Mensen met een lichte VB kunnen zich daarbij meestal redelijk uitdrukken en (begeleid) zelfstandig wonen, maar worden vanwege hun verbale capaciteiten vaak overschat. Mensen met een matige VB wonen vaker in een woonvoorziening. Zij kunnen meestal wel aangeven wat ze willen, maar hebben op bijna alle levensgebieden ondersteuning nodig.

De panelleden uit woonvoorzieningen zijn geworven via 55 wooninstellingen in Nederland, de leden die (begeleid) zelfstandig wonen via een steekproef van 87 huisartsenpraktijken verspreid over Nederland. De huisartsenpraktijken spoorden potentiële panelleden op aan de hand van een checklist.¹⁵ Het PSL is representatief voor wat betreft leeftijd, geslacht en verdeling naar lichte en matige VB.¹⁶

In 2009 telde het PSL 641 panelleden met een VB en 238 familieleden. Wij vroegen deze naasten in een telefonisch interview naar het gebruik van huisartsenzorg door hun familielid met VB in dat jaar, en naar hun ervaringen daarmee. Bij de huisarts of de wooninstelling vroegen wij de achtergrondkenmerken op van de persoon met VB, zoals de mate van de beperking en de woonsituatie. Uiteindelijk beschikten we over 216 afgeronde interviews, een respons van 91%.

Interviews

Wij interviewden de familieleden aan de hand van een gestructureerde vragenlijst. Zij kregen aan het begin van het interview twee selectievragen: was de persoon met VB het afgelopen jaar bij een huisarts geweest en zo ja, was er een familielid meegegaan? Op basis hiervan verdeelden we de interviews in drie groepen: 1) de persoon met VB was bij de huisarts geweest en er ging een familielid mee, 2) de persoon met VB was bij de huisarts geweest zonder dat er een familielid bij was, maar die wist ervan, en 3) de persoon met VB had dat jaar volgens de familie geen huisarts bezocht.

Groep 1 vroegen wij naar het aantal keren dat de persoon met VB bij de huisarts was geweest, de reden voor het bezoek, wie de afspraak had gemaakt, hoe het contact met de huisarts was, eventuele doorverwijzing naar een AVG en de tevredenheid met het bezoek aan de huisarts. Groep 2 kreeg dezelfde vragen, met uitzondering van vragen over het maken van de afspraak en het verloop van het consult. Groep 3 vroegen wij welke arts het belangrijkste aanspreekpunt was voor gezondheidsproblemen: huisarts, AVG, specialist of andere arts?

Huisartsenzorg aan mensen met een verstandelijke beperking

- **Zorgverzekeringswet:** patiënten met een verstandelijke beperking staan op naam ingeschreven in de huisartsenpraktijk.
- **AWBZ:** patiënten met een indicatie AWBZ-verblijf en -behandeling en die in een woonvoorziening verblijven, kunnen niet op naam worden ingeschreven (NONI). Declaratie van de kosten is geregeld in het contract met de zorginstelling.
- **Passantentarief:** bij incidentele zorg (bijvoorbeeld op vakanties) kan de huisarts het passantentarief in rekening brengen.

Verwijzing naar een arts verstandelijk gehandicapten (AVG)

- **Zorgverzekeringswet:** de huisarts kan mensen voor wie aanspraken en financiering via de zorgverzekeringswet lopen, doorverwijzen naar de AVG voor een consultatie.
- **CIZ-indicatie:** voor monodisciplinaire consultatie van de AVG is geen CIZ-indicatie nodig, voor multidisciplinaire inzet (bijvoorbeeld ook paramedici en gedragsdeskundigen) is wel een CIZ-indicatie nodig.
- **AVG-polikliniek:** de huisarts kan een verwijsbrief met de vraagstelling en informatie over de medische voorgeschiedenis sturen naar een AVG-polikliniek in de buurt (te vinden via <http://www.nvavg.nl> > 'Verwijzing naar AVG').
- **Informatie voor huisartsen:** is te downloaden van <http://www.nvavg.nl/bestanden/NVAVG-folder/folder-nvavg.pdf>.

Analyse

Alle antwoorden uit de interviews rekenden wij om naar percentages op basis van het aantal respondenten. Met behulp van chikwadraattoetsen zochten wij naar verschillen in achtergrondkenmerken, waarbij de grens voor significantie lag bij een p-waarde van 0,05.

RESULTATEN

Wij vroegen de 216 respondenten naar het huisartsenbezoek van 95 mensen met een lichte en 116 mensen met een matige VB. Van 5 personen was de ernst van de beperking onbekend. Honderd drieëntachtig respondenten (85%) waren familie van de persoon met VB: ouder, gastouder, broer of zus [tabel 1]. De meeste mensen met een VB verkeerden volgens de responden-

Abstract

Cardol M, Dusseljee JC, Rijken PM, Van Schroyen Lantman-de Valk HMJ. General practice care for people with intellectual disabilities: perspectives of their relatives. *Huisarts Wet* 2011;54(7):354-8.

BACKGROUND People with an intellectual disability (ID) visit primary care services more often than in the past. This requires general practitioners to have appropriate knowledge and skills. We investigated what the relatives thought of the primary care services used by their family members with mild or moderate intellectual disability.

METHOD In 2009, 216 relatives of people with ID participated in a structured telephone interview.

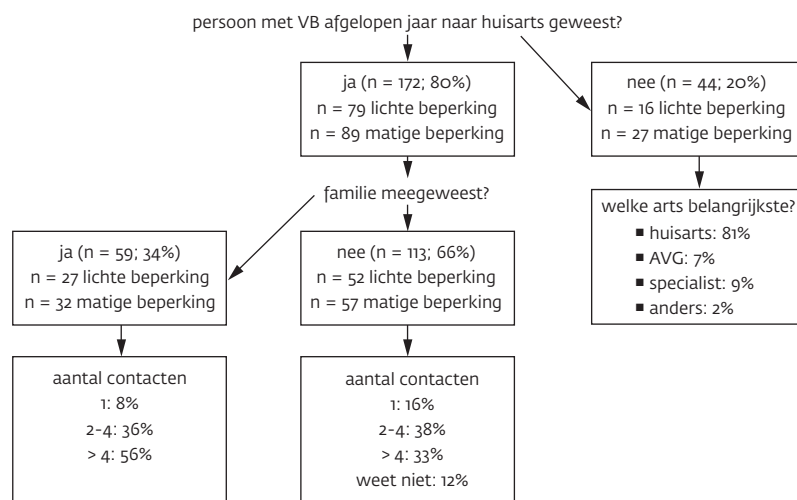
RESULTS The relatives who accompanied their family member with ID to the general practitioner were satisfied with the care provided. Moreover, about 75% of the respondents thought that people with ID should not visit a general practitioner or primary care service on their own. About 20% of the people with ID in our study population had not visited a general practitioner or other doctor in the last year, and only a few had been in contact with a doctor specialized in the care for people with ID.

CONCLUSION The relatives and carers of people with ID were satisfied with the care provided. However, the relatively large number of patients who had not visited a doctor in the past year raises the question whether the health of individuals with ID is being adequately monitored. It is important to evaluate to what extent people with ID have an annual health check-up or participate in preventive care programmes.

Tabel 1 Kenmerken van de onderzoekspopulatie (n = 216 mensen met een verstandelijke beperking)*

	Lichte beperking (n = 95)	Matige beperking (n = 116)
<i>Mensen met een VB</i>		
■ vrouwen	45	57
■ mannen	50	59
■ jonger dan 50 jaar	60	80
■ 50 jaar of ouder	35	36
<i>Ervaren gezondheid volgens naasten</i>		
■ uitstekend-(zeer) goed	57	85
■ matig-slecht	17	15
■ onbekend	21	16
<i>Beperkingen volgens huisarts/instellingsarts</i>		
■ visusprobleem	4	9
■ gehoorprobleem	3	8
■ lichamelijke (motorische) beperking	15	22
■ gedragsprobleem	5	12
■ psychiatrische problematiek	6	4
■ epilepsie	10	8
■ geen beperking	29	23
<i>Respondenten</i>		
■ familie (ouder, gastouder, broer, zus)	183	
■ professionele begeleider	8	
■ anders	3	
■ onbekend	22	

* De mate van de verstandelijke beperking ontbreekt voor 5 mensen.

Figuur Stroomdiagram onderzoeksgroep (n = 216 mensen met een verstandelijke beperking)

ten in goede gezondheid, al zeiden 42 respondenten dat ze dat niet konden inschatten. Van de mensen met een VB woonde 79% in een woonwijk (7% zelfstandig, 10% bij familie, 62% in een begeleide woonvorm) en 21% op of vlakbij een instellingsterrein. De [figuur] laat zien hoe de drie groepen zijn samengesteld.

Ongeveer 80% van de mensen met een VB was het afgelopen jaar naar de huisarts geweest, voor 20% was het bezoek langer dan een jaar geleden. Bij ruim eenderde (34%) van de bezoeken was een familielid meegegaan, bij tweederde (66%) ging de familie niet mee maar was zij wel op de hoogte van het bezoek aan de huisarts.

Wij vonden geen significant verband tussen het wel of niet meegaan van een familielid en de mate van de VB, de woon-situatie of de leeftijd. Het is dus niet zo dat er vaker of juist minder vaak een naaste meegaat naar de huisarts als iemand bijvoorbeeld een ernstiger beperking heeft, jonger is of zelfstandig woont.

Van de personen met VB gingen diegenen die ouder waren dan 50 jaar significant vaker voor controle naar de huisarts (26%) dan diegenen die jonger waren dan 50 jaar (11%). Laatstgenoemden bezochten de huisarts vaker in verband met een specifieke gezondheidsklacht. De reden voor het huisartsen-bezoek was meestal een acute klacht zoals een brandwond of een hoofdwond die gehecht moest worden. Oog- en oorinfec-ties, epilepsie, diabetes, verkoudheid en moeheid werden re-gelmatig genoemd en in een klein aantal gevallen ging het om (vermoede) kanker, hartproblemen en dementie.

Ruim 75% van de 216 familieleden was van mening dat de persoon met VB eigenlijk niet of slechts met moeite alleen naar de huisarts kon. De ernst van de verstandelijke beper-king – licht of matig – maakte daarbij geen verschil. De be-langrijkste redenen om mee te gaan waren dat de patiënt niet zelfstandig kon reizen of problemen had met communiceren. Een aantal familieleden vond ook dat het afhing van het ge-zondheidsprobleem: voor een griepje kan een patiënt met een VB zelf wel naar de huisarts, maar voor ingewikkelder proble-men niet.

Groep 1: familie was meegeweest naar de huisarts

Van de 172 respondenten die meldden dat hun naaste naar de huisarts was geweest, gaven er 59 (34%) aan dat zij de persoon met VB daarbij hadden vergezeld. Het initiatief voor het con-sult lag in deze gevallen meestal bij de familie of bij de bege-leider uit de wooninstelling [tabel 2]. Zij ondervonden geen moeilijkheden bij het maken van de afspraak. Eén familielid meldde dat de huisarts in eerste instantie niet wilde helpen.

Het verwoorden van het gezondheidsprobleem gebeurde bijna even vaak door het familielid als door de patiënt zelf, vaak vulden zij elkaar aan. Ruim eenderde van de responden-ten meldde dat de huisarts zich in het consult vooral tot de pa-tiënt richtte. Meer dan de helft vond dat de patiënt voldoende ruimte kreeg om mee te beslissen over de behandeling.

De huisarts verwees geen enkele patiënt naar een AVG. Geen van de familieleden gaf aan dat zij voor de huisartsen-zorg de voorkeur gaven aan een AVG, en 90% zei vertrouwen te hebben in de huisarts. Het gemiddelde rapportcijfer dat de huisarts kreeg was een acht en niemand gaf lager dan een zes.

Groep 2: familie was niet meegeweest naar de huisarts

Van de 172 familieleden die meldden dat hun naaste naar

de huisarts was geweest, zeiden er 113 (66%) dat ze niet waren meegegaan. In deze gevallen was de afspraak meestal gemaakt door een begeleider van de wooninstelling (73%) [tabel 2]. Negenentwintig familieleden (26%) zeiden dat de persoon met VB zonder begeleiding naar de huisarts was gegaan. Dit waren vooral, maar niet uitsluitend, mensen met een lichte beperking. In groep 2 hadden 91 familieleden (81%) vertrouwen in de huisarts en gaven er 3 (3%) de voorkeur aan een AVG.

Groep 3: de huisarts was niet bezocht

Van de 44 familieleden (20%) wier naaste het laatste jaar niet bij de huisarts was geweest, vonden er 36 (82%) de huisarts het belangrijkste aanspreekpunt bij gezondheidsproblemen. Drie familieleden meldden dat de persoon met VB altijd een AVG bezocht en 4 dat de specialist diens belangrijkste arts was.

Nadere analyse liet zien dat deze groep van 44 personen met VB 33 mannen telde (75%), en dat 37 personen (84%) volgens de respondenten een goede tot uitstekende gezondheid bezaten. Twee personen waren matig gezond en van 5 personen kon de respondent niet zeggen hoe gezond zij waren. Op andere kenmerken, zoals de mate van beperking, de leeftijd en de woonsituatie, week deze groep niet significant af van degenen die wel naar de huisarts geweest waren.

BESCHOUWING

Beperkingen

Het is belangrijk op te merken dat onze resultaten gebaseerd zijn op een telefonische enquête onder vooral familieleden van huisartspatiënten met een VB. Zij geven dus het perspec-

Tabel 2 Opvattingen van de familie over de bezoeken aan de huisarts (n = 172)

	Mee naar huisarts (n = 59)	Niet mee naar huisarts (n = 113)
<i>Wie nam het initiatief?</i>		
■ patiënt	7 (12%)	
■ naaste	25 (42%)	
■ begeleider	17 (29%)	
■ anders	10 (17%)	
<i>Wie maakte de afspraak?</i>		
■ patiënt	3 (5%)	18 (16%)
■ naaste	29 (49%)	6 (5%)
■ begeleider	25 (42%)	82 (73%)
■ anders	2 (4%)	7 (6%)
<i>Met wie sprak de huisarts vooral?</i>		
■ patiënt	21 (36%)	
■ naaste	8 (14%)	
■ beiden	30 (51%)	
<i>Kon de patiënt meebeslissen over de behandeling?</i>		
■ meestal/altijd	32 (54%)	
■ nooit/soms	19 (32%)	
■ weet niet	8 (14%)	
<i>Had de respondent vertrouwen in de huisarts?</i>	53 (90%)	93 (82%)
<i>Verwijzing naar AVG</i>	0 (0%)	0 (0%)

tief van de familie weer en zeggen niet per se iets over de tevredenheid van de huisartspatiënten zelf. Ook gelden zij niet voor mensen met een ernstige VB, voor zover deze bij de huisarts komen.



Foto: Shutterstock/Marcel Jancovic

Een andere beperking is dat onze vragen gericht waren op het proces en niet op gezondheidsuitkomsten. Ons onderzoek laat daarom geen uitspraken toe over de kwaliteit van de huisartsenzorg aan mensen met een VB.

Belangrijkste bevindingen

De respondenten waren positief over de huisartsenzorg aan hun familielid met een VB. Slechts enkelen gaven de voorkeur aan een AVG. Degenen die meegingen naar de huisarts waren positiever over de communicatie tijdens het consult dan de literatuur doet vermoeden.^{11,17,18} Wel gaf ruim 75% van onze respondenten aan dat hun familielid eigenlijk niet alleen naar de huisarts kon. Afhankelijkheid van anderen kan de toegang tot de huisartsenzorg voor mensen met een VB belemmeren.¹ Familie of begeleiders moeten het gezondheidsprobleem signaleren en tijd vrij maken om mee naar de huisarts te gaan. Medisch geschoolde begeleiding ontbreekt vaak, en dat maakt dat gezondheidsproblemen niet altijd of niet op tijd gesignaleerd worden.^{1,19} Bovendien is bekend dat de familie de gezondheid van een persoon met een VB vaak beter inschat dan deze in werkelijkheid is.²⁰

Een tweede belangrijke bevinding is dat 20% van de mensen met een VB het afgelopen jaar geen huisarts had geconsulteerd, terwijl bijna al hun geïnterviewde familieleden aangeven dat de huisarts het belangrijkste aanspreekpunt is voor gezondheidsproblemen. Het kan zijn dat zij niet wisten dat de persoon met VB een huisarts bezocht had, maar het gevonden percentage is vergelijkbaar met dat in de algemene bevolking²¹ en met bevindingen uit onderzoek naar het gebruik van huisartsenzorg door mensen met een VB.³ Weliswaar had een groot deel van de personen die niet bij de huisarts kwamen volgens hun familie een goede gezondheid – ook al bekende een aantal respondenten dat zij dit niet goed konden inschatten – maar heel zeker is dit niet, gezien de verhoogde kans op gezondheidsproblemen bij mensen met een VB en de niet altijd betrouwbare inschatting van de gezondheidstoestand door familie en begeleiders. Verschillende auteurs hebben gepleit voor gezondheidscontroles voor mensen met een VB, zodat men gezondheidsproblemen vroegtijdig kan signaleren,^{22,23} en deze controles zijn inderdaad effectief gebleken voor het opsporen van gezondheidsproblemen.^{1,10,24} Toch doen mensen met een VB minder vaak mee aan gezondheidsbevorderende en preventieve zorgprogramma's.¹ Nader onderzoek naar hun deelname aan dergelijke zorgprogramma's lijkt ons dan ook zinvol.

Een derde bevinding uit ons onderzoek is dat slechts een paar personen met een VB in het onderzoeksjaar contact hadden gehad met een AVG. Misschien was dit ook niet nodig en konden de klachten prima door de huisarts worden afgehandeld. Uit ander onderzoek blijkt echter dat veel huisartsen niet precies weten welke aanvullende zorg een AVG biedt en hoe zij die kunnen benutten.^{11,25} Daarom lijkt een vervolgonderzoek naar de samenwerking tussen huisarts en AVG ons belangrijk. Ook uit dit onderzoek blijkt immers niet duidelijk dat huisartsen, familieleden en begeleiders de weg naar de AVG weten te vinden wanneer dat nodig is. ■

LITERATUUR

- 1 Felce D, Baxter H, Lowe K, Dunstan F, Houston H, Jones G, et al. The impact of repeated health checks for adults with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2008;21:585-96.
- 2 Van Schrojenstein Lantman-de Valk HM, Metsemakers JFM, Haveman MJ, Crebolder HFJM. Health problems in people with intellectual disability in general practice: A comparative study. *Fam Pract* 2000;17:405-7.
- 3 Van Schrojenstein Lantman-de Valk HM, Straetmans J, Schellevis FG, Dinant G-J. Gezondheidsproblemen van mensen met een verstandelijke beperking in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2008;51:62-5.
- 4 Van Schrojenstein Lantman-de Valk HM. Health problems in people with intellectual disability: Aspects of morbidity in residential settings and primary health care [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1998.
- 5 Van Schrojenstein Lantman-de Valk HM, Metsemakers JFM. De huisarts en de patiënt met een verstandelijke beperking. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003.
- 6 Henderson A, Lynch SA, Wilkinson S, Hunter M. Adults with Down's syndrome: The prevalence of complications and health care in the community. *Br J Gen Pract* 2007;57:50-5.
- 7 Vallenga D, Tan F, Lendemeijer B, Crypdonck M, Boon P. Risico's voor mensen met epilepsie en een verstandelijke beperking, een literatuuroverzicht. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg* 2004;30:181-96.
- 8 Anwar AJ, Walker JD, Frier BM. Type 1 diabetes mellitus and Down's syndrome: Prevalence, management and diabetic complications. *Diab Med* 1998;15:160-3.
- 9 Haveman MJ, Maaskant MA. Defining fragility of the elderly severely mentally handicapped according to mortality risk, morbidity, motor handicaps and social functioning. *J Ment Defic Res* 1989;33:389-97.
- 10 Cooper S-A, Morrison J, Melville CA, Finlayson J, Allan L, Martin G, et al. Improving the health of people with intellectual disabilities: Outcomes of a health screening programme after 1 year. *J Intellect Disabil Res* 2006;50:667-77.
- 11 Kramer A, Kleefstra S, Kool T. Een kwestie van samenwerking en expertise: Medische zorg voor verstandelijk gehandicapten moet krachten bundelen. *Med Contact* 2005;60:1804-6.
- 12 Van Loon J, Knibbe J, Van Hove G. From institutional to community support: Consequences for medical care. *J Appl Res Intellect Disabil* 2005;18:175-80.
- 13 Cardol M, Speet M, Rijken PM. Anders of toch niet? Deelname aan de samenleving van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking. Utrecht: NIVEL, 2007.
- 14 American Association of Intellectual and Developmental Disabilities. FAQ on intellectual disability Definition intellectual disability [internet]. Washington (DC): AIDD, 2010. http://www.aamr.org/content_104.cfm, geraadpleegd mei 2011.
- 15 Van Schrojenstein Lantman-de Valk HM, Metsemakers JFM, Soomers-Turlings JMSJG, Haveman MJ, Crebolder HFJM. People with intellectual disabilities in general practice: Case definition and case finding. *J Intellect Disabil Res* 1997;41:373-9.
- 16 Van den Hoogen P, Cardol M, Spreeuwenberg P, Rijken M. Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking. Utrecht: NIVEL, 2010.
- 17 Landelijke Huisartsen Vereniging, Nederlandse Vereniging voor Artsen van Verstandelijk Gehandicapten. Handreiking huisarts en AVG: Optimale medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht: LHV/NVAVG, 2010.
- 18 Phillips A, Morrison J, Davis RW. General practitioners' educational needs in intellectual disability health. *J Intellect Disabil Res* 2004;48:142-9.
- 19 Leemrijse CJ, Pisters MF. Quick scan kwaliteit en veiligheid van ambulante zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht: NIVEL, 2009.
- 20 Evenhuis HM. Medical aspects of ageing in a population with intellectual disability, III: Mobility, internal conditions and cancer. *J Intellect Disabil Res* 1997;41:8-18.
- 21 Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2010. <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?PageID=12918&path=/Startpunt/subsites/LINH>. Geraadpleegd november 2010.
- 22 Harrison S, Berry L. Improving primary care services for people with learning disability. *Nurs Times* 2005;101:38-40.
- 23 Van Schrojenstein Lantman-de Valk HM, Walsh PN. Managing health problems in people with intellectual disabilities. *BMJ* 2008;337:a2507.
- 24 Lennox N, Bain C, Rey-Conde T, Purdie D, Bush R, Pandeya N. Effects of a comprehensive health assessment programme for Australian adults with intellectual disability: A cluster randomized trial. *Int J Epidemiol* 2007;36:139-46.
- 25 Wesseling M, Van Wijlick E. Medische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap: AWBZ of zorgverzekeringswet? Utrecht: Projectenbureau KNMG, 2008.

De generalist

In 1957 ben ik – toevallig – huisarts geworden, omdat er een huisartsenpraktijk in Amsterdam ter overname werd aangeboden. Achteraf een beroep dat mij op het lijf geschreven was. Voordien werkte ik vanaf 1951 als wetenschapper bij het Anatomisch Instituut van de Vrije Universiteit en deed daar onderzoek op het gebied van aangeboren stoornissen. Ik heb in die jaren gesolliciteerd naar een plaats voor de opleiding tot kinderarts, bij professor Veeneklaas in Leiden. In een eerste gesprek met hem waren wij allebei zeer enthousiast, mede vanwege mijn onderzoek. Bij een door hem gewenst psychologisch onderzoek bleek ik echter te ‘oppervlakkig’ te zijn en ben afgewezen. Dat was op dat moment een teleurstelling, maar nu na zoveel jaren denk ik – terugkijkend – dat het goed is geweest. Later heb ik met vele ‘echte’ wetenschappers te maken gehad en zag ik hoe zij, geobsedeerd door een onderwerp, zich daar helemaal in verdiepten en er dag en nacht mee bezig waren. Ik heb echter een brede belangstelling en vind bijna alles wat er om mij heen gebeurt interessant. Ik denk dus dat ik met mijn karakter beter geschikt ben voor

het generalisme huisartsgeneeskunde, dan voor een carrière in de wetenschap. Voor een specialist geldt volgens mij het omgekeerde. Wanneer je het niet erg vindt dat je niet van alles op de hoogte kunt zijn, je je graag verdiept in een enkel onderwerp en je daar dan ook dag en nacht mee bezighoudt, dan moet je geen generalist worden.

Generalist met een ‘hobby’

Dat wil niet zeggen dat ik in de praktijk geen ‘hobby’s’ had. Ik heb veel gesprekken met patiënten gevoerd, als zij er blijk van gaven bepaalde moeilijkheden te hebben en daarover met mij wel wilden praten. Ik heb mij op dit gebied dan ook verder bekwaamd, onder meer door deelname aan een Balintgroep en het bijwonen van cursussen over gesprekstechniek. Deze gesprekken deed ik in mijn vrije tijd, zonder daarvoor extra te worden gehonoreerd. Het zou mooi geweest zijn als ik daar wel een honorarium voor had ontvangen en als daar een ‘verklaring’ van deskundigheid tegenover had gestaan.

Professor Huygen in Nijmegen was destijds van mening dat het hebben van een ‘hobby’ naast het vak goed was om plezier in het werk te houden. Ik deel

deze opvatting, op grond van mijn ervaring als huisarts. Ook ik denk dat voor een huisarts en zijn patiënten het hebben van een ‘hobby’ naast het generalistische huisartsenwerk goed is. Maar specialisatie in strikte zin, lijkt mij een stap te ver. Je moet je dan ook verdiepen in de literatuur van dat ‘specialisme’ en dat is een bijna onmogelijke opgave, gezien de huidige overvloed van publicaties. Het is voor de generalist al moeilijk genoeg om via de literatuur enigszins op de hoogte te blijven van alle nieuwe ontwikkelingen.

Dus als generalist met een hobby heb ik mij altijd zeer goed gevoeld. Vooral toen in 1970 een opleiding tot huisarts en de ontwikkeling van de wetenschap die aan het vak ten grondslag ligt in het verschiep kwamen. Ik heb daaraan kunnen meewerken en het was een uitdaging om zowel de opleiding als de inhoud van de huisartsgeneeskunde vorm te geven. Dat dit nu na zoveel jaren is gelukt, stemt mij dankbaar. ■

Prof.dr. H.J. Dokter was van 1957 tot 1972 huisarts in Amsterdam en van 1973 tot 1991 hoogleraar en afdelingshoofd Huisartsgeneeskunde bij het Erasmus MC in Rotterdam. In 1991 ging hij met emeritaat. • Correspondentie: h.j.dokter@hetnet.nl



Foto: Shutterstock/Vitaly Titov & Maria Sidelnikova



Ervaringen met de NHG-Praktijkaccreditering®

Samenvatting

Van Doorn-Klomborg AL, Kirschner K, Bouma M, In 't Veld CJ, Wensing M, Braspenning JCC. Ervaringen met de NHG-Praktijkaccreditering®. *Huisarts Wet* 2011;54(7):360-5.

DOEL Het beschrijven van de ervaringen van huisartsen met de NHG-Praktijkaccreditering®.

METHODE Een *mixed methods design* met schriftelijke vragenlijsten en mondelinge interviews bij 61 respectievelijk 29 huisartsen, die in 2006 en 2007 gegevens verzamelden voor de NHG-Praktijkaccreditering®. De huisartsen namen tevens deel aan het Transparantieproject, waarbij ze een geldelijke bonus kregen op basis van hun prestaties.

RESULTATEN De huisartsen gaven aan deel te willen nemen aan de NHG-Praktijkaccreditering® omdat ze graag actief bezig wilden zijn met het verbeteren van de kwaliteit. Ze oordeelden positief over het inzicht dat ze kregen in het eigen handelen. Ze vonden dat ze te veel tijd kwijt waren aan het verzamelen van gegevens van het medisch handelen en wilden meer ondersteuning bij het maken van verbeterplannen. Daarnaast vonden ze dat de focus van het meetinstrument minder zou moeten liggen bij details en meer bij de onderliggende processen.

CONCLUSIE Huisartsen zijn bereid om de eigen praktijk door te lichten. Het gehele proces mag niet te veel tijd kosten en het gebruikte instrument moet uitnodigen tot echte kwaliteitsverbetering, die ook geborgd kan worden voor de toekomst. Er moet een goede balans gevonden worden tussen meetbaarheid en de ervaren kwaliteit. Voor een deel van de huisartsen wegen de nadelen van het proces zwaarder dan de voordelen.

INLEIDING

Bij een professionele werkwijze hoort het periodiek doorlichten van de prestaties en het afleggen van verantwoording. Ook bij de (her)inrichting van ons zorgstelsel legt men de nadruk op het belang van transparantie. Hierdoor is een grotere behoefte ontstaan aan inzicht in het handelen en wil men weten op welke punten de kwaliteit van zorg verbetering behoeft. Accreditering van de huisartsenpraktijk is een methode aan de hand waarvan dit inzicht te verkrijgen is.^{1,2} Bij accreditering maakt men gebruik van dynamische streefdoelen,³ waarbij men toetst of men de kwaliteit van zorg op een correcte manier aan het verbeteren is. Dit continue, systematische verbeteringsproces past goed binnen de setting van de huisartsenzorg. In Nederland is daarom de NHG-Praktijkaccreditering® ontwikkeld, waar praktijken sinds 2005 aan kun-

nen deelnemen. Het gebruikte Visitatie Instrument Accreditering (VIA) [kader 1] heeft betrekking op verschillende domeinen: de praktijkorganisatie, het medisch handelen en patiëntenervaringen.⁴ De gebruikte indicatoren zijn voldoende valide en betrouwbaar.⁵⁻⁷

In 2006 en 2007 hebben 65 praktijken deelgenomen aan het Transparantieproject [kader 2], waarvoor ze ook deelnamen aan de NHG-Praktijkaccreditering®.⁸ Bij het Transparantieproject worden de deelnemers onderling beoordeeld op kwaliteit van zorg. Aan deelname was een bonus gekoppeld.^{9,10} Als onderdeel van de evaluatie van het Transparantieproject is ook de NHG-Praktijkaccreditering® geëvalueerd. Inzicht in de motivatie en ervaringen van de deelnemers is van cruciaal belang voor het welslagen van een programma als de NHG-Praktijkaccreditering®.¹¹ Greenfield et al. vonden dat deelname van professionals aan accreditering binnen een ziekenhuissetting in Australië bijdroeg aan een positieve verandering in de bedrijfscultuur, waardoor er meer aandacht was voor kwaliteit en veiligheid.¹¹ Binnen de huisartsenzorg in Nederland is soortgelijk onderzoek nog niet gedaan. Met ons onderzoek willen we inzicht geven in de ervaringen van huisartsen met deelname aan de NHG-Praktijkaccreditering®.

METHODEN

Onderzoeksopzet en onderzoekspopulatie

We hebben een *mixed methods design*^{12,13} gehanteerd om een breed beeld te krijgen van de ervaringen van huisartsen. We keken daarbij naar verwachte ervaringen door middel van een

Wat is bekend?

- Spiegelinformatie draagt bij tot verbetering van de kwaliteit van zorg.
- De NHG-Praktijkaccreditering® maakt gebruik van het VIA-instrument, dat voldoende valide en betrouwbaar is.

Wat is nieuw?

- Huisartsen die meededen aan de NHG-Praktijkaccreditering® geven aan dat deelname aan de accreditering volgens hen bijdraagt aan de verbetering van kwaliteit van zorg.
- Huisartsen hebben behoefte aan ondersteuning bij gegevensverzameling en het opstellen van verbeterplannen, zodat ook de tijdsinvestering beperkter is.
- Huisartsen willen vanwege de tijdsinvestering een eenvoudig toetsinstrument; ze willen echter ook dat het instrument de huisartsenzorg in volle breedte representeert.
- Huisartsen willen graag eenduidig beoordeeld worden door accreditoren. Dit pleit voor heldere en strikte beoordelingsnormen. Aan de andere kant willen huisartsen wel dat er voldoende flexibiliteit is in deze normen met het oog op de eigen praktijksituatie.

UMC St Radboud, IQ healthcare, Postbus 9101, huispost 114, 6500 HB Nijmegen: A.L. van Doorn-Klomborg, junior wetenschappelijk onderzoeker; drs. K. Kirschner, junior wetenschappelijk onderzoeker; prof.dr. M. Wensing, hoogleraar; dr. J.C.C. Braspenning, universitair hoofddocent NHG, afdeling Implementatie; dr. M. Bouma, huisarts, senior wetenschappelijk medewerker; C.J. in 't Veld, huisarts. • Correspondentie: A.vanDoorn@iq.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: enkele auteurs zijn als ontwikkelaars (Jozé Braspenning, Margriet Bouma), dan wel als werknemers van de organisatie die eigenaar is (Margriet Bouma, Kees in 't Veld) betrokken bij de NHG-Praktijkaccreditering®.

kwantitatief vragenlijstonderzoek en zochten verdere verdieping aan de hand van een kwalitatief interviewonderzoek.

Vragenlijsten

In het kader van het Transparantieproject verspreidden we een evaluatievragenlijst onder alle 65 praktijken uit Zuid-Nederland die in 2006 en 2007 gegevens verzamelden voor de NHG-Praktijkaccreditering[®] en deelnamen aan het Transparantieproject.⁸ Een overzicht van de achtergrondkenmerken van deze praktijken is te vinden in [tabel 1]. De vragenlijsten bestonden uit open en gesloten vragen en vragen met een vijf-puntslikertschaal.

Interviews

Drie getrainde interviewers hielden semigestructureerde interviews onder het deel van de huisartsen dat ook de vragenlijst invulde. We benaderden alle praktijken; van de 35 huisartsen die bereid waren tot deelname benaderden we de 30 huisartsen die als eersten reageerden op het verzoek voor een interview. Ten behoeve van het kwalitatieve onderzoek maakten we gebruik van de *framework*-benadering.^{14,15} Voor de opzet van het interview en de vragenlijst maakten we daarbij vooraf een raamwerk van een aantal thema's met subthema's [tabel 2]. We voegden gedurende de afnameperiode geen nieuwe vragen toe aan het interview.

Analyse

De ingevulde vragenlijsten analyseerden we met behulp van beschrijvende statistiek. Om ook inzicht te krijgen in het effect van de geldelijke bonus op de motivatie en ervaringen van de deelnemers keken we naar de verschillen in scores van twee groepen, ingedeeld op basis van de hoogte van hun bonus per patiënt.

De gegevens uit de interviews analyseerden we met behulp van een thematische analyse.¹² Niet alle vooraf bepaalde subthema's vonden de deelnemers evenzeer van belang – nieuwe thema's kwamen naar boven tijdens de interviews (deze hebben we inductief bepaald; zie de cursief weergegeven (sub)thema's in [tabel 2]). De informatie uit de interviews plaatsten we binnen het raamwerk. De betrouwbaarheid van de analyse borgden we doordat twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar de interviews beoordeelden. We bespraken discrepanties, waarna we in alle gevallen consensus bereikten.

RESULTATEN

Respons vragenlijsten en interviews

Van de 65 benaderde praktijken vulden 61 huisartsen uit evenzoveel praktijken de vragenlijst in. Van de 30 huisartsen die we benaderd hebben voor de interviews namen er 29 deel. Met één huisarts bleek het niet mogelijk om gedurende de onderzoeksperiode een geschikt moment te vinden voor een afspraak.

Motivatie voor deelname

De huisartsen gaven verschillende redenen aan om mee te willen doen aan de NHG-Praktijkaccreditering[®] [tabel 3]. De

Kader 1

NHG-Praktijkaccreditering[®] en Visitatie Instrument Accreditering (VIA)^{4,23-25}

De NHG-Praktijkaccreditering[®] betreft een driejarig, cyclisch proces. De praktijk verzamelt gegevens met behulp van het Visitatie Instrument Accreditering (VIA) en ontvangt feedback door middel van een benchmark. Aan de hand hiervan stelt de praktijk SMART-verbeterplannen¹⁹ op en voert deze uit. De praktijk moet voldoen aan een aantal basiseisen, onder andere wat betreft hygiëne. Daarnaast kijkt de accreditator naar de kwaliteit van de verbeterplannen en gaat hij na of de praktijk actief bezig is met het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Het VIA bestaat uit kwaliteitsindicatoren voor drie verschillende onderdelen: het medisch handelen, de praktijkorganisatie en patiëntenervaringen. De benodigde gegevens verzamelt de accreditator deels met behulp van gevalideerde vragenlijsten, die patiënten, huisartsen, assistentes, praktijkondersteuners en de consulent die de praktijk bezoekt invullen. Overige gegevens zijn voornamelijk uit het medisch dossier afkomstig. De meeste indicatoren van het medisch handelen betreffen diabetes, COPD, astma en hart- en vaatziekten. Indien de praktijk de gegevens niet geautomatiseerd kan verzamelen, kan deze een steekproef nemen van veertig patiënten per aandoening. Het instrument is bij de ontwikkeling getoetst op validiteit en betrouwbaarheid.⁵⁻⁷

meest genoemde redenen waren het verbeteren van de zorg en het krijgen van inzicht in het medisch handelen. Eenentwintig van de 61 praktijken gaven aan mee te doen omdat dat een voorwaarde was voor participatie aan het Transparantieproject. De hoogte van de bonus had geen effect op de redenen voor deelname die de praktijken noemden.

Tijdsinvestering

Uit de vragenlijst bleek dat de tijdsinvestering voor het verzamelen van de gegevens veel groter was voor de chronische aandoeningen dan voor de overige onderwerpen [tabel 4]. Ook als de huisartsen de gegevens uit het huisartseninformatiesysteem (HIS) extraheerden, bleken praktijken in veel gevallen per onderdeel meer dan 4 uur nodig te hebben. Op het mo-

Abstract

Van Doorn-Klomborg AL, Kirschner K, Bouma M, In 't Veld CJ, Wensing M, Braspenning JCC. *Opinions of general practitioners regarding the Dutch National Accreditation programme[®]. Huisarts Wet 2011;54(7):360-5.*

AIM To report the opinions of general practitioners regarding the Dutch National Accreditation programme of the Dutch College of General Practitioners.

METHODS Using a mixed methods design, data were collected by means of a questionnaire and interview from 61 and 29 general practitioners, respectively, in 2006 and 2007 as part of the Dutch National Accreditation Programme. The practitioners also took part in a pay-for-performance study.

RESULTS The general practitioners chose to participate in the practice accreditation scheme mainly because they wanted to improve the quality of care. While they were positive about the insight they gained into their practice management and clinical care, they found that the collection of data on medical practice was too time-consuming and that they needed more support in preparing a practice improvement plan. They also thought that the assessment instruments should put less emphasis on details and more on the underlying processes.

CONCLUSION General practitioners are willing to take part in an accreditation programme, but the process should not be too time-consuming and the instruments used should lend themselves to improving quality now and in the future. There needs to be a balance between measurability and perceived quality. Some practitioners considered the drawbacks of the process to outweigh its advantages.

Kader 2**Het Transparantieproject⁸⁻¹⁰**

Huisartsen in Zuid-Nederland konden op vrijwillige basis meedoen aan een onderzoek naar de effecten van de toekenning van een geldelijke bonus op basis van prestaties. Men maakte gebruik van een bonussysteem waarbij de praktijken punten kregen voor hun scores op de indicatoren. Dit gebeurde aan de hand van een onderverdeling die was gebaseerd op percentielscores. Op basis van het aantal punten, variërend van 0 tot 6 per onderdeel, kregen de praktijken een geldelijke bonus per patiënt. Een normpraktijk kreeg gemiddeld een vergoeding van 7500 euro. De vergoeding per praktijk varieerde van 0 tot 15.000 euro. Deelnamekosten voor een normpraktijk waren gemiddeld 6200 euro. Een deel van de praktijken kreeg een vergoeding die lager was dan de deelnamekosten. Ten tijde van het afnemen van de interviews wist nog niet elke huisarts hoe hoog de bonus zou zijn. Wel waren alle betrokken huisartsen bekend met het gebruikte bonussysteem. Deelname aan de NHG-Praktijkaccreditering[®] was een voorwaarde voor deelname aan het Transparantieproject. Een aantal praktijken nam al deel aan de accreditering voordat ze aan het Transparantieproject begonnen. Verschillende praktijken zijn vanwege deelname aan het Transparantieproject begonnen met de NHG-Praktijkaccreditering[®]. Voor het grootste deel van de praktijken is dit echter niet bekend.

ment van deelname leverde het geautomatiseerd verzamelen van gegevens nog geen tijdswinst op. Uit de interviews bleek dat de huisartsen vonden dat het verzamelen van gegevens over het medisch handelen veel tijd kostte, vooral omdat het niet mogelijk was om de gegevens makkelijk uit het medisch dossier te halen. Verschillende huisartsen gaven aan dat HIS-leveranciers hiertoe aanpassingen dienen te maken. Soms was de gevraagde informatie wel beschikbaar in een secundaire bron, maar bleek het bewerkelijk om deze informatie aan te leveren of was de informatie niet toegankelijk voor de huisartsen.

Huisartsen gaven ook aan dat ze vonden dat het verzamelen van gegevens niet tot hun takenpakket behoorde. Zo vertelde een van de huisartsen: 'De kwaliteit van zorg, dus echt het patiëntencontact, is toch het belangrijkste. Je bent nu met administratie bezig. Dingen die eigenlijk niet door een arts gedaan zouden moeten worden – de gegevensverzameling, overall achteraan gaan... In plaats van dat ik maandag een patiënt zag, was ik met administratie bezig.'

De inhoud van het VIA-meetinstrument

Het onderdeel praktijkorganisatie waardeerden de artsen in het algemeen positief, in het bijzonder het nalopen van een aantal zaken, zoals de inhoud van de spoedtas. Wel had een deel van de geïnterviewden het gevoel dat ze werden afgerekend op zaken die ze minder belangrijk vinden. Ze waren bang dat er vooral zou worden geturfd, terwijl de achterliggende gedachte, de kwaliteit van zorg, naar de achtergrond zou verdwijnen. Artsen vonden dat een deel van de indicatoren niet direct met de kwaliteit van zorg te maken hadden. Een van de huisartsen noemde hiervan een voorbeeld: 'De datum van de ampullen. Natuurlijk hebben wij die op orde. Je weet gewoon dat ze daar op gaan controleren. Dat regel je de dag van tevoren. Allemaal van die kleine dingetjes waarvan ik denk dat ze er eigenlijk niet toe doen. Het gaat om het geheel... Hoe borg je bepaalde dingen? Je kunt nu aan verbeteren denken, maar hoe heb je dat geborgd voor de toekomst? Je moet er immers voor zorgen dat je ook je kwaliteit behoudt. En niet alleen maar voor die verbeterplannen even een jaar er aan trekken, en het dan laten verwateren'.

Ook vonden huisartsen dat een aantal onderdelen te strikt werd gemeten. Praktijken scoorden bijvoorbeeld negatief als ze een goed lopend werkproces hadden maar dat niet in een schriftelijk protocol hadden vastgelegd. Ze vonden dat dat niet klopte.

Een enkele arts twijfelde aan de juistheid van de informatie die de patiënten hadden geleverd. Uit de interviews kwam wel naar voren dat ze het belangrijk vonden dat de meting ook vanuit het patiëntenperspectief plaatsvindt.

Huisartsen waren tevreden over de diversiteit van het VIA-instrument, zowel wat betreft de onderwerpen die aan bod komen, als wat betreft de gebruikte bronnen. Ze vonden wel dat er nog extra onderdelen toegevoegd zouden kunnen worden, bijvoorbeeld innovatie en samenwerking binnen de maatschappij.

Tabel 1 Praktijkenmerken van de populatie van het vragenlijstonderzoek en de interviews vergeleken met alle Nederlandse praktijken

	Onderzoekspopulatie vragenlijsten (n = 65)	Onderzoekspopulatie interviews (n = 29)	Alle praktijken (n = 4321)
Praktijkvorm			
■ solo	29,2%	17,9%	43,5% [*]
■ duo	30,8%	39,3%	31,8% [*]
■ groep/gezondheidscentrum	40,0%	42,8%	24,7% [*]
Urbanisatiegraad [†]			
■ (zeer) sterk stedelijk	27,9%	31,0%	46,6% [*]
■ matig/weinig stedelijk	60,6%	62,1%	41,1% [*]
■ niet stedelijk	11,5%	6,9%	12,3% [*]
Praktijkgrootte			
■ gemiddeld aantal patiënten per praktijk	4596	5076	4283 [‡]
Werkdruk			
■ gemiddeld aantal fte huisartsen per 1000 patiënten	0,41	0,42	0,42 [‡]

^{*} NIVEL, 1-1-2007²⁰

[†] Tweede Nationale Studie naar verrichtingen in de huisartspraktijk²¹

[‡] VIA 2006/2007²²

[§] (Zeer) sterk stedelijk: > 1500 adressen per km²; matig/weinig stedelijk: 500-1500 adressen per km²; niet stedelijk: < 500 adressen per km²

Verbeterplannen

Het overgrote deel van de huisartsen (88%) gaf aan dat het moeite kost om verbeterplannen te schrijven. Voor 44% van de huisartsen waren de gestelde eisen duidelijk. Aan het schrijven van de verbeterplannen besteedden ze gemiddeld 18,5 uur. Meer dan de helft was van mening dat de verbeterplannen hebben bijgedragen aan de kwaliteit van zorg.

Uit de interviews kwam naar voren dat het gehele proces van schrijven en goedkeuren van de verbeterplannen veel tijd in beslag nam, waardoor het proces stokte. De huisartsen waren hieraan liever minder tijd kwijt geweest, maar gaven ook aan dat het goed is om de plannen zelf te maken. Het proces ervoeren ze als te bureaucratisch en er was relatief te weinig aandacht voor de inhoud. Zo zei een huisarts: 'In het begin heb ik vrij veel moeite gehad met de grote aandacht voor de vorm. Ik vind de inhoud prima. Ik wil graag de puntjes op de i zetten, maar ik vond het blabla-gehalte af en toe een beetje te hoog. Het ging niet over onzin, maar ik vond wel vaak dat de vorm soms belangrijker leek dan ons uiteindelijke doel. We zijn toch wel heel pragmatisch'.

Een aantal huisartsen gaf ook aan dat een strikte methode houvast biedt bij het realiseren van uitvoerbare verbeterplannen. Hierbij wensten ze wel meer ondersteuning van buitenaf. De enige steun die ze nu konden krijgen, moesten ze zelf betalen. Dat vonden ze niet afdoende.

Ondersteuning bij de uitvoering

Huisartsen gaven tijdens de interviews aan dat het accrediteringsproces nog meer gestroomlijnd mocht worden en dat de communicatieverbetering behoefte. Vooral bij de start van de accreditering liep nog niet alles soepel. Uit de interviews bleek dat de aanpak van de accreditoren onderling verschilde. Dit gold ook voor de consultants.

Huisartsen kregen soms de behoefte zich te vergelijken met andere praktijken in de omgeving. Het beeld dat ze van de andere praktijken hadden, kwam niet altijd overeen met de observatie van de accrediteur. Een huisarts vertelde bijvoorbeeld: 'Als ik zie hoe makkelijk sommige praktijken hun accreditering gekregen hebben en ik onze praktijk daar tegenover stel, dan denk ik dat het niet gelijkwaardig is. Wij zijn dan wel allebei geaccrediteerd, maar het verschil in organisatie wordt blijkbaar niet uitgedrukt in de accreditering. Als je heel veel te verbeteren hebt, dan heb je ook snel verbeterplannetjes en heb je ook snel drie dingen verbeterd. Ik vind dat er (meer) minimale eisen moeten zijn waar je aan moet voldoen'.

Verder verschilden de verzekeraars in hun vergoedingssysteem, wat de huisartsen als negatief beoordeelden.

Opbrengst voor de praktijk

De meerderheid van de huisartsen vond deelname aan de NHG-Praktijkaccreditering® de tijdsinvestering waard en voor bijna alle huisartsen was het doel duidelijk. Ongeveer de helft van de huisartsen zou een collega aanraden mee te doen, 20% zou het afraden. De overige 30% scoorde neutraal op deze vraag. Ook reageerden de huisartsen zeer verdeeld op de vraag

Tabel 2 Overzicht van thema's en subthema's die naar voren kwamen in interviews en vragenlijsten; cursieve (sub)thema's zijn inductief bepaald

Thema	Vragenlijst	Interview
1. Motivatie voor deelname	x	x
2. Gegevensverzameling		
a. gegevens uit medisch dossier		x
b. invullen vragenlijsten		x
c. observatie		x
d. mening over gegevensverzameling algemeen	x	x
e. tijdsinvestering	x	x
3. <i>De inhoud van het meetinstrument (VIA)</i>		x
4. Verbeterplannen		
a. mening over verbeterplannen algemeen	x	x
b. tijdsinvestering	x	x
5. Ondersteuning bij uitvoering		
a. aanmelding bij bureau		x
b. praktijkconsulent		x
c. VIA-consulent		x
d. accrediteur		x
e. ondersteuning bij gegevensverzameling		x
f. ondersteuning bij opstellen verbeterplannen		x
6. Opbrengst voor de praktijk		
a. mening deelname algemeen	x	x
b. <i>verzameling gegevens</i>		x
c. <i>veranderingen in team</i>		x
d. <i>financiële aspecten</i>		x

Tabel 3 Redenen voor deelname

Reden voor deelname	Aantal (van 61 artsen)
Verbeteren van de patiëntenzorg	50
Inzicht krijgen in medisch handelen	47
Inzicht krijgen in de praktijkvoering van de praktijk	42
Structuur geven aan veranderingen in de praktijk	33
Inzicht krijgen in de tevredenheid van onze patiënten	30
Naar buiten laten zien wat wij doen, want wij zijn daar trots op	27
Deelname was een voorwaarde voor/om... (met toelichting)	21
Verbeteren van markt- en onderhandelingspositie van de praktijk	16
Anders, namelijk (met toelichting van de praktijk)	8

Tabel 4 Tijdsinvestering van de gegevensverzameling per praktijk

Onderwerp	> 4 uur	2-4 uur	< 2 uur
Diabetes, COPD, astma of HVZ	58%	32%	10%
Medicatie of preventie	17%	28%	54%

of hun ervaringen overeenkwamen met hun verwachtingen van de NHG-Praktijkaccreditering®. De relatieve hoogte van de bonus bleek niet van invloed te zijn op deze meningen. De groep met de relatief hoge bonus leek iets vaker positief te scoren op de vragen 'is deelname de tijdsinvestering waard' en 'zou u een collega aanraden deel te nemen', dan de groep met de relatief lage bonus. De verschillen waren niet significant,



Foto: Margot Scheerder

maar het betrof ook kleine aantallen per groep.

Huisartsen gaven aan dat ze tijdens het verzamelen van de gegevens meer inzicht hadden gekregen in het eigen handelen. Er kwamen zaken aan het licht die ze direct konden aanpakken. Verschillende huisartsen bleken het toch minder goed te doen dan ze vooraf hadden gedacht. Een huisarts zei daarover: 'Ik ben over de accreditering op zich heel enthousiast, omdat deze inzicht geeft. Je denkt altijd dat je het al heel goed doet en dan kom je er achter dat een aantal dingen echt beter kan... En er komen dingen aan het licht die goed te verbeteren zijn'.

De huisartsen kregen een breed beeld van de praktijkvoering. Dat stond zwart op wit, waardoor het gemakkelijker werd om concreet aan de slag te gaan. Meedoen had volgens de huisartsen ook een positieve invloed op de samenwerking en de sfeer binnen het team. Een aantal huisartsen gaf aan dat de enorme hoeveelheid werk niet opwoog tegen de behaalde inzichten en verbeteringen. De accreditering heeft volgens een aantal huisartsen vooral meerwaarde voor huisartsen die nog veel te verbeteren hebben. Dat geldt volgens hen minder voor huisartsen die al voorop lopen. Ook beoordeelden ze de erkenning vanuit het NHG-promotiemateriaal, dat bestond uit een certificaat voor elke huisarts in de praktijk, folders en stickers, als erg mager in verhouding tot de tijds- en geldinvestering van de praktijk. Wel gaven verschillende praktijken aan dat ze dankzij de accreditering nu actiever bezig waren met kwaliteitsverbetering.

BESCHOUWING

Uit de resultaten blijkt dat het actief bezig zijn met kwaliteitsverbetering de voornaamste motivatie is van huisartsen om deel te nemen aan een accrediteringsprogramma zoals de NHG-Praktijkaccreditering®. De opbrengst voor de praktijk betreft vergroting van inzicht in de eigen praktijk en het werken aan verbetering van de kwaliteit aan de hand van zelf opgestelde verbeterplannen. Huisartsen merkten dat ook in de voorbereiding op de visitatie al een aantal zaken op orde

kwam. De aandachtspunten die ze noemden hebben betrekking op de tijdsinvestering voor de gegevensverzameling, vooral betreffende het medisch handelen, en het opstellen van de verbeterplannen. Ook wensen ze goede en onbetaalde ondersteuning. Huisartsen willen minder aandacht voor details en meer voor de onderliggende processen, zodat continue kwaliteitsverbetering inderdaad een continu proces is. Voor een deel van de huisartsen wegen de nadelen van het proces van de NHG-Praktijkaccreditering® zwaarder dan het gunstige effect van de deelname.

Beperkingen van het onderzoek

De onderzoekspopulatie betrof huisartspraktijken die ook deelnamen aan het Transparantieproject. Eenentwintig van deze 61 praktijken gaf aan deel te nemen aan de NHG-Praktijkaccreditering® omdat dat een voorwaarde was. De geldelijke bonus heeft huisartsen mogelijk een groter gevoel van erkenning gegeven, wat tot een positievere beoordeling kan hebben geleid. Anderzijds waren ze mogelijk kritischer over de inhoud van de indicatoren en de wijze van meten (*self-assessment*) omdat het belang van de meting groter was. Bij selectie van de huisartsen voor de interviews hebben we wel rekening gehouden met de hoogte van de bonus die is uitgekeerd (een evenredige verdeling). Onderzoek naar verschillen tussen deze groepen heeft door kleine aantallen geen significante effecten aangetoond. De evaluatievragenlijsten en interviews betroffen grotendeels vragen over het Transparantieproject. Ook lag in de interviews de nadruk op het medisch handelen, wat de huisartsen het belangrijkste onderdeel vonden. Een beoordeling over andere onderdelen is daardoor mogelijk onderbelicht gebleven.

De voor het huidige onderzoek gekozen methode heeft een aantal beperkingen. Tijdens de afnameperiode hebben we geen nieuwe (inductief afgeleide) thema's aan de interviews toegevoegd, waardoor deze in de interviews mogelijk onvolgende aan bod zijn gekomen. We hebben het interview gehouden onder een beperkt aantal huisartsen. Bij afname bleek echter sprake van saturatie.¹⁶

Lessen voor de toekomst

De ervaringen van huisartsen hangen samen met de motivatie en inzet tot deelname en daarmee ook met het effect dat men met een accreditering kan bereiken. Ten eerste is goede communicatie over de totstandkoming en het doel van de indicatoren noodzakelijk. Een aantal huisartsen gaf aan dat het instrument meer leek op een lijst met onbelangrijke zaken, die niet daadwerkelijk over 'kwaliteit' ging. Een beter inzicht in de ontwikkeling van een indicatorenset en de achtergronden daarvan kan participanten helpen beter te begrijpen wat er op welke manier gemeten wordt, waardoor hun motivatie toeneemt. Voor een deel van de aspecten die van belang zijn voor 'kwaliteit', bijvoorbeeld communicatie met patiënten, zijn geen duidelijke criteria beschikbaar. Daardoor is het moeilijk om hiervoor meetbare indicatoren op te stellen. Er bestaat een spanningsveld tussen meetbaarheid en wat men als 'kwaliteit'

teit' ervaart. Men kan indicatoren zien als een handvat voor kwaliteitsverbetering.

Ten tweede zijn de ervaringen met de gegevensverzameling van belang. Hoewel het verzamelen van gegevens veel moeite kostte en de huisartsen vonden dat dit niet tot hun takenpakket behoorde, draagt het wel bij aan kwaliteitsverbetering om de gegevens (deels) zelf te verzamelen. Huisartsen zullen de resultaten minder snel afdoen als onjuist en irrelevant. Ook krijgen huisartsen gedurende de gegevensverzameling vaak al inzicht in het eigen handelen. Daarbij blijkt geregeld dat de werkelijkheid minder gunstig is dan men dacht.¹⁷

Een derde punt betreft het schrijven van verbeterplannen. Hoewel binnen de NHG-Praktijkaccreditering® gekozen is voor een SMART-benadering voor het formuleren van doelen voor verbeterplannen,¹⁸ sloot deze aanpak toch niet altijd goed aan bij de werkwijze van de huisarts, wat soms tot frustraties heeft geleid. Om alle huisartsen gemotiveerd te houden tijdens een accrediteringsproces is het van belang om niet te zeer de nadruk te leggen op de methodiek, als wel op een inhoudelijke en pragmatische aanpak, zonder daarbij de achterliggende gedachte van concreet en volledig formuleren uit het oog te verliezen.

Ten vierde gaven praktijken aan dat de beoordeling door de accreditoren niet uniform verliep maar ook dat deze meer naar hun individuele situatie moeten kijken, zodat alternatieve oplossingen die niet overeenstemmen met de richtlijnen toch goedkeuring krijgen. Hier bestaat een spanningsveld: als men veel regels opstelt liggen consultants en accreditoren meer op één lijn, maar is er ook minder flexibiliteit bij de beoordeling van praktijken. Binnen NPA bv, het bedrijf dat de NHG Praktijkaccreditering® beheert, zijn sinds het afnemen van de interviews stappen ondernomen om het handelen meer te standaardiseren. Er is een certificatieschema opgesteld waarin de nadruk blijft liggen op systematische verbetering op basis van meten. De praktijk is zelf verantwoordelijk voor een keuze voor goede, bij de praktijk passende oplossingen voor bestaande risico's voor veiligheid en kwaliteit.

CONCLUSIE

Huisartsen die tevens hebben deelgenomen aan het Transparantieproject zijn gematigd positief over de NHG-Praktijkaccreditering®. Ze achten verdere doorontwikkeling van de accreditering noodzakelijk, waar binnen NPA bv ook voortdurend sprake van is.¹⁹ We kunnen een aantal bredere conclusies trekken op grond van onze resultaten. Huisartsen zijn bereid om de eigen praktijk en het handelen door te lichten met behulp van een accrediteringsproces. Van belang is dat de gegevensverzameling niet te veel tijd kost – de grote tijdsinvestering vormde het grootste struikelblok bij de NHG-Praktijkaccreditering®. Ook is het van belang dat het gebruikte instrument

uitnodigt tot echte kwaliteitsverbetering, die men kan borgen voor de toekomst. Hierbij is sprake van spanningsvelden tussen meetbaarheid en ervaren 'kwaliteit', en tussen flexibiliteit en eenduidigheid in het beoordelen. ■

LITERATUUR

- 1 Sutherland K, Leatherman S. Regulation and quality improvement: a review of the evidence. London: The Health Foundation, 2006. www.health.org.uk/QUIP.
- 2 Grol R, Wensing M. Implementatie; effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Derde druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2006.
- 3 Pauwels J. Kwaliteit kenbaar maken in de zorg; 2010. www.zorgnetvlaanderen.be/Documents/2010%20Accreditering.pdf.
- 4 Braspenning J, Dijkstra R, Tacken M, Bouma M, Witmer H. Visitatie Instrument Accreditering (VIA®). Nijmegen/Utrecht: WOK/NHG/NPA, 2007.
- 5 Van den Hombergh P, Grol R, Van den Hoogen HJ, Van den Bosch WJ. Assessment of management in general practice: Validation of a practice visit method. *Br J Gen Pract* 1998;48:1743-50.
- 6 Van Doorn A, Kirschner K, Bouma M, Burgers J, Braspenning J, Grol R. Evaluatie van het onderdeel medisch handelen van de accreditering. Vier klinimetrische criteria. *Huisarts Wet* 2010;53:141-6.
- 7 Van den Hombergh P, Grol R, Van den Hoogen HJ, Van den Bosch WJ. Practice visits as a tool in quality improvement: acceptance and feasibility. *Qual Health Care* 1999;8:167-71.
- 8 Kirschner K, Braspenning J, Gootzen T, Van Everdingen C, Batenburg J, Verstappen W, et al. Pay-for-performance in de huisartsenpraktijk: een experiment in Zuid-Nederland. Nijmegen: IQ healthcare, 2009. <http://www.iqhealthcare.nl/ContentFront/ContentProducts/ProductsMain.aspx?medewerkerId=78>.
- 9 Braspenning J, Kirschner K, Batenburg J, Van de Rijdt D, Grol R. Loon naar werken loont. *Med Contact* 2008;63:1042-5.
- 10 Kirschner K, Braspenning J, Batenburg J, Van de Rijdt D, Muijters P, Van Everdingen C, et al. Value for money: een model voor honoreren van kwaliteit in de huisartsenpraktijk. Nijmegen: afdeling Kwaliteit van Zorg, UMC St Radboud, 2008. <http://www.iqhealthcare.nl/ContentFront/ContentProducts/ProductsMain.aspx?medewerkerId=78>.
- 11 Greenfield D, Pawsey M, Braithwaite J. What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations? *Int J Qual Health Care* 2011;23:8-14.
- 12 Pope C, Mays N. Qualitative research in health care. Third edition. Oxford: Blackwell Publishing, 2006.
- 13 Pope C, Mays N. Critical reflections on the rise of qualitative research. *BMJ* 2009;339:737-9.
- 14 Pope C, Ziebland C, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ* 2000;320:114-6.
- 15 Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In: Bryman A, Burgess RG (eds). *Analysing qualitative data*. London: Routledge, 1994.
- 16 Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen. Den Haag: Boom onderwijs, 2005.
- 17 Braspenning J, Hermens R, Wollersheim H, Grol R. Meten van (veranderingen in) de zorg: de rol van indicatoren. In: Grol R, Wensing M (redactie). *Implementatie; effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Derde druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2006.
- 18 Doran GT. There's a S.M.A.R.T. way to write managements's goals and objectives. *Management Rev* 1981;70:35-6.
- 19 NPA beleidsnotitie 2008. <http://npa.artsennet.nl/professionals/huisartsen/belangrijke-documenten.htm>.
- 20 Nivel-beroepenorganisaties, 2007. Beschikbaar via www.nivel.nl.
- 21 Schellevis FG, Westert GP, De Baker DH, Groenewegen PD. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: Nivel/RIVM, 2004.
- 22 Visitatie Instrument Praktijkaccreditering, recente gegevens 2006/2007.
- 23 Witmer JM, Bouma M, Braspenning J, In 't Veld CJ, Grol R. NHG-Praktijkaccreditering®. Een nieuwe stap in de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in huisartsenpraktijken. Utrecht/Nijmegen: NHG/WOK, 2005.
- 24 Van den Hombergh P. Practice visits. Assessing and improving management in general practice. Nijmegen: Catholic University of Nijmegen, 1998.
- 25 Wensing MJP. Patients evaluate general practice. Nijmegen: Catholic University of Nijmegen, 1997.



Preventieve huisbezoeken bij kwetsbare ouderen

Samenvatting

Van Hout HPJ, Jansen APD, Van Marwijk HWJ, Pronk M, Frijters DF, Nijpels G. Preventieve huisbezoeken bij kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet* 2011;54(7):366-74.

INLEIDING De effectiviteit van preventieve huisbezoeken bij ouderen is omstreden. Geïndiceerde preventie door middel van huisbezoeken door verpleegkundigen zou gezondheidsproblemen mogelijk voorkomen wanneer men deze richt op een kwetsbare populatie, met hulp van op maat gemaakte zorgplannen.

METHODE Wij voerden een individueel gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek uit in 33 geblindeerde huisartsenpraktijken, over een periode van 18 maanden. Het onderzoek betrof 651 thuiswonende, kwetsbare ouderen (75-plus). Deelnemers met een score binnen het laagste kwartiel van ten minste 2 van de 6 zelfgerapporteerde gezondheidsdomeinen (COOP-WONCA-kaarten) merkten we als 'kwetsbaar' aan. We vergeleken de standaardzorg met proactieve huisbezoeken door getrainde wijkverpleegkundigen. De verpleegkundige a) bepaalde de zorgbehoefte aan de hand van een multidimensionaal, geautomatiseerd geriatrisch instrument; b) stelde in overleg met de deelnemer zorgprioriteiten vast; c) ontwierp en voerde op maat gemaakte interventies uit; d) volgde de deelnemer door middel van telefoongesprekken en gemiddeld drie huisbezoeken.

RESULTATEN Op geen van de uitkomstmaten (functionele gezondheid, (I)ADL-beperkingen, ziekenhuisopnamen, acute ziekenhuisbezoeken, institutionalisatie en mortaliteit) vonden we significante verschillen tussen de interventie- en de 'gebruikelijke zorggroep'. Vooraf gedefinieerde subgroepanalyses lieten in de interventiegroep wel een hoger risico op ziekenhuisopname zien voor deelnemers met een slechtere gezondheid.

CONCLUSIE We konden niet aantonen dat verpleegkundige huisbezoeken aan kwetsbare ouderen preventieve effecten hadden. Ziekenhuisopnamen namen toe in de kwetsbaarste groep. Onderzoek naar effectieve interventies voor kwetsbare ouderen heeft een vervolg, wellicht in de richting van een geïntegreerde zorgaanpak.

INLEIDING

Door de vergrijzing en de ermee gepaard gaande clustering van chronische ziekten vereisen groeiende aantallen kwetsbare ouderen steeds meer inspanningen van de eerstelijnszorg. De eerstelijnszorgteams zijn zich vaak niet bewust van de gezondheidsstatus en de functionele beperkin-

gen van deze patiëntengroep.¹⁻³ Huisartsen beschikken over steeds minder tijd en geschikte middelen om deze kwetsbare groep proactieve zorg te bieden, om systematisch en op de lange termijn hun gezondheidsstatus te volgen, en om de regio te voeren over de zorg voor de chronische ziekten en de beperkingen die met de kwetsbaarheid gepaard gaan.⁴ Proactieve huisbezoeken bij kwetsbare ouderen door verpleegkundigen zouden deze ontbrekende zorg kunnen opvangen en zo negatieve gezondheidseffecten kunnen voorkomen.

In landen als het Verenigd Koninkrijk, Denemarken en Australië maken preventieve huisbezoeken aan ouderen deel uit van het nationale zorgbeleid. De rationale achter huisbezoeken is dat ze onvoorziene zorgbehoeften kunnen opsporen en hieraan kunnen beantwoorden, om zo negatieve gezondheidseffecten te voorkomen of uit te stellen. Preventieve huisbezoeken dienen drie doelen: a) het voorkomen of uitstellen van functionele beperkingen en hierop volgende verpleeghuisopname door middel van primaire preventie (bijvoorbeeld vaccinatie en beweegprogramma's); b) secundaire preventie van symptomen van nog niet vastgestelde aandoeningen; en c) het voorkomen of uitstellen van verdere achteruitgang bij chronische ziekten.

De huisartsenzorg in Nederland biedt nog maar in beperkte mate verpleegkundige huisbezoeken aan voor kwetsbare ouderen. Hoewel de uitvoering van preventieve huisbezoeken in verscheidene landen is geïmplementeerd, blijkt uit verschillende reviews en meta-analyses dat de waarde ervan controversieel is.^{5,6} Van Haastregt en collega's concludeerden dat er geen duidelijk bewijs was voor gunstige effecten van preventieve huisbezoeken op het gebied van fysiek functioneren, institutionalisatie en mortaliteit bij thuiswonende ouderen.⁷ Elkan en collega's meldden daarentegen juist significante effecten op overleving en uitstel van institutionele zorg. Deze effecten waren sterker wanneer de bezoeken vooral kwetsbare ouderen betroffen en niet ouderen in het algemeen.⁸ Deze conclusie is in overeenstemming met de bevindingen van een eerder Nederlands onderzoek.^{8,9} Stuck en collega's rapporteerden dat er positieve effecten zijn te verwachten met betrekking tot mortaliteit, verpleeghuisopnamen en functionele gezond-

Wat is bekend?

- In verschillende landen leggen verpleegkundigen preventieve huisbezoeken af aan (kwetsbare) ouderen.
- Het bewijs voor het nut hiervan is echter controversieel.

Wat is nieuw?

- Deze grote preventieve trial kon geen meerwaarde aantonen van preventieve huisbezoeken door thuiszorgverpleegkundigen.
- Toekomstige onderzoeken zouden gericht moeten zijn op de waarde van verpleegkundige huisbezoeken voor kwetsbare ouderen die beter geïntegreerd zijn in de eerste lijn.

VUmc Amsterdam, EMGO+ Instituut, afdeling Huisartsgeneeskunde: dr. H.P.J. van Hout, universitair docent en onderzoeker; dr. A.P.D. Jansen, postdoc; dr. H.W.J. van Marwijk, universitair hoofddocent, onderzoeker en huisarts; prof. dr. G. Nijpels, hoogleraar Huisartsgeneeskunde, onderzoeker en huisarts. Afdeling KNO/Audiologie en Longitudinal Aging Study Amsterdam: M. Pronk, MSc, promovendus. Afdeling Verpleeghuisgeneeskunde: D.F. Frijters, universitair docent. • Correspondentie: hpj.vanhout@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. • Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Van Hout HPJ, Jansen APD, Van Marwijk HWJ, Pronk M, Frijters DF, Nijpels G. Prevention of adverse health trajectories in a vulnerable elderly population through nurse home visits: a randomised controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2010;65:734-42. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

heid, mits men aan een aantal voorwaarden voldoet. Dan gaat het bijvoorbeeld om het aanbieden van een aanzienlijk aantal huisbezoeken en het vaststellen van de zorgbehoeften en het zorgplan op basis van een zogenaamde multidimensionale, gestructureerde beoordeling.⁶ Een recente meta-analyse van Beswick en collega's kon echter niet aantonen dat het zinnig is om meer huisbezoeken af te leggen.¹⁰

Wij stelden de hypothese op dat preventieve huisbezoeken door verpleegkundigen functionele achteruitgang, institutionalisatie en mortaliteit kunnen verminderen, mits ze zich richten op kwetsbare ouderen en gebruikmaken van een multidimensionale, gestructureerde beoordeling en geïndividualiseerde zorgplannen.

METHODE

Onderzoeksontwerp en -setting

Het betrof een op individueel niveau gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek onder een kwetsbare, oudere (75-plus) thuiswonende populatie, die afkomstig was uit 33 huisartsenpraktijken (55 huisartsen). Het onderzoek bestreek een periode van 18 maanden. We blindeerden huisartsen voor de toewijzing van hun deelnemende patiënten aan ofwel de preventieve verpleegkundige huisbezoeken, ofwel de standaardzorg. Deelnemers die op hetzelfde adres woonden kregen dezelfde interventie. Om gelijke groottes van interventie- en controlegroepen per praktijk te waarborgen pasten we blokrandomisatie toe. Net als de huisartsen blindeerden we de gegevensinvoerders voor groepstoewijzing. De regio waaruit de deelnemers afkomstig waren beschikte over één ziekenhuis, twee verpleeghuizen (200 bedden) en ongeveer 20 verzorgingshuizen (ongeveer 1000 bedden). De medisch ethische toetsingscommissie van het VU Medisch Centrum gaf toestemming voor het onderzoek. Alle deelnemers gaven schriftelijk toestemming.

Onderzoekspopulatie

De gehanteerde in- en exclusiecriteria staan in [tabel 1]. De deelnemende huisartsen leverden de namen en adressen van al hun thuiswonende patiënten van 75 jaar of ouder. Al deze personen ontvingen per post een gezondheidsenquête, waarin we de COOP-WONCA-kaarten hadden opgenomen. Deze gebruikten we om vast te stellen welke patiënten de meest kwetsbare gezondheid hadden.^{11,12} Ze zijn in vele talen vertaald en gevalideerd, en worden wereldwijd in de eerste lijn gebruikt om functionele gezondheid te bepalen. De zes COOP-

WONCA-kaarten hebben betrekking tot de volgende functionele gezondheidsdomeinen:

- algehele gezondheid;
- veranderingen in gezondheid;
- fysieke fitheid;
- dagelijkse activiteiten;
- mentale gezondheid;
- sociale activiteiten.

In ons onderzoek definieerden we personen als 'kwetsbaar' als ze in het slechtste kwartiel op ten minste twee van de zes kaarten scoorden. De afkappunten van de kwartielen baseerden we op voor Nederland representatieve gegevens.^{12,13} De Nederlandse COOP-WONCA-scores zijn vergelijkbaar met die uit andere landen.^{14,15}

Interventieprotocol

Acht getrainde wijkverpleegkundigen voerden de preventieve huisbezoeken uit. Het huisbezoekprogramma bestond uit zeven hoofdkenmerken:

- De gezondheidsrisico's en zorgbehoeften bepaalden we met behulp van de Resident Assessment Instrument Home Care version (RAI-HC). Dit is een gestructureerd, multidimensionaal geriatriesch instrument dat is ontwikkeld in de Verenigde Staten.^{16,17} De wijkverpleegkundigen voerden de gestructureerde beoordeling direct in een laptop in, waardoor we een overzicht verkregen van de aan- en afwezigheid van 30 beïnvloedbare gezondheidsrisico's [tabel 2]. De assessment duurde tussen de 45 en 75 minuten.
- De interventies die de verpleegkundigen aanraadden, waren gebaseerd op de RAI-HC-handleiding en nationale richtlijnen voor verpleegkundigen. De interventies waren opgesteld op basis van *best practices* of evidence-based onderzoek en betroffen typisch geriatriesche onderwerpen, zoals veiligheid in en om het huis, valpreventie, therapietrouw (medicatie) en gezondheidsbevordering.
- Het zorgplan hebben we geïndividualiseerd en op maat gemaakt. De voorkeuren van de patiënt hebben we in de inhoud en uitvoering verwerkt.
- De verpleegkundigen lieten een kopie van het zorgplan achter bij de deelnemer om andere bezoekende zorgprofessionals te informeren en hen aan te sporen notities aan het zorgplan toe te voegen.
- De verpleegkundigen brachten ten minste vier keer per jaar een huisbezoek om het zorgplan uit te voeren, te mo-

Tabel 1 In- en exclusiecriteria

Inclusie	Exclusie
≥ 75 jaar en geregistreerd in een huisartsenpraktijk	Terminaal ziek volgens huisarts
Thuiswonend	Aanwezigheid van symptomen wijzend op dementie (zelfrapportage van achteruitgang in geheugen en MMSE < 24 of 7-minute screen > 50%)
Kwetsbaar: op ≥ 2 (van de 6) COOP-WONCA-kaarten een score binnen het slechtste kwartiel (spreiding per kaart: van 1 = uitstekend tot 5 = zeer slecht): algehele gezondheid ≥ 4; fysieke fitheid ≥ 5; veranderingen in gezondheid ≥ 4; dagelijkse activiteiten ≥ 4; mentale gezondheid ≥ 3; sociale activiteiten ≥ 3	Woonachtig in zorginstelling
	Participerend in ander(e) onderzoeksproject(en)

Tabel 2 Door de verpleegkundigen geïdentificeerde domeinen (gezondheidsrisico's) van de interventiedeelnemers op basis van de RAI-HC16, in volgorde van voorkomen

Domein/gezondheidsrisico	Voorbeelden van afgenomen items	n	%
Preventieve gezondheid	bloeddrukcontrole, griepvaccinatie, borstkankerscreening, bloedcontrole feces	286	96,6
Pijn	symptomen of klachten	194	65,5
Geneesmiddelengebruik	bijwerkingen, bekende interacties, aanwezigheid van begeleider	181	61,1
Veiligheid van omgeving	verlichting, kledjes, trappen, badkamer, keuken, klimaat in huis	166	56,1
Vallen	lopen (gang), dementie, ziekte van Parkinson	164	55,4
Gezondheidsbevordering	mate van bewegen, uithoudingsvermogen, roken	155	52,4
Huid- en voetproblemen	veranderingen huid, wonden, eelt, infecties	122	41,2
Urine-incontinentie, katheter	frequentie, gebruik luiers, gebruik katheter	113	38,2
Visueel functioneren	achteruitgang	107	36,0
Communicatie	auditief, visueel en verbaal	105	35,4
Sociaal functioneren	eenzaamheid, afname van sociale contacten	77	26,0
Voeding	verandering in gewicht, voedingsstoffentekort, ondervoeding, kanker	47	15,9
IADL/meer formele zorg	beperkingen	45	15,2
Depressie en angst	symptomen en klachten	44	14,9
Cognitie	geheugenfunctie, oriëntatie, beoordeling	43	14,5
Oraal/mondgezondheid	kauwen, slikken, droge mond, tandenpoetsen	41	13,9
Fecale incontinentie	diarree, constipatie	35	11,8
ADL-revalidatie, potentieel	afhankelijkheid, progressie, begrip	33	11,1
Beperking voorzieningenpakket	afname in voorzieningen na verbeteringen	29	9,8
Decubitus	mobiliteit, incontinentie, voorgeschiedenis decubitus	26	8,8
Psychofarmaca	gedragsproblemen, zoals vallen, delirium, cognitie	25	8,4
Kwetsbare mantelzorg	afwezigheid van en zorg door familieleden	17	5,7
Therapietrouw (medicatie)	therapietrouw < 80%	16	5,4
Uitdroging	koorts, verminderde voeding- en vochtinname	15	5,1
Hart en longen	pijn op de borst, kortademigheid, onregelmatige pols	14	4,9
Probleemgedrag	ronddwalen, lastigvallen, tegenwerking, ongepast gedrag	6	2,0
Palliatieve zorg	levensverwachting < 6 maanden, hospicezorg	4	1,4
Alcoholmisbruik	mishandeling, afhankelijkheid	3	1,0
Risico op intramurale opname	ADL; afhankelijkheid, zelfbeheersing, geestelijke stabiliteit, mobiliteit	2	0,7
Fysieke en geestelijke mishandeling	angst, verwaarlozing, onverklaarde verwondingen	1	0,3

IADL = Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven

ADL = Activiteiten van het Dagelijks Leven

nitoren, veranderende zorgbehoeften te evalueren en het zorgplan indien nodig aan te passen.

- Bij urgente medische problemen mochten de verpleegkundigen de huisarts raadplegen.
- Na een jaar namen de verpleegkundigen de RAI-HC opnieuw af en herhaalden het protocol.

Training en supervisie

De acht wijkverpleegkundigen hadden veel praktijkervaring met kwetsbare thuiswonende ouderen. Voorafgaand aan het onderzoek kregen ze een intensieve training door middel van een tweedaagse cursus. De cursus had drie doelen. Ten eerste leerden de verpleegkundigen hoe ze de geautomatiseerde geriatrische assessment (RAI-HC) moesten gebruiken en interpreteren, en hoe ze de hieruit voortvloeiende zorgplannen moesten ontwerpen en uitvoeren. Het tweede doel betrof het maken van een actueel overzicht van de lokale sociale

en zorgdiensten van de deelnemer. Dit behelsde ook de contactgegevens van de bijbehorende contactpersonen, zodat de deelnemers gemakkelijk een verwijzing konden krijgen. Het derde doel betrof een training in het computergebruik voor de gestructureerde beoordeling.

Gedurende het project vonden maandelijks bijeenkomsten plaats onder supervisie van twee senior verpleegkundigen, waarin de wijkverpleegkundigen problematische casuïstiek bespraken om gestandaardiseerde kwalitatief hoogstaande zorg te borgen. Bovendien kregen de verpleegkundigen geregeld bijscholing.

Gebruikelijke zorg

De gebruikelijke zorg varieerde van geen zorg, regelmatige huisartsbezoeken tot thuiszorg. In [tabel 3] staat een overzicht van alle zorg en voorzieningen die de interventie- en de controlegroep op baseline gebruikten. Bij elke follow-upmeting vroe-

Tabel 3 Baseline demografische kenmerken (gemiddelde (sd) of aantal deelnemers (% van de groep))

	Interventie		Controle	
	n = 331	%	n = 320	%
Leeftijd, gemiddelde (sd)	81,3 (3,9)		81,5 (4,3)	
Vrouw	239	72,2	220	68,8
Alleenwonend	181	54,7	176	55,0
Beroep				
■ ongeschoold	103	53,3	93	48,7
■ geschoold vakwerk	65	33,7	82	42,9
■ leidinggevend	16	8,4	25	13,0
Dagelijks functioneren, GARS (18-72), gemiddelde (sd)	55,6 (10,5)		56,8 (9,9)	
SF-36 Lichamelijk (0-100), gemiddelde (sd)	31,8 (10,0)		31,9 (9,9)	
SF-36 Psychisch (0-100), gemiddelde (sd)	44,2 (11,4)		45,0 (11,3)	
Depressieve symptomen, CES-D (0-60), gemiddelde (sd)	18,1 (7,5)		17,5 (7,4)	
Cognitieve beperking, IQCODE-SR ($\geq 3,6$)	50	15,1	43	13,4
Aantal chronische ziekten, gemiddelde (sd)	2,1 (1,4)		2,0 (1,4)	
Chronische ziekten				
■ COPD	52	15,7	45	14,1
■ hartinfarct	131	39,6	119	37,2
■ arteriële disfunctie	61	18,4	60	18,8
■ kanker	56	16,9	49	15,3
■ diabetes mellitus	165	49,8	156	48,8
■ gewrichtsaandoening	42	12,7	43	13,4
■ reuma	23	6,9	20	6,3
■ hypertensie	94	28,4	94	29,4
Gevallen in de afgelopen 6 maanden [†]	79*	23,9	108	33,8*
Gehoörproblemen, ondanks hulpmiddelen [‡]	132	39,9	119	37,2
Visusproblemen, ondanks hulpmiddelen [‡]	77	23,3	76	23,8
Aanwezigheid van mantelzorg	232*	70,1	197	61,6*
Gebruikte zorg afgelopen 7 dagen	139	58,9	141	44,1
■ wijkverpleegkundige	33	10,0	27	8,4
■ fysiotherapeut	46	13,9	46	14,4
■ dagopvang	62	18,7	54	16,9
■ tafeltje-dek-je	37	11,2	43	13,4
Ziekenhuisopnamen afgelopen 2 maanden, gemiddelde (sd)	0,25 (0,57)		0,26 (0,64)	

* Significant verschillende gemiddelden ($p < 0,05$)[†] We hebben één val toegekend aan personen die aangaven te zijn gevallen gedurende de afgelopen zes maanden, maar van wie het aantal valincidenten ontbrak (missende waarde).[‡] Ernstige problemen op ten minste een van de drie vragen over gehoor en visus³⁰

GARS = Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (meet zowel Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) als Instrumentele ADL (IADL)). Hogere scores duiden op slechter functioneren.

IQCODE-SR = Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly-self report

SF-36 = Short Form 36

gen de wijkverpleegkundigen de deelnemers naar het gebruik van zorg gedurende de afgelopen twee maanden. Na zes en achttien maanden rapporteerden de deelnemers dat ze gemiddeld respectievelijk 1,7 (sd 2,3) en 3,1 (sd 1,8) keer hun huisarts hadden geraadpleegd. Dit was vergelijkbaar met de interventiegroep. Na zes en achttien maanden ontvingen respectievelijk 35 en 27% van de deelnemers in de controlegroep thuiszorg.

Uitkomstmaten en meetmomenten

Bij het onderzoek ging het om de volgende primaire uitkomstmaten:

- De functionele status maten we op baseline, 6 en 18 maanden met de COOP-WONCA-kaarten¹² en de Short Form 36

(SF-36), en namen we af via de post.^{18,19}

- Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) en Instrumentele ADL maten we op baseline, 6 en 18 maanden met de Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS), die we ook via de post afnamen.²⁰

We maakten gebruik van de volgende secundaire uitkomstmaten:

- Ziekenhuisopnamegegevens haalden we uit het administratiesysteem van het lokale ziekenhuis en vulden we aan met zelfrapportagegegevens. Acute ziekenhuisbezoeken definieerden we als bezoeken aan de eerste hulp of overnachtingen op een intensievecareafdeling.

- De tijd tot de opname in een verpleeg- of verzorgingshuis controleerden we in de registraties van de betreffende zorginstellingen of in het registratiesysteem van de huisarts.
- Tijd tot overlijden (mortaliteit) haalden we uit de registratiesystemen van de huisarts en het ziekenhuis.

Berekening van de steekproefgrootte

Effectgroottes baseerden we op eerder genoemde meta-analyses en experimenten.^{5,21,22} Om een bescheiden effect aan te tonen (Cohen's effectgrootte van 0,33) op onze primaire uitkomstmaten (SF-36 en COOP-WONCO-kaarten) waren er per arm 202 deelnemers nodig (gebaseerd op een tweezijdige alfa van 0,05, een waarschijnlijkheid van 90%²³ en een geanticipeerde uitval van 30%).

Gegevensanalyse

We berekenden zowel intention-to-treatanalyses (ITT), als per protocol-analyses (PP). Groepsverschillen voor de continue uitkomstmaten (SF-36, COOP-WONCA) analyseerden we aan de hand van Linear Mixed Models (unstructured covariance type). Deze techniek past men toe bij herhaalde metingen.²⁴ Met deze analyse maakt men zogenaamde *restricted maximum likelihood*-schattingen voor de effecten van tijd (T), interventiegroep (G) en tijd $\times$ interventiegroepinteractie (T $\times$ G). Een statistisch significante interactie geeft aan dat de twee groepen gedurende het onderzoek in de uitkomstmaat verschillende veranderingspatronen vertonen. Wanneer er alleen een significant tijdseffect is (T), dan geeft dit aan dat er veranderingen zijn in de tijd, die gelijk zijn voor de groepen. Verschillen in dichotome uitkomstmaten (ziekenhuisopname en acute ziekenhuisbezoeken) testten we met behulp van logistische regressieanalyses en drukten we uit in oddsratio's met het bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI). Cox-regressiemodellen gebruikten we voor de uitkomstmaten tijd tot institutionalisatie en tijd tot mortaliteit. Hierbij bepaalden we hazardratio's en hun 95%-BI. Voor de PP-analyses vergeleken we de gebruikelijke zorggroep met de deelnemers van de interventiegroep, die vier keer of vaker thuis waren bezocht. Om de robuustheid van de zojuist genoemde analyses te controleren hebben we ook sensitiviteitsanalyses op de zelfrapportagematen uitgevoerd aan de hand van twee imputatietechnieken: *multiple linear interpolation* en conventionele *last observation carried forward*.

Eerdere analyses hadden verschillen op baseline aangetoond wat betreft twee variabelen (vallen en de aanwezigheid van een mantelzorger (familielid)). Geen van deze verschillen was echter substantieel ($< 10\%$). Ze hadden ook geen invloed op de effectschattingen. Daarom presenteren we voor alle uitkomstmaten ongecorrigeerde effectschattingen. Tevens hebben we de potentiële effectmodificatie bekeken voor de volgende, vooraf gedefinieerde subgroepen: geslacht, leeftijd (75-80 versus > 80), aantal (< 2 versus > 2) en type chronische ziekte(n), beperkingen op baseline (GARS-4 ≥ 50 versus < 50), zelfgerapporteerde cognitieve achteruitgang (IQCODE-SR $<$

3,6 versus $\geq 3,6$) en zelfgerapporteerde gezondheid (EQ-5D < 55 versus ≥ 55).²⁵ Ook hebben we de effectmodificatie van de verpleegkundigen onderzocht en verschillen tussen hen verder bekeken. Het niveau voor statistische significantie stelden we voor alle analyses op 0,05.

Voor alle analyses maakten we gebruik van SPSS versie 15. Het EMGO+ Instituut hanteert een kwaliteitsbeleid en alle onderzoeksprojecten kunnen in dat kader een audit ondergaan. De kwaliteit van de gegevens van het huidige onderzoek waarborgden we door onafhankelijke controles van alle formulieren.

RESULTATEN

Werving

De wervingsperiode leverde in totaal 33 huisartsenpraktijken op (55 huisartsen) die bereid waren tot deelname, met gemiddeld 146 (sd = 53) patiënten per praktijk in de leeftijd van 75 jaar of ouder. De [figuur] laat een overzicht zien van de werving, randomisatie en follow-up. Ongeveer 4823 patiënten ontvingen per post de gezondheidsenquête.

Non-responders betroffen vaker vrouwen (41,3% versus 35,8%, $X^2 = 13,4$, $p < 0,001$) en waren ouder dan de responders (83,5 versus 81,7, $t = 13,8$, $p < 0,001$). Van de 2949 (61%) responders identificeerden we 658 ouderen als kwetsbaar, die we randomiseerden. De deelname aan het onderzoek was hoog; slechts 42 personen uit de interventie-arm en 44 personen uit de controle-arm trokken zich terug omdat ze deelname als te belastend ervoeren of niet meer waren geïnteresseerd. Het gevaar van selectieve uitval is hierdoor beperkt. De follow-upgegevens betreffende mortaliteit, institutionalisatie en ziekenhuisopnamen waren compleet voor alle deelnemers. Zelfgerapporteerde uitkomstmaten (bijvoorbeeld COOP-WONCA, SF-36, GARS) waren volledig voor 72% van de overlevende deelnemers.

De kwetsbare deelnemers hadden vaker twee of meer chronische ziekten (OR 3,3; 95%-BI 2,8-3,9), vertoonden meer depressieve (CESD ³ 16; OR 7,6; 95%-BI 6,4-9,1) en cognitieve symptomen (IQCODE-SR ³ 3,6; OR 4,1; 95%-BI 3,4-5,1). Ze waren ook minder onafhankelijk in hun ADL (GARS; OR 0,89; 95%-BI 0,79-0,99) dan de niet-kwetsbare ouderen. Bovendien lieten de 4,5 jaar follow-upgegevens zien dat de kwetsbare ouderen een hoger risico hadden op ziekenhuisopname en mortaliteit dan de niet-kwetsbare ouderen (respectievelijk OR 1,6; 95%-BI 1,3-1,8 en HR 1,4; 95%-BI 1,2-1,7). Dit geeft aan dat we daadwerkelijk een kwetsbare groep hebben geselecteerd.

Eigenschappen op baseline

De karakteristieken van de deelnemers op baseline staan in [tabel 3]. De gemiddelde score op de SF-36 voor fysiek functioneren was voor beide groepen 32 (sd 10) op een schaal van 0 tot 100. Dit geeft aan dat we een kwetsbare steekproef hebben geselecteerd, aangezien de gemiddelde waarden voor thuiswonende ouderen tussen de 60 en 80 liggen.²⁶ Omdat er op baseline geen relevante verschillen bleken te bestaan tussen de interventie- en controlegroep kunnen we concluderen dat de randomisatie succesvol was.

Uitgevoerde interventies

De verpleegkundigen hebben de RAI-HC bij 298 van de 331 (90%) personen uit de interventiegroep afgenomen. De interventie bleek een aanzienlijke navolging te krijgen. In [tabel 2] staan de gezondheidsproblemen die de verpleegkundigen met behulp van de RAI-HC hebben geïdentificeerd.

Gemiddeld identificeerden de wijkverpleegkundigen 7,7 (sd 3,4) problemen. Problemen betreffende de 'preventieve gezondheid' registreerden ze het meest. Deze betroffen hoofdzakelijk zaken die in Nederland geen deel uitmaken van gebruikelijke zorg, zoals feces- en endoscopie screening, en borstkankerscreening voor vrouwen boven de 75 jaar. Andere relevante problemen waren bijvoorbeeld pijn (n = 194) en problemen met de inname van geneesmiddelen (n = 181). Van de personen bij wie de verpleegkundigen de RAI-HC hadden afgenomen ontvingen er 231 een of meer extra huisbezoeken. De verpleegkundigen hebben 652 huisbezoeken geregistreerd met een gemiddelde van drie (sd 2,1) huisbezoeken per deelnemer, gedurende de 18 maanden van het onderzoek (inclusief een tweede RAI-HC-afname). In totaal hebben ze 95 telefonische contacten geregistreerd, met een gemiddelde van 0,3 contacten per persoon (sd 0,7). Van de interventiegroep (n = 222) haalde 69% het vooraf gestelde protocol van vier of meer huisbezoeken. Typische interventies waren doorverwijzing voor balanstaining om de stabiliteit tijdens het lopen te verbeteren en vallen te voorkomen, doorverwijzing naar sociale voorzieningen om sociale activiteiten te bevorderen en eenzaamheid te voorkomen, advies en doorverwijzing voor visus- en gehoorhulpmiddelen, leefstijladvies om beweging en een gezond voedingspatroon te bevorderen, advies over veiligheidszaken, zoals medicijninname en hulpmiddelen ter preventie van vallen. Voor 208 personen bij wie een complete tweede RAI-HC was afgenomen, hebben we de veranderingen in gezondheidsrisico's tussen baseline en follow-up bepaald. Van de 30 geïdentificeerde gezondheidsrisico's waren er 15 significant afgenomen, 2 nog in gelijke mate aanwezig en 13 toegenomen.

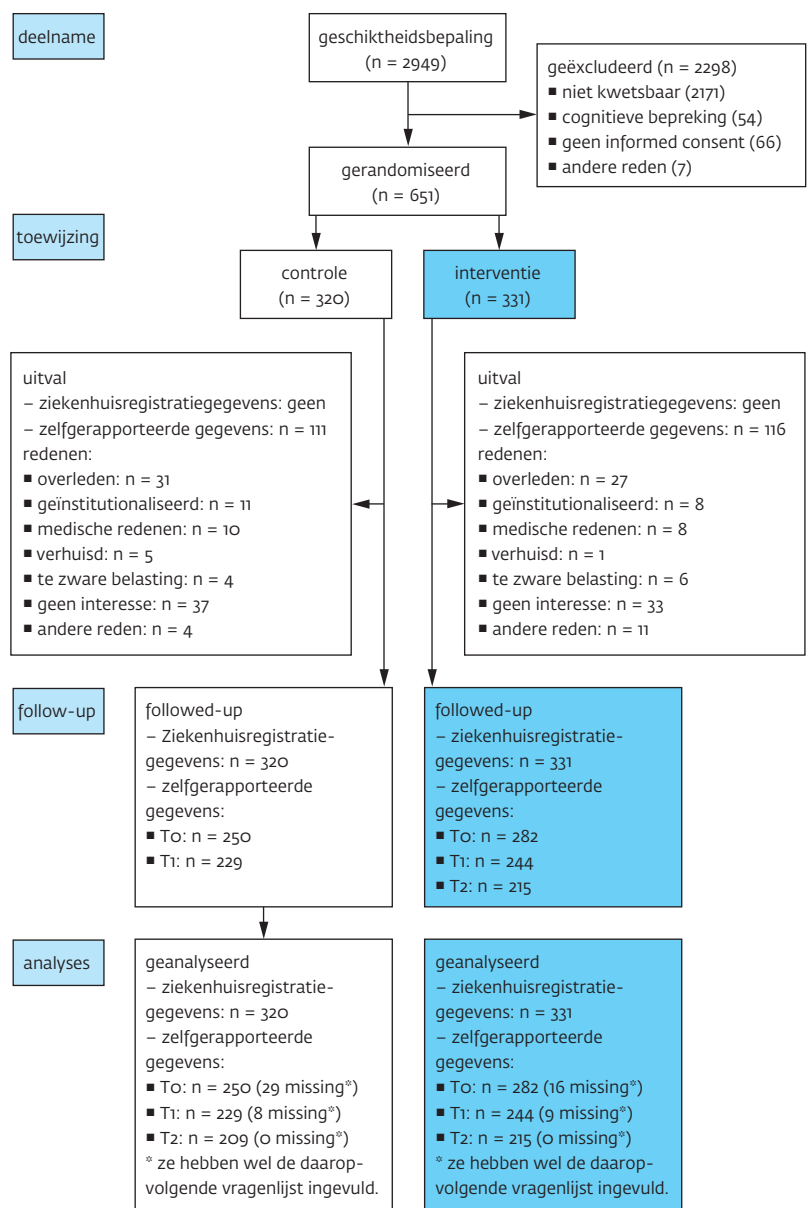
Effecten op functionele gezondheid en beperkingen

[Tabel 4] laat de veranderingen zien in primaire uitkomstmaten voor de deelnemers van de interventie- en controlegroep, na zes en achttien maanden follow-up. Voor geen van de uitkomstmaten vonden we een statistisch significant verschil tussen de groepen. Geen van de tijd $\times$ groep-interacties in het *linear mixed model* was significant. We zagen enkele bescheiden trends in de tijd voor de gehele deelnemersgroep. Dit betrof verbeteringen op de SF-36, de COOP-WONCA-kaarten en de GARS.

Mortaliteit, institutionalisatie en ziekenhuisopname gedurende 18 maanden

Tijdens de 18 maanden follow-up overleden er 23 personen (6,9%) in de controlegroep en 20 (6,4%) in de interventiegroep. Respectievelijk 39 (11,8%) en 43 (13,4%) personen werden opgenomen in verpleeg- of verzorgingshuizen. We vonden geen statistisch significant verschil tussen de groepen wat betreft

Figuur Overzicht van de werving, randomisatie en follow-up in een stroomdiagram



tijd tot overlijden en institutionalisatie [tabel 5].

Van de interventiegroep werden 163 personen (50,9%) ten minste eenmaal opgenomen in het ziekenhuis, versus 141 (44,1%) (141/320) uit de controlegroep, maar dit verschil was niet statistisch significant (OR 1,2; 95%-BI 0,9-1,7; $p = 0,19$). Respectievelijk 107 (32,3%) en 92 (28,8%) personen brachten ten minste eenmaal een acuut bezoek aan het ziekenhuis. Ook dit verschil was niet significant (OR 1,2; 95%-BI 0,9-1,7).

Effecten in subgroepen

Zowel bij de intention-to-treatgroep als de volgens protocol behandelde selectie was er sprake van interactie-effecten. Het bleek dat personen met de slechtste zelfgerapporteerde

Tabel 4 Primaire uitkomstmaten over 18 maanden, berekend met behulp van mixed models

Functionele gezondheid en beperkingen	Interventie n = 320	Gebruikelijke zorg n = 331	
SF-36-Lichamelijk (spreiding 0-100)			
■ baseline, gemiddelde (sd)	31,8 (10,0)	31,9 (9,9)	Tijd × groep, F = 1,36, p = 0,26
■ 6 maanden, gemiddelde (sd)	31,4 (9,3)	32,1 (9,4)	
■ 18 maanden, gemiddelde (sd)	30,7 (9,2)	32,2 (9,3)	
SF-36-Psychisch (spreiding 0-100)			
■ baseline, gemiddelde (sd)	44,2 (11,4)	45,0 (11,3)	Tijd × groep, F = 0,11, p = 0,90
■ 6 maanden, gemiddelde (sd)	44,5 (10,5)	45,4 (10,6)	
■ 18 maanden, gemiddelde (sd)	43,9 (11,2)	45,2 (11,2)	
ADL & IADL – (GARS, spreiding 18-72)			
■ baseline, gemiddelde (sd)	55,5 (9,8)	56,8 (9,8)	Tijd × groep, F = 0,00, p = 0,98
■ 18 maanden, gemiddelde (sd)	51,8 (10,4)	53,0 (10,5)	

GARS = Groningen Activiteiten Restrictie Schaal

Tabel 5 Secondaire uitkomstmaten over 18 maanden (referentie: gebruikelijke zorggroep)

Hospitalisatie, mortaliteit, institutionalisatie	Interventie n = 331	%	Gebruikelijke zorg n = 320	%	Risico	(95%-BI)
Ziekenhuisopname ≥ 1	163	49,2	141	44,1	1,23*	(0,91-1,68)
Acuut ziekenhuisbezoek ≥ 1	128	38,7	101	31,6	1,18*	(0,85-1,65)
Tijd tot institutionalisatie	23	6,9	20	6,3	1,04†	(0,07-16,6)
Tijd tot overlijden	39	11,8	43	13,4	0,86†	(0,56-1,34)

SF-36 = Short-Form 36

GARS = Groningen Activiteiten Restrictie Schaal

* OR = oddsratio

† HR = hazardratio

gezondheid (EQ-5D < 55) en personen met reuma uit de interventiegroep een significant hoger risico hadden op ziekenhuisopname, dan de personen uit de controlegroep (respectievelijk OR 2,0; 95%-BI 1,2-3,1; p = 0,005 en OR 4,3; 95%-BI 1,2-15,5; p = 0,028). Ook vonden we een hoger risico op acute ziekenhuisopname voor personen uit de interventiegroep die twee of meer chronische ziekten hadden (OR 1,6; 95%-BI 1,0-2,4; p = 0,03), personen met een arteriële disfunctie (OR 3,0; 95%-BI 1,4-6,5; p = 0,006) en personen met hypertensie (OR 3,1; 95%-BI 1,5-6,3; p = 0,002). We vonden geen verschillen in effecten tussen de verpleegkundigen.

Kwetsbaarheid

Na 18 maanden waren 61 (26,6%) van de deelnemers uit de interventiegroep en 50 (20,5%) van de deelnemers uit de controlegroep niet meer kwetsbaar volgens het door ons gestelde criterium. Dit verschil was niet significant (OR 0,8; 95%-BI 0,5-1,2).

Ten slotte bleek dat de PP- en de sensitiviteitsanalyses consistent waren met bovengenoemde resultaten. (Deze gegevens beschrijven we hier niet.)

BESCHOUWING

We konden niet aantonen dat preventieve huisbezoeken van verpleegkundigen aan kwetsbare ouderen preventieve effecten hadden. Subgroepanalyses lieten zien dat er in de interventiegroep een groter risico was op ziekenhuisopname of acute ziekenhuisbezoeken voor patiënten met een slechtere

gezondheid of bepaalde (chronische) aandoeningen.

Sterke en zwakke punten

Het onderzoek had verschillende sterke punten. Ten eerste gaat het hier om een van de grootste preventieve trials binnen dit specifieke onderzoeksgebied. Ten tweede hebben we over een lange follow-upperiode complete gegevens verkregen voor de uitkomstmaten mortaliteit, institutionalisatie en ziekenhuisbezoeken. Ten derde waren de huisartsen geblindeerd voor de groepstoewijzing. Ten slotte hebben we een gestructureerde interventie uitgevoerd, op basis van een gevalideerde multidimensionale geriatrische beoordeling. Vooraf gingen we ervan uit dat dit de kans op positieve interventie-effecten zou vergroten.⁶

De non-respons op de gezondheidsscreening per post kan een beperkende factor zijn geweest voor de externe validiteit van het onderzoek. De non-responders waren kwetsbaarder en hadden wellicht juist meer baat kunnen hebben bij verpleegkundige ondersteuning.

Een aantal factoren heeft mogelijk de interne validiteit verkleind. Zo kan de gebrekkige communicatie tussen de verpleegkundigen en de huisartsen een reden zijn geweest voor het uitblijven van preventieve effecten. Ook is er bij een deel van de interventiegroep geen sprake van een interventie (RAI-HC-afname en huisbezoeken; 16%). Ten derde was de frequentie van de huisbezoeken bescheiden en wellicht niet hoog genoeg om preventieve effecten teweeg te brengen. Door

een regionaal vergoedingsbeleid waren er voor ons onderzoek helaas slechts vier huisbezoeken per jaar toegestaan. Een recente meta-analyse kon het eerder gevonden belang van bezoekfrequentie echter niet bevestigen.¹⁰ Ten vierde is de kwaliteit van de geleverde interventie enigszins onzeker, gezien we deze niet systematisch gemeten hebben. Een uitgebreidere procesevaluatie zou ons beter in staat hebben gesteld de bevindingen in dit kader te interpreteren. Een andere beperking zou ten slotte kunnen zijn dat sommige huisartsen niet meer geblindeerd waren voor de groepstoewijzing wanneer een verpleegkundige besloot de huisarts te raadplegen over een van de deelnemers. We achten het echter niet aanmerkelijk dat dit de resultaten sterk zal hebben beïnvloed.

Verklarende mechanismen

Zijn huisbezoeken door verpleegkundigen ineffectief? De afwezigheid van een preventief effect kunnen we toeschrijven aan verschillende oorzaken. Allereerst was de interventie zoals eerder gezegd niet geïntegreerd met de huisartsenzorg. Communicatie van de zorgplannen met de huisarts zou de implementatie van de diverse adviezen versterkt kunnen hebben, bijvoorbeeld doordat de huisarts het belang hiervan tijdens consultaties van interventiepatiënten zou kunnen benadrukken. Hoewel sommige onderzoeken met een op zichzelfstaande verpleegkundige interventie gunstige effecten lieten zien,⁶ toont een recente review over management van ziekten met complexe zorgbehoeften het belang aan van een geïntegreerd of samenwerkingsmodel.²⁷

Ten tweede hebben we wellicht niet de groep deelnemers geselecteerd die we beoogden. Hoewel we een kwetsbare populatie hebben geselecteerd, bleek dat velen relatief goed functioneerden en na verloop van tijd zelfs verbeterden. Anderzijds laat een recente meta-analyse meer preventieve effecten zien bij niet-kwetsbare ouderen.¹⁰ Ook zouden de uitkomstmaten wellicht niet gevoelig genoeg zijn geweest om veranderingen op te pikken.

Ten derde kan de follow-upperiode van achttien maanden te kort zijn geweest om langetermijneffecten aan te tonen. Uit een onderzoek met een follow-up van drie jaar bleek bijvoorbeeld dat er pas tijdens het tweede deel van het onderzoek een afname in ziekenhuisopnamen zichtbaar werd.²⁹

Ten vierde hebben we de bereidheid van ouderen overschat om preventieve activiteiten te ondernemen. Hierdoor hebben we weinig geïnvesteerd in training van overredingstechnieken die de verpleegkundigen zouden kunnen toepassen. Ten slotte kunnen de preventieve huisbezoeken en de vervolgacties door wijkverpleegkundigen simpelweg niet substantieel genoeg en te vrijblijvend zijn geweest. Daarbij bleek dat patiënten diverse adviezen niet oppikten. Zo namen de interventiepatiënten nauwelijks deel aan de speciaal ingestelde kracht- en balanscursussen en hielden ze ook consultatie van het incontinentieteam af. Ook kregen de verpleegkundigen geen ondersteuning van een multidisciplinair expertteam en was er maar beperkt aandacht voor zelfmanagement, hetgeen de bedenkers van het chronische zorgmodel wel aanbevelen.

Meer ziekenhuisopnamen

Een verklaring voor het verhoogde risico op ziekenhuisopname en acuut ziekenhuisbezoek bij sommige subgroepen uit de interventiegroep kunnen we mogelijk vinden in een verhoogde alertheid van de participanten op behandelbare gezondheidszaken. Deze werd mogelijk bevorderd door de verpleegkundigen na de verpleegkundige beoordeling. De hospitalisatiecijfers uit ons onderzoek waren vergelijkbaar met die van andere gerapporteerde onderzoeken onder kwetsbare ouderen.^{5,6}

Kosten

Ziekenhuisopnamen blijken belangrijke kostenposten te zijn in economische evaluaties van poliklinische onderzoeken. Deze lagen voor de interventiegroep iets hoger. Als we ook de kosten voor de verpleegkundige en de implementatiekosten van de interventiegroep meerekenen, zal de kosteneffectiviteit negatief zijn.

Toekomstig onderzoek

Meer kennis over de prognostische waarde van gemakkelijk te meten kwetsbaarheidsindicatoren in de eerstelijnszorg kan bijdragen aan gerichte interventies bij specifieke groepen. Ook moet men de zoektocht naar effectieve interventies voor kwetsbare ouderen voortzetten. Hierbij kan men onderdelen van het 'chronische zorgmodel' strikter toepassen, bijvoorbeeld de coördinatie en monitoring door verpleegkundigen, afstemming tussen verpleegkundigen en huisartsen, raadpleging van een multidisciplinair expertteam, motivatie en empowerment van cliënten voor zelfmanagement en preventieve activiteiten – gecombineerd met een gedegen procesevaluatie. Ten slotte zou een verdere verkenning van de subjectieve zorgbehoeften kunnen zorgen voor een betere aansluiting op het perspectief van de patiënt.

CONCLUSIE

In dit onderzoek konden we niet aantonen dat er een preventief effect uitgaat van preventieve huisbezoeken aan kwetsbare ouderen door verpleegkundigen in de eerstelijnszorg. ■

LITERATUUR

- 1 Eekhof J, De Bock G, Schaapveld K, Springer M. Effects of screening for disorders among the elderly: an intervention study in general practice. *Fam Pract* 2000;17:329-33.
- 2 Lagaay AM, Van der Meij JC, Hijmans W. Validation of medical history taking as part of a population based survey in subjects aged 85 and over. *BMJ* 1992;304:1091-2.
- 3 Tremellen J. Assessment of patients aged over 75 years in general practice. *BMJ* 1993;305:621-4.
- 4 Iliffe S, Manthorpe J, Eden A. Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice: a qualitative study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003;20:376-81.
- 5 Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001;323:719-25.
- 6 Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people, systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 2002;287:1022-8.
- 7 Van Haastregt JC, Diederiks JP, Van Rossum E, De Witte LP, Crebolder HF. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ* 2000;320:754-8.

- 8 Van Rossum E, Frederiks CM, Philipsen H, Portengen K, Wiskerke J, Knipschild P. Effects of preventive home visits to elderly people. *BMJ* 1993;307:27-32.
- 9 Bouman A, Van Rossum E, Kempen GI, Knipschild P. Effects of home visits by home nurses to elderly people with health problems: a randomised clinical trial in the Netherlands [ISRCTN92017183]. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:397-404.
- 10 Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008;371:725-35.
- 11 Nelson E, Wasson J, Kirk J, Keller A, Clark D, Dietrich A, et al. Assessment of function in routine clinical practice: description of the COOP Chart method and preliminary findings. 40 ed. *J Chronic Dis* 1987;40 Suppl 1:55S-66S.
- 12 Van Weel C, Konig-Zahn C, Touw-Otten F, Van Duijn N, Meyboom-de Jong B. Measuring functional health with the COOP/WONCA charts, a manual. Groningen: Northern Centre for Health Care Research, University Groningen, 1995.
- 13 Van Hout HP, Nijpels G, Van Marwijk HW, Jansen AP, Van't Veer PJ, Tybout W, et al. Design and pilot results of a single blind randomized controlled trial of systematic demand-led home visits by nurses to frail elderly persons in primary care [ISRCTN05358495]. *BMC Geriatr* 2005;5:11.
- 14 Bentsen BG, Natvig B, Winnem M. Questions you didn't ask? COOP/WONCA Charts in clinical work and research. World Organization of Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. *Fam Pract* 1999;16:190-5.
- 15 Kinnnersley P, Peters T, Stott N. Measuring functional health status in primary care using the COOP-WONCA charts: acceptability, range of scores, construct validity, reliability and sensitivity to change. *Br J Gen Pract* 1994;44:545-9.
- 16 InterRai Overview Committee. Minimal Data Set, Resident Assessment Interview, Home Care version 2.0, 2005.
- 17 Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Sgadari A, Rinaldi C, et al. Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Med Care* 2000;38:1184-1190.
- 18 Kind P. The EuroQol instrument: an index of health related quality of life. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996.
- 19 McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993;31:247-63.
- 20 Kempen GI, Miedema I, Ormel J, Molenaar W. The assessment of disability with the Groningen Activity Restriction Scale. Conceptual framework and psychometric properties. *Soc Sci Med* 1996;43:1601-10.
- 21 Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. *JAMA* 2002;287:1022-8.
- 22 Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F, et al. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med* 2002;346:905-12.
- 23 Cohen J. Statistical power analysis for the behavioural sciences. New York/London: Academic press, 1977.
- 24 Fitzmaurice GM, Laird NM, Ware JH. Applied longitudinal analysis. New York: John Wiley & Sons, 2004.
- 25 Jansen AP, Van Hout HP, Nijpels G, Van Marwijk HW, Gundy C, De Vet HC, et al. Self-reports on the short Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE-N) that were used for screening on dementia symptoms: A psychometric evaluation. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2008;21:83-92.
- 26 Van der Zee K, Sanderma R. Measuring the general health status with the RAND-36, a manual. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Universiteit Groningen, 1990.
- 27 Bodenheimer T, Berry-Millett R. Care management of patients with complex health care needs. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation, 2009. Report No.19.
- 28 Beswick AD, Rees K, West RR, Taylor FC, Burke M, Griebsch I, et al. Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literature review. *J Adv Nurs* 2005;49:538-55.
- 29 Hendriksen C, Lund E, Stromgard E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984;289:1522-4.
- 30 Strawbridge WJ, Shema SJ, Balfour JL, Higby HR, Kaplan GA. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998;53:S9-16.

Nieuwe behandelingen voor multipel myeloom

EPIDEMIOLOGIE EN PATHOGENESE

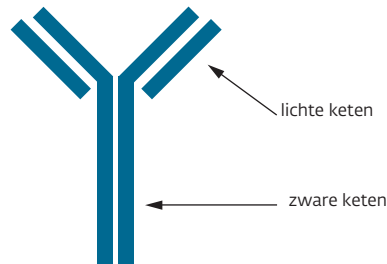
Multipel myeloom of ziekte van Kahler is een kwaadaardige woekering van plasmacellen in met name het beenmerg. De aandoening maakt 1% uit van alle kwaadaardige aandoeningen en ongeveer 10% van de hematologische maligniteiten. In Nederland komen er jaarlijks ongeveer zevenhonderd nieuwe patiënten bij, met een gemiddelde leeftijd van 69 jaar – 5% van de patiënten is bij de diagnose jonger dan 40 jaar. Helaas verstrijkt er nog steeds veel tijd tussen het ontstaan van de klachten en het moment dat de diagnose gesteld is en de behandeling kan beginnen.¹ Voor een deel ligt dit aan de patiënt zelf, maar ook bij de huisarts en de medisch specialist ontstaat de nodige vertraging.

Normale plasmacellen produceren allerlei soorten antistoffen (immunoglobulines) die bacteriële en virale infecties tegengaan. Bij multipel myeloom ontstaat er een klonale woekering van plasmacellen, die dus allemaal één bepaald type antistof produceren, het zogeheten paraproteïne of monoklonaal proteïne (M-proteïne). Het M-proteïne wordt gebruikt als tumormarker bij diagnostiek voor multipel myeloom en verwante aandoeningen, en ook om aan de hand van de plasmaspiegels het effect van de behandelingen te volgen. Een M-proteïne bestaat uit twee zware en twee lichte ketens [figuur 1]. Soms maakt de myeloomcel een overmaat aan lichte ketens, zodat er ook vrije lichte ketens in het bloed verschijnen. Ook deze vrije lichte ketens (*light chains*, kappa of lambda) worden gebruikt bij de diagnostiek en het bepalen van de respons.

KLINISCHE VERSCHIJNSELEN

Myeloompatiënten hebben allerlei symptomen, die terug te voeren zijn op de plasmacelwoekering in het beenmerg en op de hoge gehalten M-proteïne en vrije lichte ketens in het bloed [figuur 2].² De aanwezigheid van het myeloom onderdrukt soms de normale bloedaanmaak in het beenmerg, waardoor anemie ontstaat en soms ook trombopenie of leukopenie. Ook zijn er te weinig normale plasmacellen in het beenmerg,

Figuur 1 Een antistof bestaat uit twee zware en twee lichte ketens (*light chains*)



waardoor de productie van polyklonale antistoffen afneemt. Ernstige infecties, met name van gekapselde bacteriën zoals de pneumokok, komen daardoor vaker voor.

Vijftien tot dertig procent van de myeloompatiënten heeft bij diagnose een verhoogd serumcalciumgehalte. Die hypercalciëmie ontstaat doordat de myeloomcellen de botafbrekende cellen (osteoclasten) activeren, zodat de botafbraak toeneemt en er veel extra calcium vrijkomt. De hypercalciëmie zorgt voor klachten zoals misselijkheid, braken, polyurie, dorst, obstipatie, moeheid en verwardheid, en kan onbehandeld leiden tot hartritmestoornissen en coma. De botafbraak zelf veroorzaakt soms ernstige botpijnen, vaak in de ribben en laag in de rug, en kan ook leiden tot spontane botbreuken en tot het inzakken van wervels. Door dat laatste kunnen patiënten vele centimeters korter worden. Botfragmenten of tu-

De kern

- Moderne behandelingen hebben de overleving van patiënten met multipel myeloom wel verbeterd, maar de ziekte is voor de meeste patiënten nog steeds ongeneeslijk.
- Patiënten jonger dan 65 jaar krijgen hoge dosis chemotherapie, in combinatie met autologe stamceltransplantatie om de normale hematopoëse weer op gang te brengen. Oudere patiënten krijgen lichtere chemotherapie, zonder stamceltransplantatie.
- De behandelingen vinden zo veel mogelijk plaats in onderzoeksverband. Door de introductie van nieuwe medicijnen en verbeteringen in de ondersteunende behandeling is antimyeloomtherapie veel effectiever geworden en wordt hij ook beter verdragen door de patiënt.
- Diepe veneuze trombose, longembolie, perifere neuropathie en infecties zijn veelvoorkomende problemen. Zij kunnen het gevolg zijn van de ziekte zelf én van de behandelingen.

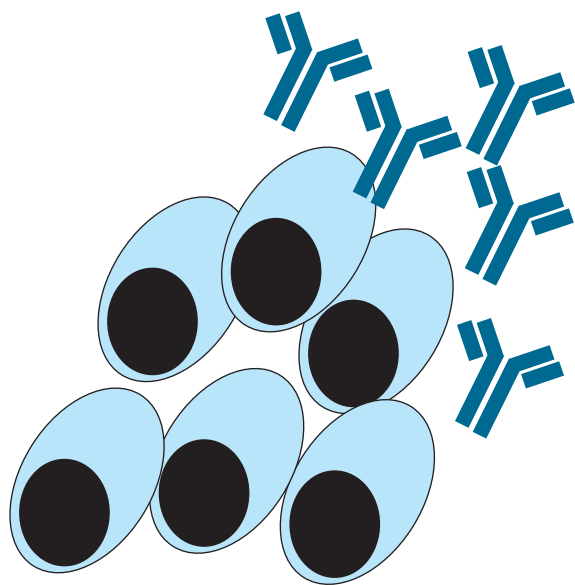
UMC Utrecht, afdeling Hematologie, Heidelberglaan 100, 3584 CX, Utrecht: dr. N.W.C.J. van de Donk, hematoloog; dr. E. van der Spek, hematoloog in opleiding. • Correspondentie: n.w.c.j.vandedonk@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: N.W.C.J. van de Donk ontvangt onderzoeksteun van Celgene en is spreker voor Celgene en Jansen-Cilag.

Samenvatting

Van de Donk NWCJ, Van der Spek E. Nieuwe behandelingen voor multipel myeloom. *Huisarts Wet* 2011;54(7):375-9.

Multipel myeloom (ziekte van Kahler) is een kwaadaardige woekering van plasmacellen in het beenmerg. Tot de zeer diverse klinische verschijnselen behoren onder andere botaantasting, anemie, recidiverende infecties, hypercalciëmie en nierfalen. De meeste patiënten zijn helaas nog niet te genezen, maar er is de laatste jaren aanzienlijke vooruitgang geboekt bij de behandeling. Autologe stamceltransplantatie (voor patiënten jonger dan 65 jaar) en nieuwe middelen zoals thalidomide, lenalidomide en bortezomib (voor alle leeftijden) hebben de prognose fors verbeterd.

Figuur 2 De klinische problematiek bij multipel myeloom is terug te voeren op de woekering van monoklonale plasmacellen in combinatie met de productie van monoklonale antistoffen



Symptomen gerelateerd aan de woekering in het beenmerg:

- beenmergsuppressie (anemie);
- osteolytische laesies, osteoporose, pathologische fracturen, compressie van ruggenmerg of zenuwwortels;
- hypercalciëmie;
- toegenomen gevoeligheid voor infecties.

Symptomen gerelateerd aan M-proteïne of vrije lichte ketens:

- nierfunctiestoornis;
- amyloidose;
- perifere neuropathie;
- auto-immuunhemolytische anemie;
- verworven ziekte van Von Willebrand.

mormassa's die zich buiten het bot uitbreiden knellen soms zenuwwortels of delen van het ruggenmerg af, zodat er ernstige neurologische uitvalsverschijnselen ontstaan.

Ongeveer 20% van de myeloompatiënten blijkt bij diagnose een nierfunctiestoornis te hebben. Een mogelijke oorzaak is uitdroging ten gevolge van polyurie bij hypercalciëmie, maar de stoornis kan ook te wijten zijn aan cast nefropathie, wanneer de in overmaat gevormde lichte ketens neerslaan in de tubuli van de nier.

De zogeheten *monoclonal gammopathy of undetermined significance* (MGUS) is een premaligne woekering van plasmacellen in beenmerg die (nog) geen orgaanschade teweegbrengt.^{3,4} MGUS wordt vaak bij toeval gevonden, bijvoorbeeld door verhoogde bezinking bij een bloedanalyse, maar kan soms ook een neuropathie veroorzaken en wordt dan gediagnosticeerd door de neuroloog. De prevalentie neemt fors toe bij het stijgen van de leeftijd: van circa 1,7% tussen 50 en 60 jaar tot 6,6% bij mensen ouder dan 80 jaar.⁵ Patiënten met MGUS hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van myeloom, lymfoom of AL-amyloidose; na 25 jaar heeft zo'n 30% van hen een kwaad-

aardige hematologische ziekte ontwikkeld. Daarom blijft men MGUS-patiënten over het algemeen hun leven lang volgen opdat de behandeling van start kan gaan zodra er orgaanschade ontstaat.³ Op dit moment bestaat er geen behandeling om progressie van MGUS te voorkomen.

BEHANDELING

Prognose

De overgrote meerderheid van de patiënten met multipel myeloom is nog steeds niet te genezen. De behandeling, en daarmee de overleving, is de laatste jaren echter aanzienlijk verbeterd. De behandeling gaat van start zodra de aandoening schade begint toe te brengen aan eindorganen. Men hanteert hiervoor het acroniem CRAB⁴ (hyperCalciëmie, Renale problematiek, Anemie of Botaantasting); in het stadiëringssysteem van Durie en Salmon komt dit overeen met stadium II of III [figuur 3].

De meeste patiënten jonger dan 65 jaar ondergaan tegenwoordig een autologe stamceltransplantatie (dus met eigen perifeer bloed of beenmergstamcellen, en niet van een donor). Daarnaast zijn er nieuwe middelen beschikbaar gekomen tegen het myeloom, waaronder de *immunomodulatory drugs* (IMiD's) thalidomide en lenalidomide, en de proteasoomremmer bortezomib [tabel].^{6,7} Ook de ondersteunende behandeling (*supportive care*) tijdens de chemokuren is verbeterd. Zo kan men antibiotica en antivirale middelen toedienen ter preventie van infecties, en groeifactoren zoals erythropoëetine (EPO) bij bloedarmoede of granulocyte-colony-stimulating factor (G-CSF) om neutropene koorts te voorkomen. In dezelfde categorie valt ook de toepassing van bisfosfonaten ter preventie van pathologische fracturen.⁸

Deze nieuwe ontwikkelingen hebben de overleving van myeloompatiënten sterk verbeterd. In de Amerikaanse Mayo Clinics is de overleving vanaf diagnose tussen 1998 en 2008 toegenomen van 30 tot 45 maanden, en hebben IMiD's en bortezomib de mediane overleving van patiënten die na eerdere autologe stamceltransplantatie een recidief ontwikkelden doen stijgen van 12 tot 24 maanden.⁹ In Nederland worden zo veel mogelijk myeloompatiënten in onderzoeksverband behandeld. De stichting Hemato-Oncologie voor Volwassenen

Abstract

Van de Donk NWCJ, Van der Spek E. New treatments for multiple myeloma. *Huisarts Wet* 2011;54(7):375-9.

Multiple myeloma (Kahler's disease) is a malignant proliferation of plasma cells in bone marrow. The varied clinical signs and symptoms of the disease include bone lesions, anaemia, recurrent infections, hypercalcaemia, and renal failure. Although at the moment most patients cannot be cured, in recent years huge advances have been made in treatment. Autologous stem cell transplantation (for patients younger than 65 years) and the introduction of new drugs, such as thalidomide, lenalidomide, and bortezomib (for patients of all ages), have substantially improved the prognosis.

Tabel Karakteristieken van de nieuwe middelen thalidomide, lenalidomide en bortezomib

Middel	Bijwerkingen/voorzorgen
Thalidomide	perifere neuropathie, slaperigheid, obstipatie, toegenomen risico op veneuze trombo-embolie in combinatie met andere middelen geen dosisaanpassing nodig bij nierfalen tromboseprofylaxe in thalidomidebevattende combinatietherapie
Lenalidomide	myelosuppressie, moeheid, toegenomen risico op veneuze trombo-embolie in combinatie met andere middelen dosisaanpassing nodig als creatinineklaring < 50 ml/min tromboseprofylaxe in lenalidomidebevattende combinatietherapie
Bortezomib	perifere polyneuropathie, trombocytopenie, neutropenie, herpes zoster, gastro-intestinale toxiciteit geen dosisaanpassing nodig bij nierfalen varicellazostervirusprofylaxe

Nederland (HOVON) coördineert deze onderzoeken in Nederland.

Overzicht van de behandeling

Patiënten jonger dan 65 jaar krijgen een intensieve behandeling die – buiten onderzoeksverband – begint met drie tot vier kuren bestaande uit de combinatie van thalidomide, adriamycine en dexamethason (TAD). Na deze kuren krijgt de patiënt een hoge dosis melfalan om de overgebleven myeloomcellen te vernietigen. Omdat deze kuur ook de normale hematopoese volledig vernietigt, geeft men de patiënt na afloop van de behandeling in een autologe stamceltransplantatie (auto-SCT) de eigen stamcellen terug die voorafgaand aan de transplantatie zijn afgenomen uit eigen bloed of beenmerg.¹⁰ Een zeer klein percentage van de patiënten heeft na auto-SCT een zodanig lange ziektevrije overleving dat ze mogelijk genezen zijn. De meerderheid is echter ook na deze behandeling nog niet genezen; de mediane overleving is 73 maanden.¹¹ Een nieuw onderzoek (Hovon 95) zal het effect van nieuwe middelen evalueren en ook onderzoeken of auto-SCT met behulp daarvan kan worden uitgesteld tot aan het eerste recidief.

Patiënten die ouder zijn dan 65 jaar of die – bijvoorbeeld vanwege comorbiditeit of slechte conditie – het intensieve traject van een auto-SCT niet aankunnen, krijgen tegenwoordig buiten onderzoeksverband orale chemotherapie, bestaande uit melfalan en prednison gecombineerd met thalidomide (MP-T).¹⁰ De mediane overleving na deze behandeling is ongeveer 40 maanden.¹² Bij nierfalen vervangt men thalidomide door bortezomib.^{13,14} In Hovon 87 wordt momenteel onderzocht of de combinatie melfalan en prednison met lenalidomide (MP-R) beter is dan MP-T.

Bij de meeste patiënten komt de ziekte na de behandeling helaas op enig moment terug. Bij een recidief, of als de patiënt niet op de eerste behandeling reageert, zijn er nog wel behandelingsmogelijkheden [figuur 3]. In deze setting krijgen patiënten een behandeling die vaak bestaat uit lenalidomide met dexamethason of bortezomib met dexamethason, eventueel ook na elkaar.

Immuunmodulerende middelen (IMiD's)

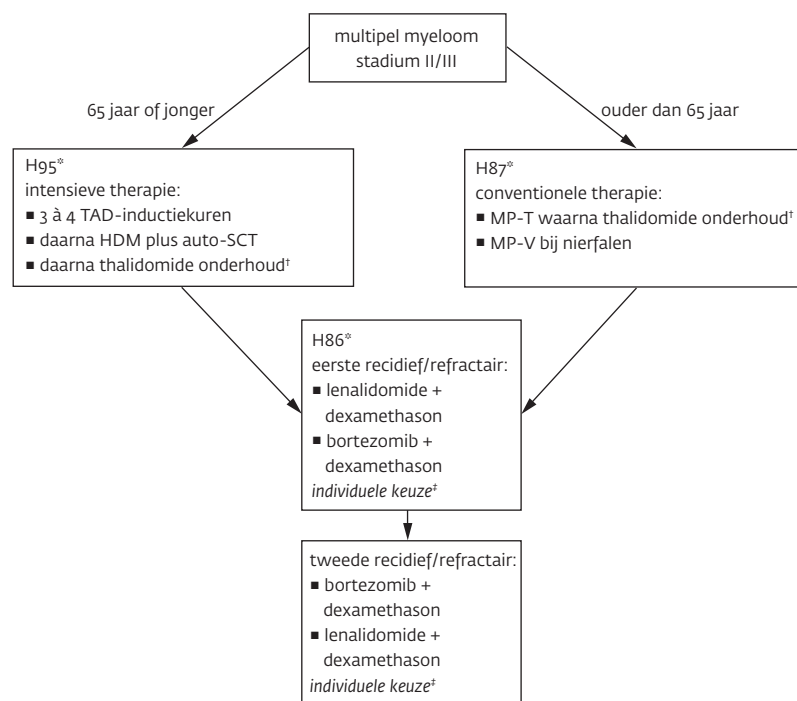
De IMiD's zijn afgeleid van thalidomide, dat weliswaar ef-

fectief is bij myeloom maar dat ook veel bijwerkingen heeft. Thalidomideanalogen zoals lenalidomide en pomalidomide zijn ontwikkeld om de effectiviteit te verbeteren en de toxiciteit te verminderen. IMiD's hebben een aantal werkingsmechanismen. Een rechtstreeks effect is dat ze de proliferatie van myeloomcellen remmen en de geprogrammeerde celdood (apoptose) in gang zetten. Daarnaast hebben ze allerlei effecten op het micro-milieu in het beenmerg.¹⁵⁻¹⁷ Zo gaan ze vaatnieuwvorming (angiogenese) tegen doordat ze de productie remmen van belangrijke groeifactoren zoals vasculair-endotheliale groeifactor (VEGF) en fibroblastgroeifactor (FGF).¹⁸ Ook belemmeren ze de interactie van myeloomcellen met stromacellen, waardoor deze minder groeifactoren voor de myeloomcellen produceren. En bovendien activeren IMiD's het immuunsysteem tegen de myeloomcellen.¹⁹

Thalidomide

Thalidomide is onder de naam Softenon berucht geworden in de jaren vijftig en zestig vanwege de congenitale afwijkingen die het veroorzaakte bij kinderen van moeders die het middel als anti-emeticum of sedativum gebruikten tijdens de zwangerschap. Later werd duidelijk dat thalidomide niet alleen teratogeen is maar ook sterk antiangiogene eigenschappen heeft. Daarnaast ontdekte men dat angiogenese bij myeloom een belangrijke rol speelt. Met deze gegevens wist een familielid van een myeloompatiënt dr. Barlogie aan de universiteit van Arkansas ervan te overtuigen dat het de moeite waard was om thalidomide uit te proberen als antimyeloomtherapie. Nadat Barlogie's groep in 1999 als eerste had aangetoond dat thalidomide monotherapie bij recidief myeloom erg effectief is,²⁰ betuigden de onderzoekers het betreffende familielid dan ook hun dank voor haar stimulerende discussies. Later bleek thalidomide in combinatie met dexamethason zelfs nog effectiever, en sindsdien zijn allerlei andere combinaties getest.⁷

Nadat was aangetoond dat thalidomide effectief was bij recidieven, is het ook getest als primaire, 'eerstelijns' behandeling. Thalidomide bleek zowel bij jongere¹¹ als bij oudere¹² patiënten de tumorrespons, de progressievrije overleving en in sommige onderzoeken ook de totale overleving significant te verbeteren. Het is tegenwoordig dan ook een vast bestanddeel van de standaardbehandeling [figuur 3].

Figuur 3 Behandeling van multipel myeloom volgens de HOVON-richtlijn¹⁰

Auto-SCT = autologe stamceltransplantatie; HDM = hoge dosis melfalan;

MP-T = melfalan-prednison en thalidomide; MP-V = melfalan-prednison en bortezomib (Velcade®); TAD = thalidomide-adriamycine-dexamethason.

° Behandelingen vinden bij voorkeur plaats in onderzoeksverband. Onderzoeken die momenteel lopen, zijn HOVON 95, HOVON 87 en HOVON 86.

† Gedurende zes maanden als er geen complete of 'very good partial' respons bereikt is.

‡ Keuze afhankelijk van comorbiditeit, voorbehandeling en voor een deel ook tumorkarakteristieken.

Lenalidomide

Lenalidomide stimuleert het immuunsysteem veel sterker dan thalidomide, maar heeft een zwakker antiangiogeen effect. Het is in Nederland geregistreerd voor de behandeling van recidief myeloom en wordt daarbij vaak gecombineerd met dexamethason.²¹⁻²³ Deze combinatie wordt ook toegepast wanneer er een recidief optreedt na een behandeling met thalidomide en bortezomib. Als er tumorprogressie optreedt tijdens een lenalidomide-dexamethasonbehandeling, is de toevoeging van cyclofosfamide effectief.²⁴

Combinaties van lenalidomide zijn ook zeer effectief als eerstelijns behandeling.²⁵ Op dit moment is lenalidomide voor dat doel echter nog niet geregistreerd, men wacht op een uitspraak van de European Medicines Agency (EMA).

Toxiciteit van IMiD's

De bijwerkingen van lenalidomide en thalidomide verschillen erg. Thalidomide geeft nauwelijks beenmergsuppressie maar wel perifere neuropathie, die soms invaliderend en vaak blijvend is.²⁶ Wanneer de patiënt de polikliniek bezoekt, zoeken de behandelaars actief naar een eventuele neuropathie zodat de dosering tijdig aanpast kan worden. Andere bijwerkingen van thalidomide zijn slaperigheid en obstipatie.

Lenalidomide geeft nauwelijks perifere neuropathie maar wel beenmergsuppressie.²⁷ Neutropenie kan weer leiden tot infecties, trombopenie kan leiden tot bloedingen. Op geleide van het bloedbeeld kunnen de behandelaars de dosering aanpassen of de toediening tijdelijk staken. Sowieso moet de dosering van lenalidomide aangepast worden aan de nierfunctie om toxiciteit te voorkomen. Dit hoeft niet bij bortezomib of thalidomide.

Zowel lenalidomide als thalidomide verhogen in combinatie met dexamethason of andere middelen het risico op diepe veneuze trombose of longembolie. Bij deze combinaties moet dan ook ascal of (bij hoogrisicopatiënten) laagmoleculair heparine voorgeschreven worden als tromboseprofylaxe.²⁸ Het is dan ook een aandachtspunt voor de huisarts om bij myeloompatiënten met een asymmetrische zwelling van het been of klachten van dyspneu te denken aan het fors verhoogde risico op veneuze trombo-embolie dat een IMiD-bevattend schema met zich meebrengt.

Proteasoomremmers

Bortezomib is de eerste proteasoomremmer die beschikbaar is voor de behandeling van myeloompatiënten. Proteasomen zijn betrokken bij de afbraak van eiwitten in de cel. Wordt die afbraak verstoord, dan raakt het metabolisme van de cel van slag en worden allerlei belangrijke signaleringsroutes geblokkeerd. Het uiteindelijke resultaat is celdood en verminderde proliferatie van tumorcellen.^{29,30} Bortezomib gaat bovendien de binding van myeloomcellen aan beenmergstroma tegen en vermindert ook de productie van belangrijke groeifactoren zoals interleukine-6.³¹ Het middel wordt meestal intraveneus toegediend.

Het eerste grote onderzoek dat de effectiviteit van bortezomib aantoonde, vergeleek het middel met een hoge dosis dexamethason bij myeloompatiënten die een recidief hadden. Bortezomib verbeterde in dit onderzoek de mediane overleving van 24 naar 30 maanden.^{32,33} Nadien bleek bortezomib ook waardevol in de eerstelijns behandeling van myeloompatiënten die niet voor auto-SCT in aanmerking komen: toevoeging van bortezomib maakte de combinatiebehandeling melfalan-prednison veel effectiever.^{13,14} Combinaties van bortezomib met andere middelen worden eveneens onderzocht, als inductietherapie voorafgaand aan auto-SCT en als onderhoudsbehandeling in de hoop de overleving verder te verbeteren. Zo toonde Hovon 65 aan dat bortezomib met adriamycine en dexamethason (PAD) de overleving verbetert ten opzichte van TAD-kuren.³⁴

De klaring van bortezomib is onafhankelijk van de nierfunctie en de dosering hoeft dus niet aangepast te worden bij nierfalen. In een aantal onderzoeken is aangetoond dat bortezomib bij patiënten met nierfalen ten gevolge van multipel myeloom het beste herstel van nierfunctie geeft, waarschijnlijk doordat het de tumor load (de totale hoeveelheid maligne cellen) snel doet afnemen. Daarom start men bij nierfalen meestal met een bortezomibbevattend schema.^{35,36}

Toxiciteit van bortezomib

Net zoals thalidomide kan ook bortezomib na enige tijd een dosisafhankelijke polyneuropathie teweegbrengen.³⁷ Bij het overgrote deel van de patiënten verbeteren de klachten na stoppen of verminderen, maar vaak verdwijnen de klachten niet helemaal. Subcutane toediening van bortezomib of wekelijks toediening in plaats van tweemaal per week geeft een lagere incidentie van neuropathie. Verder kan het middel trombopenie en gastro-intestinale klachten veroorzaken en verhoogt het de kans op herpes zoster (door reactivatie van het varicellazostervirus). Vanwege dit laatste krijgen patiënten die behandeld worden met bortezomib profylactisch valaciclovir voorgeschreven.^{38,39}

CONCLUSIE

Door de introductie van nieuwe middelen, autologe stamceltransplantatie en betere *supportive care* is de overleving van patiënten met multipel myeloom sterk verbeterd. De huisarts zal dan ook steeds vaker geconfronteerd worden met deze patiënten.⁹ Vrijwel alle patiënten ontwikkelen na verloop van tijd een recidief en hoewel ook daarvoor steeds meer behandelingsmogelijkheden bestaan,⁷ ontstaat er uiteindelijk toch een therapieresistente vorm van de ziekte. De overleving van myeloompatiënten die een recidief krijgen na behandeld te zijn met een IMiD en een proteasoomremmer is gemiddeld slechts zes maanden.⁴⁰

Het onderzoek naar nieuwe behandelingen moet dan ook blijven doorgaan. Een aantal veelbelovende middelen heeft het stadium van klinisch onderzoek reeds bereikt, en daarbij zijn niet alleen nieuwe IMiD's en proteasoomremmers maar ook middelen met een geheel nieuw werkingsmechanisme.⁷ Dit zal waarschijnlijk leiden tot nieuwe combinatietherapieën, en hopelijk tot verdere toename van de overleving met behoud van kwaliteit van leven. ■

Aandachtspunten bij multipel myeloom

- Rugpijn samen met anemie, hypercalciëmie, verhoogde bezinking of een nierfunctiestoornis verdient verdere diagnostiek naar onder meer multipel myeloom.
- Diepe veneuze trombose en/of longembolie zijn veelvoorkomende problemen bij patiënten met myeloom, zeker bij behandelingschema's die thalidomide of lenalidomide bevatten.
- De ziekte zelf én de behandelingen maken de patiënt bevattelijk voor infecties. Bij vermoeden van een bacteriële infectie moet men dan ook laagdrempelig antibiotica voorschrijven.
- Perifere neuropathie kan een invaliderende complicatie zijn van de ziekte en de behandelingen.
- Als een patiënt met myeloom ernstige pijn heeft, moeten een pathologische fractuur, inzakking van een wervel of wortel- dan wel myelumcompressie in de differentiële diagnose staan.

LITERATUUR

Hieronder vindt u de kernreferenties. De volledige lijst is te raadplegen op <http://www.henw.org>.

- 1 Van der Linden N, Uyl-de Groot CA, Wijermans PW. 'Patient's en doctor's delay' bij multipel myeloom en de ziekte van Waldenström. Nederlands Tijdschrift voor Hematologie 2010;7:218-23.
- 6 Minnema MC, Van der Spek E, Van de Donk NW, Lokhorst HM. New developments in the treatment of patients with multiple myeloma. Neth J Med 2010;68:24-32.
- 7 Van de Donk NW, Lokhorst HM, Dimopoulos M, Cavo M, Morgan G, Einsele H, et al. Treatment of relapsed and refractory multiple myeloma in the era of novel agents. Cancer Treat Rev 2011;37:266-83.
- 10 Sonneveld P, Zweegman S, Vellenga E, Wittebol S, Sinnige H, Meijer E, et al. Richtlijnen behandeling plasmacelaandoeningen anno 2010. Nederlands Tijdschrift voor Hematologie 2010;7:84-95.

Deze nascholing maakt deel uit van de serie 'Oncologie'. De afleveringen in de serie verschijnen maandelijks tot H&W 11, het congresnummer over oncologie.

Kernboodschappen

- Kenmerkend voor de ziekte van Parkinson is bradykinesie in combinatie met één of meer van de volgende symptomen: rigiditeit, rusttremor, houdings- en balansstoornissen.
- Verwijs een patiënt met het vermoeden van de ziekte van Parkinson (of parkinsonisme) voor diagnostiek en behandeling, bij voorkeur naar een neuroloog met expertise op het gebied van bewegingsstoornissen.
- De behandeling van de ziekte van Parkinson is symptomatisch. Er zijn tot nu toe geen behandelingen die de progressie van de ziekte afremmen.
- De behandeling van patiënten met de ziekte van Parkinson en aan de ziekte gerelateerde aandoeningen vindt plaats in een samenwerkingsverband van neuroloog, parkinsonverpleegkundige en huisarts.
- Naast herkenning van een hypokinetisch-rigide syndroom heeft de huisarts een rol in de diagnostiek en behandeling van gerelateerde symptomen en aandoeningen en in de ondersteuning en begeleiding van de patiënt en zijn partner of mantelzorger.

INLEIDING

De NHG-Standaard Ziekte van Parkinson geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij de ziekte van Parkinson en de aan de ziekte van Parkinson gerelateerde symptomen en aandoeningen. Omdat de aandoening een complex karakter heeft en meestal andere zorgverleners bij de behandeling zijn betrokken, wordt ook beknopt hun rol besproken. De standaard is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn Ziekte van Parkinson en vervangt de gelijknamige Farmacotherapeutische richtlijn.¹

Na de ziekte van Alzheimer is de ziekte van Parkinson de meest voorkomende chronische neurodegeneratieve aandoening. De ziekte van Parkinson heeft als belangrijkste motorische symptomen bradykinesie in combinatie met één of meer van de volgende symptomen: ri-

giditeit, rusttremor of houdings- en balansstoornissen. In het progressieve beloop ontstaan vrijwel altijd niet-motorische problemen zoals depressie en dementie.

Het stellen van de diagnose kan in de beginfase van de ziekte van Parkinson lastig zijn. Daarom is verwijzing van patiënten met het vermoeden van de ziekte van Parkinson naar een neuroloog aangewezen. Door het progressieve beloop en de complexiteit van de aandoening vindt de behandeling idealiter plaats in een samenwerkingsverband van huisarts, neuroloog en parkinsonverpleegkundige. Doorgaans zijn ook andere zorgverleners betrokken. Om de zorg voor de patiënt met de ziekte van

Inbreng van de patiënt

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk zijn beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

Parkinson te verbeteren is een landelijk netwerk van zorgverleners ontwikkeld, die gespecialiseerd zijn in de behandeling van patiënten met de ziekte van Parkinson (ParkinsonNet).² De behandeling van de ziekte van Parkinson is symptomatisch: er zijn tot nu toe geen behandelingen waarvan bewezen is dat ze de progressie van de ziekte remmen.

De huisarts heeft een rol bij de vroege herkenning van symptomen die kunnen wijzen op de ziekte van Parkinson en bij de herkenning en behandeling van daaraan gerelateerde symptomen en aandoeningen. Dit geldt ook voor het signaleren van effecten of bijwerkingen van de medicamenteuze behandeling en voor de begeleiding van de patiënt en zijn partner of mantelzorger. Afhankelijk van de ernst en het beloop van de aandoening zal de rol van de huisarts veranderen. Bij toenemende ernst van de ziekte van Parkinson en in de eindfase van de ziekte wanneer patiënten alleen behandeling in de thuissituatie wensen, zullen de zorgverlening en coördinerende rol van de huisarts toenemen en verschuiven van de neuroloog of parkinsonverpleegkundige naar de huisarts.

ACHTERGRONDEN

Begrippen

Bradykinesie: traagheid in bewegen en afnemende amplitude van bewegingen.

Dopaminedysregulatiesyndroom: syndroom als gevolg van bijwerkingen of overmatig gebruik van dopaminerge medicatie (meer dan nodig om de motorische symptomen te controleren) in combinatie met onder andere gedragsproblemen zoals hyperseksualiteit, gokverslaving, stereotiep gedrag en stemmingsstoornissen.³

Dyskinesieën: ongewilde bewegingen (als bijwerking van parkinsonmedicatie).

Tardieve dyskinesieën zijn laat optredende ongewilde bewegingen (meestal in het orofaciale gebied) ten gevolge van geneesmiddelgebruik (neuroleptica of anti-emetica).

Freezing: tijdelijk niet meer kunnen bewegen (alsof de voeten aan de vloer vastgekleefd zijn of kleine pasjes maken op de plaats). Meestal duurt dit niet lan-

Draijer LW, Eizenga WH, Sluiter A. NHG-Standaard Ziekte van Parkinson. Huisarts Wet 2011;54(7):380-92 • Deze standaard vervangt de Farmacotherapeutische richtlijn Ziekte van Parkinson uit december 2003.

ger dan een paar seconden, betreft het de benen en gaat het gepaard met een tremor van de benen. Uitlokkende momenten zijn onder andere het starten met lopen of draaien om de (lichaams)-lengte-as.

Gangspoor: (denkbeeldig) patroon van voetafdrukken tijdens het lopen. Een normaal gangspoor verloopt in een rechte lijn waarbij de voeten aan weerszijde van de lijn worden geplaatst. De afstand tussen de passen is ongeveer tweederde van de voetlengte. Bij de ziekte van Parkinson is de pasafstand tussen de voeten verkleind (schuifelpasjes). Het gangspoor is niet verbreed.⁴

(Peak dose) hyperkinesieën: overvloedige bewegingen die kunnen ontstaan bij een piekconcentratie van het betreffende geneesmiddel.

Houdingsinstabiliteit: moeite met bewaren van evenwicht wat niet gerelateerd is aan visuele, cerebellaire, vestibulaire of proprioceptieve stoornissen.⁵

Impulscontrolestoornis: een persisterend onvermogen om een impuls of verleiding te kunnen weerstaan, die betrekking heeft op het uitvoeren van een handeling die schade aan de persoon of de omgeving toebrengt (verslaving op het gebied van gokken, seksualiteit, winkelen en eten). De stoornis treedt op als gevolg van een bijwerking of overmatig gebruik van dopaminerge medicatie.

Parkinson, ziekte van: een progressieve neurodegeneratieve aandoening, zich uitend in een hypokinetisch syndroom, die voor een groot deel wordt veroorzaakt door verlies van dopamineproducerende neuronen in de substantia nigra. In het beloop van de ziekte worden verschillende fasen onderscheiden:

- **Vroege of ongecompliceerde fase:** uni- of bilateraal beeld zonder evenwichtsstoornissen.
- **Gecomplieerde fase:** bilateraal beeld met evenwichtsstoornissen en functiebeperkingen maar nog wel in staat om zelfstandig te lopen.
- **Eindfase:** rolstoelafhankelijk of lopen is alleen met hulp mogelijk.⁶

Parkinsonisme: hypokinetisch-rigide syndroom ten gevolge van andere oorzaken dan de ziekte van Parkinson (bijvoorbeeld geneesmiddelen).

Responsfluctuaties (synoniem voor *on-off-fluctuaties*): schommelingen in de reactie op dopaminerge medicatie die meestal pas optreden na een ziekteperiode van een aantal jaren. De fase waarin de patiënt merkt dat de medicatie goed werkt wordt de *on*-fase genoemd, terwijl de fase waarin de medicatie onvoldoende of zelfs geheel niet werkt de *off*-fase wordt genoemd. In de *off*-fase keren de parkinsonsymptomen zoals stijfheid, traagheid of tremor terug enige uren na inname van de dopaminerge (levodopa,

dopamine-agonisten) medicatie. In het begin van de behandeling zijn deze fluctuaties vaak voorspelbaar omdat ze optreden aan het einde van de werkingsduur van de ingenomen medicatie (vlak voor inname van de volgende dosis) de zogenaamde voorspelbare *wearing-off* of *end-of-dose-akinesie*. Later kunnen deze onvoorspelbaar optreden.

Rigiditeit: stijfheid, voelbaar door een verhoogde tonus bij het passief bewegen van de spier.

Tandradfenomeen: schokkende beweging

Abstract

Draijer LW, Eizenga WH, Sluiter A. NHG-Guideline on Parkinson's Disease. Huisarts Wet 2011;54(7):380-92.

The NHG Guideline on Parkinson's Disease provides general practitioners with guidelines regarding the diagnosis and treatment of Parkinson's disease and its associated symptoms and disorders. This Guideline is based on the multidisciplinary guideline 'Parkinson's disease' from 2010.

Parkinson's disease is characterized by bradykinesia in combination with one or more of the following symptoms: rigidity, resting tremor, and postural instability. If these symptoms are caused by medication, then that medication should be stopped or changed. Timely referral to a neurologist is indicated if Parkinson's disease is suspected. Non-motor problems, such as depression, cognitive disorders, autonomic disorders, and sleeping problems, nearly always arise during the course of the disease, and this often makes the management of patients with Parkinson's disease complex. Although patients are usually treated by their neurologist, the general practitioner is often consulted in the first instance for concurrent health problems which are often associated with or influenced by the disease. Treatment should preferably involve the neurologist, general practitioner, and Parkinson's disease nurse specialist working together as a team, which makes good communication, collaboration, and coordination of care essential. The general practitioner has an important role in:

- Identifying side effects of medication and changes in the use or efficacy of medication.
- Detecting, diagnosing, and where possible treating newly developed symptoms or disorders associated with Parkinson's disease.
- Coordinating and intensifying care for patients in the end-stage or palliative stage of the disease.
- Detecting psychosocial problems in the patient or his/her partner.

In order to fulfil these tasks, it is recommended that general practitioners monitor their patients with Parkinson's disease at least once a year. If referral to other healthcare professionals is necessary, general practitioners can make use of the national network of healthcare professionals specialized in the treatment of patients with Parkinson's disease (ParkinsonNet).

Main points

- The characteristic symptom of Parkinson's disease is bradykinesia in combination with one or more of the following symptoms: rigidity, resting tremor, postural instability.
- If Parkinson's disease, or Parkinsonism, is suspected, the patient should be referred to a neurologist, preferably a neurologist with expertise in movement disorders, for diagnosis and treatment.
- Treatment is focused on symptom control. To date, there is no treatment that slows disease progression.
- The treatment of patients with Parkinson's disease and associated symptoms should involve neurologist, general practitioner, and Parkinson's disease nurse specialist working in close cooperation.
- In addition to recognizing the hypokinetic-rigid syndrome, the general practitioner has a role in diagnosing and treating associated symptoms and disorders, and in supporting and counselling the patient and his/her partner or caregiver.

die voelbaar is bij passieve beweging van een gewricht (alsof het gewricht een tandrad is).

Tremoren: onwillekeurige, ritmische bewegingen die unilateraal of symmetrisch aanwezig kunnen zijn.

Typen tremoren:

- *bewegingstremor*: treedt op bij het uitvoeren van een beweging;
- *essentiële tremor*: zie onder *Evaluatie en differentiaaldiagnose*;
- *fysiologische tremor*: houdingstremor die bij gezonde personen zichtbaar kan zijn;
- *houdingstremor*: tremor die optreedt wanneer het desbetreffende lichaamsdeel in een bepaalde stand tegen de zwaartekracht in wordt gehouden (bijvoorbeeld tremor aan uitgestrekte armen);
- *intentietremor*: een schokkende beweging bij het naderen van het doel (topneusproef);
- *rusttremor*: tremor die optreedt wanneer het desbetreffende lichaamsdeel volledig ondersteund en ontspannen is (bijvoorbeeld het 'geld tellen' of 'pillendraaien' bij de ziekte van Parkinson).

Epidemiologie

De incidentie van de ziekte van Parkinson is 0,2 tot 0,3 per 1000 patiënten per jaar. Gemiddeld ziet de huisarts met een normpraktijk 1 nieuwe patiënt met de ziekte van Parkinson per 1 à 2 jaar. De prevalentie in de huisartsenpraktijk is 1,8 per 1000 mannen en 1,6 per 1000 vrouwen. Ongeveer 80% van de patiënten met de ziekte van Parkinson is ouder dan 65 jaar. Door vergrijzing zal de prevalentie toenemen.⁷

Pathofysiologie en beloop van de ziekte van Parkinson

Bij de ziekte van Parkinson is sprake van verlies van dopamineproducerende neuronen in de substantia nigra. Ook treedt een verstoring op in de werking van andere neurotransmitters (serotonine, noradrenaline, acetylcholine). De oorzaak van het verlies van deze neuronen is niet bekend.⁸ Bij jonge patiënten kunnen erfelijke factoren een rol spelen. Ook worden omgevingsfactoren zoals blootstelling aan toxische stof-

fen genoemd.⁹ De ziekte van Parkinson is de bekendste en meest voorkomende oorzaak van het zogenaamde hypokinetisch-rigide syndroom. Een hypokinetisch-rigide syndroom kan echter ook ontstaan door andere oorzaken, zoals het gebruik van antipsychotica of antiemetica.^{10,11}

De symptomen en klachten waarmee de patiënt zich in het begin van de ziekte presenteert zijn doorgaans van motorische aard [tabel 1]. De klachten beginnen unilateraal maar kunnen later in het beloop ook aan de andere zijde optreden. Er blijft een asymmetrie in de ernst van de klachten bestaan ten nadele van de kant waar de klachten zijn begonnen. Van de patiënten met de ziekte van Parkinson ontwikkelt 48 tot 80% in de loop van de ziekte *dementie*, dat soms al bij het stellen van de diagnose aanwezig is. Voor een inschatting van de prognose kan het van belang zijn onderscheid te maken tussen een type waarbij een (rust)tremor op de voorgrond staat (*tremordominante type*, TD-type) en een type waarbij houdings-, balans- en loopstoornissen op de voorgrond staan (*postural imbalance and gait disorder type*, PIGD-type). In het beloop van het ziektebeeld kan het TD-type veranderen naar een ziektebeeld waarbij houdings-, balans- en loopstoornissen op de voorgrond staan. Bij het type met loopstoornissen of bij het ontstaan van loopstoornissen en verdwijnen van de tremor is het risico op *dementie* in het beloop van de aandoening groter dan bij het TD-type.¹² Patiënten met de ziekte van Parkinson hebben een kortere levensverwachting (ongeveer tweemaal zo hoog sterfterisico in tien jaar) dan leeftijdgenoten zonder deze aandoening. Bij aanwezigheid van *dementie* neemt de levensverwachting verder af.¹³ *Depressieve symptomen* komen bij ongeveer eenderde van de patiënten voor, vaak in combinatie met cognitieve stoornissen.¹⁴ *Psychotische symptomen* kunnen op elk moment in het beloop van de ziekte ontstaan. Bij 30% van de patiënten treden psychotische symptomen op in de eerste vijf jaar van de ziekte. Hierbij dient als eerste aan een delier te worden gedacht op basis van intercurrente

ziekten zoals infecties en metabole stoornissen. Daarnaast worden psychotische symptomen veroorzaakt door een combinatie van de ziekte van Parkinson en de toegepaste medicatie. Vooral anticholinergica, selegiline, amantadine en, in mindere mate, dopamine-agonisten zijn bekend vanwege dit psychose-inducerende of versterkende effect.

Een *impulscontrolestoornis* komt voor bij ongeveer 10% van de patiënten met de ziekte van Parkinson. Vooral jongere patiënten (< 45 jaar) hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een impulscontrolestoornis, wat zich meestal uit in een verslaving op het gebied van gokken, seksualiteit, winkelen, eten of het compulsief gebruik van dopaminerge medicatie (*dopaminereguleringsyndroom*).¹⁵ Een impulscontrolestoornis kan ook pas na jarenlang gebruik van dopamine-agonisten ontstaan. Dit gaat vaak gepaard met gevoelens van schuld en schaamte en wordt weinig spontaan gemeld. Door het verlagen van de dosering of het volledig staken van de behandeling met dopamine-agonisten kan de stoornis verminderen of verdwijnen. Vooral de *autonome stoornissen* en *slaapstoornissen* kunnen zowel door de ziekte zelf als door bijwerkingen van de medicamenteuze behandeling ontstaan.

Tot dusver bestaan er geen curatieve of bewezen effectieve behandelingen om de ziekteprogressie te remmen (neuroprotectieve behandelingen).¹⁶ De behandeling van de motorische symptomen bestaat uit paramedische, medicamenteuze en neurochirurgische interventies. Door de functionele beperkingen en het progressieve beloop van de ziekte van Parkinson treden een substantieel verlies van kwaliteit van leven en ziekteverzuim op.¹⁷

Zie [tabel 1] voor een overzicht van vaak voorkomende aan de ziekte van Parkinson gerelateerde symptomen en aandoeningen. De in de tabel genoemde medicatiegerelateerde symptomen kunnen zowel optreden bij langdurig gebruik van parkinsonmedicatie (impulscontrolestoornis, responsfluctuaties) als na het starten of dosisveranderingen van het geneesmiddel.

Medicamenteuze behandeling

De neuroloog bepaalt de keuze voor een geneesmiddel bij *motorische symptomen*, afhankelijk van onder andere de leeftijd, klinische verschijnselen, de levensverwachting en de wensen van de patiënt.²² In de vroege of ongecompliceerde fase (uni- of bilateraal beeld zonder evenwichtsstoornissen) zijn levodopa en dopamine-agonisten even effectief. Bij patiënten jonger dan veertig jaar hebben dopamine-agonisten de voorkeur omdat het risico op uiteindelijke responsfluctuaties kleiner is dan bij het gebruik van levodopa. Het risico op bijwerkingen van dopamine-agonisten is echter groter dan bij levodopa en neemt toe bij het ouder worden (hallucinaties, hypotensie, impulscontrolestoornis, toegenomen slaperigheid). Volgens de huidige inzichten is er desondanks, ook bij jongere patiënten, geen reden het voorschrijven van levodopa uit te stellen bij onvoldoende effect of bijwerkingen van andere toegepaste middelen of bij oudere patiënten die in het dagelijks functioneren door motorische stoornissen worden beperkt. Indien bij progressie van het ziektebeeld (gecompliceerde fase) voorspelbare (wearing off en peak-dose dyskinesieën) en later ook onvoorspelbare motorische symptomen (off-perioden) optreden wordt de dosering van de geneesmiddelen aangepast en kunnen andere middelen zoals MAO-B-remmers, amantadine of catechol-O-methyltransferase-(COMT)-remmers²³ worden gestart. Bij onvoorspelbare motorische symptomen komen apomorfine subcutaan²⁴ of intraduodenale levodopa/carbidopa²⁵ in aanmerking. Bij patiënten zonder cognitieve stoornissen is stereotactische diepe hersenstimulatie (meestal de nucleus subthalamicus)²⁶ een behandelingsmogelijkheid.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Bij ongeveer tweederde van de patiënten met de ziekte van Parkinson openbaart de ziekte zich met klachten van een (rust)tremor. Daarnaast kan de patiënt zich presenteren met een zwak, onhandig, pijnlijk of stijf gevoel in arm of been of een traag looppatroon met een verminderde armzwaai.

Tabel 1 De ziekte van Parkinson met gerelateerde symptomen en aandoeningen

Motorische stoornissen	Aandoeninggerelateerd: hypokinetisch-rigide syndroom: bradykinesie, rigiditeit, rusttremor, instabiliteit in houding- en balans. In de gecompliceerde fase van de ziekte: frequent vallen (vaak in een gevorderd stadium van de ziekte door motorische stoornissen, instabiele lichaamshouding en/of orthostatische hypotensie) en slikstoornissen die kunnen resulteren in gewichtsverlies, kwijlen, of aspiratiepneumonie; (mogelijk) medicatiegerelateerd: orthostatische hypotensie, dyskinesieën, responsfluctuaties (wearing off, peak-dose, onvoorspelbare off-perioden)
Psychische en cognitieve stoornissen	Aandoeninggerelateerd: depressie, dementie, psychotische symptomen (dd delier); minder vaak: angst, apathie; (mogelijk) medicatiegerelateerd: verwardheid, hallucinaties, agitatie, depressie, impulscontrolestoornis
Autonome stoornissen (van het autonome zenuwstelsel) ¹⁸	Aandoening- of (mogelijk) medicatiegerelateerd: gewichtsverlies, obstipatie, mictiestoornissen (incontinentie, frequente mictie), erectiele disfunctie, orthostatische hypotensie (syncope), overmatig zweten
Slaapstoornissen ¹⁹	Aandoening- of (mogelijk) medicatiegerelateerd: hypersomnolentie, REM-slaapstoornis, restlesslegssyndroom, slaapstoornis door nachtelijke off-symptomen (en moeizaam omrollen in bed), nycturie
Overige	Aandoening- (verminderd reukvermogen ²⁰) of (mogelijk) medicatiegerelateerd: pijnklachten, vermoeidheid ²¹

Anamnese

Besteed aandacht aan:

- aard van de klachten in arm of been (gevoel van verminderde kracht, onhandigheid, stijfheid of pijnklachten?);
- duur en beloop van de tremor, stijfheid en loopproblemen (eenzijdig of symmetrisch begin?);
- ernst van de klachten en gevolgen voor het dagelijks leven (problemen met vastmaken van knoopjes of tandenpoetsen, niet meer kunnen fietsen kan mogelijk duiden op parkinsonisme²⁷), verhoogde valneiging (struikelen?) en gevolgen voor het werk;
- gebruik van geneesmiddelen die reversibel parkinsonisme kunnen veroorzaken, zoals antipsychotica, anti-emetica (metoclopramide, cinnarizine, meclozine), SSRI's, venlafaxine, bupropion, valproïnezuur;
- aan de ziekte van Parkinson gerelateerde klachten en symptomen zoals depressieve klachten¹⁴ en cognitieve stoornissen.¹²

Lichamelijk onderzoek

Beoordeel tijdens het lichamelijk onderzoek:

- de tremor: laat de patiënt zijn handen en armen uitstrekken of een glas water drinken of overschenken. Een (symmetrische) houdings- en bewegingstremor kan wijzen op een essentiële tremor;

- het looppatroon: voorovergebogen traag, schuifelend looppatroon zonder verbreed gangspoor met (asymmetrische) verminderde armzwaai, passen bij de ziekte van Parkinson, een breed gangspoor kan bij (atypisch) parkinsonisme passen.⁴ Evenwichtsproblemen (houdingsinstabiliteit?);
- de motoriek: laat patiënt beiderzijds duim en wijsvinger op de tafel trommelen of afwisselend pro- en supinatie van de onderarm (links-rechtsverschil in snelheid, amplitude en regelmaat, sneller vermoeid?), vraag een zin op te schrijven (micrografie, een onregelmatig patroon tijdens het schrijven en spontane bewegingen als 'geld tellen' passen bij de ziekte van Parkinson);
- de tonus (rigiditeit) en kracht van de arm- of beenspieren bij passieve en actieve bewegingen (verhoogde tonus en tandradfenomeen passen bij de ziekte van Parkinson);
- de (voorovergebogen?) houding en gezichtsuitdrukking (maskergelaat?).

Aanvullend onderzoek

Er is geen indicatie voor aanvullend onderzoek in de huisartsenpraktijk.

Evaluatie

Er zijn geen tests of onderzoeken (zoals beeldvormend onderzoek of een dopamineprovocatietest) die kunnen differentiëren tussen de ziekte van Parkinson en

andere vormen van een hypokinetisch-rigide syndroom. De diagnose Parkinson is een klinische diagnose, waarbij de neuroloog gebruikmaakt van de UK PDS Brain Bank Criteria. Deze zijn gevalideerd in de tweede lijn en hebben een hoge voorspellende waarde bij toepassing door een expert in bewegingsstoornissen bij een patiënt met een gevorderd stadium van de ziekte.²⁸ Overweeg de diagnose ziekte van Parkinson bij:

- traag bewegen (bradykinesie); én
- ten minste één van de volgende symptomen:
 - een rusttremor;
 - rigiditeit;
 - houdingsinstabiliteit (zonder aanwijzingen voor visuele, vestibulaire, cerebellaire of proprioceptieve stoornissen).

Kenmerken die de diagnose ondersteunen zijn:

- een unilateraal begin en blijvend asymmetrisch beeld ten nadele van de kant waar de ziekte begon;
- een progressief beloop;
- ontbreken van aanwijzingen voor andere oorzaken van een hypokinetisch-rigide syndroom (zie volgende alinea).

Differentiaaldiagnostisch komen in aanmerking:

- bij een hypokinetisch-rigide syndroom: parkinsonisme bijvoorbeeld bij gebruik van geneesmiddelen (tardieve dyskinesie) zoals antipsychotica en anti-emetica zoals metoclopramide, vasculair parkinsonisme of andere (zeldzame) oorzaken.^{29,11}
- bij een tremor:
 - essentiële tremor: symmetrische onwillekeurige, ritmische bewegingen die meestal optreden aan de handen en onderarmen en toenemen bij angst, stressvolle situaties, overmatig gebruik van cafeïnehoudende dranken en het ouder worden (zie FTR Essentiële tremor; www.nhg.org);
 - geneesmiddelgebruik zoals lithium, levothyroxine, natriumvalproaat, bronchusverwijders (sympathicomimetica, xanthinederivaten), antidepressiva (TCA's minder dan SSRI's): overweeg om geneesmiddelen die

een tremor kunnen uitlokken indien mogelijk te stoppen, te vervangen of de dosering te wijzigen;

- verergering van fysiologische tremor bij onttrekkingsverschijnselen van alcohol- of benzodiazepinegebruik, hyperthyreoïdie, hypoglykemie of door roken en overmatig gebruik van cafeïnehoudende dranken. Bij stress of vermoeidheid kan ook een verergering van de fysiologische tremor optreden;
- intentietremor bij cerebellaire stoornissen.

RICHTLIJNEN BELEID

Beleid bij het vermoeden van parkinsonisme of de ziekte van Parkinson

Stop of verander indien mogelijk de medicatie bij het vermoeden van parkinsonisme door het gebruik van medicatie (antipsychotica, anti-emetica). Overleg indien nodig hierover met de neuroloog of behandelend specialist.

Verwijs bij het vermoeden van de ziekte van Parkinson of andere oorzaken van parkinsonisme binnen zes weken naar een (bij voorkeur in bewegingsstoornissen gespecialiseerde) neuroloog voor diagnostiek en behandeling.³⁰

Beleid tijdens het beloop van de ziekte van Parkinson

Nadat de diagnose ziekte van Parkinson is gesteld dient de behandeling plaats te vinden in een samenwerkingsverband van neuroloog, huisarts en parkinsonverpleegkundige [*kader Samenwerking en ketenzorg*]. De neuroloog initieert en vervolgt de medicamenteuze behandeling. Het doel van de behandeling is het functioneren van de patiënt te optimaliseren. Het moment waarop met farmacotherapie wordt gestart hangt af van de functiebeperkingen door de motorische symptomen van de ziekte. Daarnaast kunnen ook niet-motorische symptomen, zoals depressie, psychotische symptomen waaronder een delier, een reden zijn om geneesmiddelen te starten of medicatie te wijzigen. De huisarts heeft een rol bij het:

- Signaleren van bijwerkingen en veranderingen in de effectiviteit of het gebruik van de medicatie. Dit kan aanlei-

ding zijn om (vervroegd) de neuroloog te consulteren.

- Signaleren, diagnosticeren en behandelen van nieuw ontstane symptomen of aandoeningen die aan de ziekte van Parkinson zijn gerelateerd (of hiervoor verwijzen naar de neuroloog of overige zorgverleners).
- Intensiveren en coördineren van zorg bij patiënten die zich in het eindstadium of de palliatieve fase³¹ van de aandoening bevinden (en alleen behandeling in de thuissituatie wensen).
- Signaleren van psychosociale problemen bij de patiënt of zijn partner.

Om deze taken te kunnen vervullen verdient het aanbeveling de patiënt met de ziekte van Parkinson minstens eenmaal per jaar te controleren. Afhankelijk van bijkomende problemen of aandoeningen, de ernst van de aandoening en de behoefte van de patiënt en zijn naasten kunnen frequentere contacten nodig zijn.³²

In aansluiting op deze contacten kunt u de NHG-Patiëntenbrief *Ziekte van Parkinson* meegeven. Deze brief is gebaseerd op de NHG-Standaard, en bevat informatie over de ziekte van Parkinson (zie voor een overzicht van alle NHG-patiëntenbrieven de NHG-website: www.nhg.org, rubriek Patiëntenvoorlichting).

Overweeg een verwijzing bij klachten of problemen die gerelateerd zijn aan de ziekte van Parkinson [*tabel 2*]. Informeer bij verwijzing de neuroloog of parkinsonverpleegkundige en verwijs bij voorkeur naar een in de ziekte van Parkinson gespecialiseerde zorgverlener.³³ Aandachtspunten die tijdens een jaarlijkse controle of bij tussentijdse contacten aan de orde kunnen komen staan hieronder.

Effecten en bijwerkingen van geneesmiddelen

- besteed aandacht aan symptomen of bijwerkingen die het gevolg kunnen zijn van de toegepaste geneesmiddelen [*tabel 1* en *tabel 3*].³⁴ Klachten die kort na het starten of wijzigen van de dosering van de medicatie optreden kunnen op bijwerkingen duiden;
- consulteer of verwijs naar de neuroloog

bij veranderingen in de effectiviteit van medicatie zoals bij (on)voorspelbare responsfluctuaties (*peak dose dyskinesien, off-perioden*);

- vraag ter opsporing van een *impulscontrolestoornis* (ook bij langdurig gebruik van medicatie) de patiënt en partner naar symptomen hiervan en let op therapietrouw of overmatig gebruik van dopaminerge medicatie.¹⁵

Niet-motorische symptomen of aandoeningen gerelateerd aan de ziekte van Parkinson

Depressieve symptomen:

- gebruik voor de diagnostiek van depressieve symptomen de NHG-Standaard Depressieve stoornis. Het is hierbij van belang de patiënt in de on-fase te beoordelen omdat er overlap kan zijn met de symptomen van de ziekte van Parkinson (motorische vertraging, mimiekarmoede en traagheid in het denken). De diagnostiek kan worden bemoeilijkt doordat een depressie in combinatie met cognitieve stoornissen kan voorkomen;³⁵
- aanpassing van de medicatie kan nodig zijn als stemmingsklachten optreden na verandering van de parkinsonmedicatie of tijdens off-fases (de fase waarin de patiënt merkt dat de medicatie onvoldoende of niet (meer) werkt). Als patiënt nog geen dopaminerge middelen gebruikt kan het starten van deze middelen effectief zijn om depressieve symptomen te verminderen;
- de effectiviteit van antidepressiva bij de behandeling van depressie bij patiënten met de ziekte van Parkinson is niet aangetoond. Als antidepressiva worden overwogen, kan afhankelijk van de klinische kenmerken en het bijwerkingenprofiel zowel voor tricyclische antidepressiva als voor kortwerkende SSRI's worden gekozen. Tricyclische antidepressiva worden afgeraden bij patiënten met cognitieve stoornissen omdat deze middelen een negatief effect op het cognitief functioneren kunnen hebben. Door een verhoogd risico op extrapiramidale bijwerkingen hebben langwerkende SSRI's zoals fluoxetine niet de voorkeur.³⁶

Dementie:

- maak voor het opsporen van symptomen bij dementie gebruik van de NHG-Standaard Dementie. Hierbij dient te worden opgemerkt dat bij parkinsonpatiënten de MMSE waarschijnlijk minder sensitief is voor het opsporen van dementie dan bij patiënten zonder de ziekte van Parkinson;³⁷
- verwijst de patiënt voor neuropsychologisch onderzoek bij twijfel over de aan- of afwezigheid van cognitieve functiestoornissen;
- het initiëren van de behandeling met cholinesteraseremmers door de huisarts wordt ontraden.³⁸

Psychotische symptomen:

- psychotische symptomen (verlies van realiteitszin, wanen en (visuele) hallucinaties) worden meestal veroorzaakt door een delier (zie NHG-Standaard Delier). Verricht onderzoek naar mogelijke oorzaken zoals een urineweginfectie, pneumonie, dehydratie, elektrolytstoornissen of hypoglykemie;
- behandel in eerste instantie de oorzaken van een delier;
- overleg met de neuroloog over eventuele aanpassing van de parkinsonmedicatie;
- indien aanpassing van de medicatie niet mogelijk is of geen effect heeft, is behandeling met clozapine en met strikte bloedcontroles een mogelijkheid. In dit geval dient de huisarts de neuroloog te consulteren om het beleid en de controles af te stemmen. Typische antipsychotica (zoals haloperidol) en olanzapine en risperidon zijn gecontra-indiceerd omdat de kans op toename van de motorische parkinsonverschijnselen groot is.³⁹

Overige symptomen:⁴⁰

Slaapstoornissen:

- denk aan onderliggende oorzaken zoals bijwerkingen of afname van de werkzaamheid van de medicatie (off-fase), neuropsychiatrische oorzaken (depressie, dementie), nycturie en specifieke slaapstoornissen zoals REM-slaapstoornis of restlesslegssyndroom.¹⁹ Vraag ook bij de partner na of er specifieke slaapstoornissen zijn opgevallen;

- begin met slaaphygiëne-adviezen, eventueel kortdurend benzodiazepine (terughoudendheid is geboden vanwege het vijfvoudig verhoogd valrisico bij het gebruik van benzodiazepine in vergelijking met niet-gebruikers), zie voor het (niet-medicamenteuze) beleid de NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen;
- bij slaapproblemen door motorische beperkingen kan aanpassing van de parkinsonmedicatie, fysio- of ergotherapie zinvol zijn, bij persisterende klachten is verwijzing naar een slaapcentrum geïndiceerd.

Vallen:

- inventariseer mogelijke risicofactoren voor vallen zoals: eerdere valincidenten, motorische problemen (freezing), houdings- of balansproblemen, orthostatistische hypotensie, het gebruik van (sederende) medicatie;
- voor adviezen over valpreventie kan de Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen worden geraadpleegd.⁴¹

Autonome stoornissen:

- *slikproblemen* en *speekselvloed*: verwijst naar een logopedist;
- *gewichtsverlies*: denk behalve aan de ziekte van Parkinson ook aan andere onderliggende oorzaken (endocriene aandoeningen, maligniteit). Verwijs indien nodig naar een diëtist [tabel 2];
- *obstipatie*: Zie voor de diagnostiek en beleid de NHG-Standaard Obstipatie;
- *mictieklachten*: verricht diagnostiek naar onderliggende oorzaken vooral indien plotseling mictieproblemen optreden (urineweginfectie?) of bij frequent en overvloedig urineren;⁴²
- *seksuele problemen*: besteed aandacht aan belemmerende factoren en onderliggende oorzaken (depressie, medicatie). Zie voor de diagnostiek en beleid de NHG-Standaard Erectiele disfunctie;
- *orthostatische hypotensie*: analyseer het geneesmiddelgebruik en stop of wijzig antihypertensiva. Geef bij hinderlijke klachten leefstijladviezen⁴³ en overweeg verwijzing naar een klinisch geriater;
- *overmatig transpireren*: kan een gevolg zijn van de dopaminerge medicatie tijdens de on- of het begin van de off-fase.

Eindstadium of palliatieve fase van de ziekte van Parkinson⁴⁴

- coördineer de zorg indien de patiënt in de eindfase alleen behandeling in de thuissituatie wenst en geen behoefte heeft aan (poli)klinische behandeling;
- als de huisarts geen parkinsonspecifieke deskundigheid bezit is consultatie van een in ouderenzorg of palliatieve zorg gespecialiseerde huisarts in de regio een mogelijkheid (NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde of Palliatieve zorg);
- voor het verlenen van palliatieve zorg in de eindfase van de ziekte van Parkinson kan consultatie van de specialist ouderengeneeskunde, een regionaal palliatief team of neuroloog zinvol zijn (bijvoorbeeld indien het afbouwen of stoppen van de parkinsonmedicatie wenselijk is).

Psychosociale problemen

- besteed aandacht aan mogelijke psychosociale problematiek bij de patiënt en zijn partner, denk hierbij aan problemen zoals ziekte-acceptatie, veran-

Samenwerking en ketenzorg

De ziekte van Parkinson heeft grote invloed op de ervaren kwaliteit van leven. Door het progressieve beloop en bijkomende aandoeningen zijn naast de huisarts vaak meerdere gespecialiseerde zorgverleners betrokken bij de zorg voor de patiënt met de ziekte van Parkinson. In de huidige opzet van de multidisciplinaire richtlijn Ziekte van Parkinson is er een vaste groep van zorgverleners die altijd bij de patiënt betrokken is: de huisarts, neuroloog en parkinsonverpleegkundige. Bij patiënten met de ziekte van Parkinson is het van belang afspraken te maken over de taken en onderlinge rapportage met deze vaste groep van zorgverleners. Optimale netwerkzorg kan alleen worden geleverd bij goede deskundigheid, communicatie, samenwerking, coördinatie en financiering. In het algemeen is de neuroloog hoofdbehandelaar van de gezondheidsproblemen die gerelateerd zijn aan de ziekte van Parkinson. In overleg met de neuroloog kan hiervan worden afgeweken en kan de neuroloog als consultant optreden bij bijvoorbeeld patiënten in de eindfase van de ziekte die alleen behandeling in de thuissituatie wensen.

De taak van de Parkinsonverpleegkundige betreft onder andere het signaleren van (veranderingen in) de zorg- en informatiebehoefte en het (in samenwerking met de neuroloog) initiëren en coördineren van de hiervoor benodigde zorg. De huisarts heeft naast herkenning van het ziektebeeld een rol in de diagnostiek en behandeling van gerelateerde symptomen en aandoeningen en in de ondersteuning en begeleiding van de patiënt en zijn partner (of mantelzorger) (zie onder *Richtlijnen Beleid*).

De rol van andere zorgverleners die op indicatie bij patiënten met de ziekte van Parkinson worden betrokken kan regionaal verschillen en overlap vertonen [tabel 2]. Gespecialiseerde zorgverleners per regio zijn te vinden op de zorgzoeker van het ParkinsonNet (www.parkinsonnet.nl).²

deringen in de relatie met de partner zoals veranderingen in de gelijkwaardigheid van partners en de seksuele relatie, draagkracht van de mantelzorger of partner en angst voor medicatie;

- attendeer patiënten op de patiëntenvereniging;
- adviseer de patiënt bij werkgerelateerde problemen de bedrijfsarts te raadplegen;

Tabel 2 Indicaties voor verwijzing of consultatie

Belangrijkste indicaties voor verwijzing of consultatie	Zorgverleners
Verstrekking en coördinatie van medicatie(verschaffing), controle op geneesmiddeleninteracties (overleg zonodig met de neuroloog hierover), leveren van medicatie in therapietrouwbevorderende aflevervormen (medicatie dozen, Baxterverpakkingen), informatie over (verminderen van) bijwerkingen	Apotheker
(Risico op) gewichtsverlies (> 5% in 1 maand of > 10% in 6 maanden), dieetadviezen bijvoorbeeld bij dysfagie, obstipatie	Diëtist
Advies en voorlichting wanneer de patiënt met de ziekte van Parkinson beperkingen ervaart tijdens de uitoefening van werk, activiteiten thuis of vrijetijdsbesteding. Advies bij problemen van partner bij verzorging of begeleiding van patiënt	Ergotherapeut, bedrijfsarts
Behandeling van (risico op) een verminderd activiteitsniveau, angst om te bewegen of te vallen, problemen met lopen (freezing, balansproblemen), transfers, pijnklachten, decubitus preventie of contracturen	Fysiotherapeut, cesar-, mensendiecktherapeut
Hoge leeftijd en symptomen of klachten (bijvoorbeeld vaak vallen) die kunnen samenhangen met complexe comorbiditeit, polyfarmacie	Klinisch geriater
Beperkingen in de spraak of communicatie en advies over hulpmiddelen, slikproblemen (kwijlen)	Logopedist
Psychosociale problemen (coping, problemen in de dagbesteding), problemen in de draagkracht van de partner, informatie over en begeleiding bij aanvragen, wet- en regelgeving	Maatschappelijk werker
Gebruik van anticholinergica en aanwezigheid van glaucoom (in familie), visusklachten bij vermoeden van oculomotore stoornissen	Opticien/oogarts
Spanningen bij de patiënt of diens partner, complexe psychosociale problematiek, coping, relatieproblemen, stemmings- en angststoornissen, cognitieve stoornissen	(Neuro)psycholoog
(Complexe) ADL-, HDL (huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen)- of (arbeids) participatie problematiek, indicatiestelling voor verstrekking van hulpmiddelen, aanpassingen en voorzieningen	Revalidatiearts
Problemen in het seksueel functioneren (als gevolg van de ziekte van Parkinson, de medicamenteuze of neurochirurgische behandeling)	Seksuoloog
Dagbehandeling in verband met complexe motorische, cognitieve en emotionele pathologie, kortdurende opname voor ontlasten thuissituatie, inventarisatie van ADL-problematiek en reactivering met terugkeer naar huis, consultatie in zorgcentra en aan huis	Specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts)
Hulp bij huishouden, zelfzorg of noodzaak tot verpleging	Thuiszorg

- verwijs indien nodig voor verdere begeleiding of behandeling naar een psycholoog of maatschappelijk werker [tabel 2].

TOTSTANDKOMING

De NHG-Standaard Ziekte van Parkinson is afgeleid van de Multidisciplinaire richtlijn Ziekte van Parkinson 2010. De multidisciplinaire richtlijn is opgesteld door vertegenwoordigers van organisaties en landelijke beroepsverenigingen van disciplines die bij de zorg voor patiënten met de ziekte van Parkinson zijn betrokken.

In 2007 startte de centrale werkgroep met het schrijven van de Multidisciplinaire richtlijn Parkinson 2010. Het project werd gesubsidieerd vanuit het programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg van ZonMw. Vanuit de betrokken Nederlandse wetenschappelijke beroepsverenigingen werd afvaardiging gevraagd en verkregen. De basis van de Multidisciplinaire richtlijn Ziekte van Parkinson 2010 wordt gevormd door de NICE-richtlijn Parkinson's disease: Diagnosis and management in primary and secondary care (2006). Voor de adaptatie van de NICE-richtlijn werd gebruik gemaakt van de ADAPTE-methode die door de ADAPTE Collaboration is ontwikkeld. Voor uitgebreide informatie over de ontwikkelingsprocedure en de samenstelling van de werkgroepen en focusgroepen verwijzen we naar de multidisciplinaire richtlijn.

In januari 2010 startte een klankbordwerkgroep met de ontwikkeling van de standaard. De werkgroep bestond uit de volgende leden: L.W. Draijer, W.H. Eizenga en A. Sluiter, allen huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG. Dr. W. Opstelten, huisarts, was als seniorwetenschappelijk medewerker en M.M. Verduijn, apotheker, was als seniorwetenschappelijk medewerker Farmacotherapie van deze afdeling bij de totstandkoming betrokken. In januari 2011 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar vijf-tig willekeurig uit het NHG-ledenbestand gekozen huisartsen gestuurd. Er werden 22 commentaarformulieren retour ontvangen. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten prof. dr. B.R. Bloem, neuroloog; dr. A.W. Chavannes, huisarts n.p.; E.K. Fogelberg, huisarts; dr. P. van den Hombergh, huisarts n.p., namens de LHV; D. Dost, dr. T. Schalekamp, I.C. Heijboer-Vinks, K. de Leest, J.J. Luinenburg, P.N.J. Langendijk en R. Tahmassian, allen apotheker namens de KNMP; P. Koeck, namens de Vlaamse vereniging voor huisartsen; H.P.J. Stinis, bedrijfsarts namens het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft.

De NHG-Standaard werd in maart 2011 door de Autorisatiecommissie van het NHG geautoriseerd. © 2011 Nederlands Huisartsengenootschap. ■

NOTEN

1 MDR ziekte van Parkinson

Deze NHG-Standaard is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Ziekte van Parkinson. De MDR is met medewerking van het NHG tot stand gekomen en is te vinden op www.nhg.org [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010].

2 ParkinsonNet

Het ParkinsonNet is in het leven geroepen om zowel patiënten als (huis)artsen te informeren over de beschikbaarheid van deskundige zorgverleners in de regio en is te vinden op www.parkinsonnet.nl. Momenteel zijn in alle regio's van Nederland in de ziekte van Parkinson gespecialiseerde zorgver-

leners zoals neurologen en Parkinsonverpleegkundigen beschikbaar.

3 Dopaminedysregulatiesyndroom

In een overzichtsartikel wordt van een dopaminedysregulatiesyndroom gesproken als de patiënt meer dopaminerge medicatie gebruikt dan nodig is om de motorische symptomen te controleren en er sprake is van een verslechtering van functies in werk en sociale relaties (bijvoorbeeld agressie, verlies van baan), stemmingsstoornissen (angst, depressieve klachten) en onttrekkingsverschijnselen bij vermindering van dopaminerge medicatie. Dopamine kan overigens zelf ook een impulscontrolestoornis uitlokken. Bij het dopaminedysregulatiesyndroom kan, naast pathologisch gokken, koopdwang en *punding* (langdurig, stereotiep motorisch gedrag) ook seksuele ontremming optreden [O'Sullivan 2009].

4 Looppatroon bij de ziekte van Parkinson

De beschrijving van het begrip gangspoor en het looppatroon bij de ziekte van Parkinson zijn ontleend aan een leerboek en een overzichtsartikel waarin de verschillende looppatronen en de onderliggende aandoeningen worden besproken [Kuks 2007; Van de Warrenburg 2007].

5 Houdingsinstabiliteit

Ter beoordeling van de houdingsstabiliteit bij patiënten met de ziekte van Parkinson (en het risico van vallen) worden verschillende diagnostische onderzoeken beschreven. Een hiervan is de retropulsietest. Hierbij wordt met een onverwachte snelle ruk aan de schouders de patiënt achterwaarts getrokken. De test is afwijkend als de patiënt meer dan twee stappen achteruit zet of ondersteund moet worden om het evenwicht te bewaren. Er zijn geen eerstelijns onderzoeken gevonden waarin de diagnostische waarde van de retropulsietest bij patiënten met de ziekte van Parkinson is onderzocht [Samii 2004, Visser 2003].

6 Ernst van de ziekte van Parkinson

In de multidisciplinaire richtlijn wordt voor de indeling naar ernst aangesloten bij een indeling die in de NICE richtlijn Parkinson's disease: national clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care wordt gebruikt [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 23, NICE 2006, pagina 202].

7 Epidemiologie

De incidentie van de ziekte van Parkinson in de Tweede Nationale studie is 0,2 per 1000 patiënten per jaar en bij mannen en vrouwen van 75 jaar en ouder respectievelijk 2,7 en 1,8 per 1000 patiënten per jaar [Van der Linden 2004]. Uit de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) Nijmegen blijkt dat een huisarts met een normpraktijk ongeveer eens per 1 à 2 jaar een nieuwe patiënt met de ziekte van Parkinson ziet (incidentie 0,3 per 1000 patiënten per jaar). De prevalentie van de ziekte van Parkinson in de periode 1985 tot 2006 was in de CMR Nijmegen 1,8 per 1000 mannen en 1,6 per 1000 vrouwen [Van de Lisdonk 2008]. Op basis van vijf huisartsregistratiesystemen heeft het RIVM een incidentie bij mannen en vrouwen berekend van respectievelijk 0,31 en 0,24 per 1000 in 2007. De puntprevalentie op 1 januari 2007 bij patiënten van 65 jaar en ouder was 8,95 per 1000 mannen en 6,53 per 1000 vrouwen (www.nationaalkompas.nl > gezondheid-en-ziekte > ziekten-en-aandoeningen > zenuwstelsel-en-zintuigen > ziekte-van-parkinson > cijfers-ziekte-van-parkinson-prevalentie-incidentie-en-sterfte-uit-de-vtv-2010, geraadpleegd op 28 september 2010). De prevalentie van de ziekte van Parkinson in bevolkingsonderzoek is 2 tot 2,5 maal hoger. Hierbij spelen verschillen in diagnostische criteria en het meetellen van patiënten met de ziekte van Parkinson in verpleeghuizen een rol. Door de verwachte veranderingen in de leeftijdsopbouw en de omvang van de Nederlandse bevolking zal de prevalentie naar

schatting met de helft toenemen tussen 2005 en 2025 (www.nationaalkompas.nl > gezondheid-en-ziekte > ziekten-en-aandoeningen > zenuwstelsel-en-zintuigen > ziekte-van-parkinson > trend). De sterfte door de ziekte van Parkinson als primaire doodsoorzaak was in 2007 6,7 per 100.000 mannen en 5,7 per 100.000 vrouwen.

8 Pathofysiologie

De oorzaak van de ziekte van Parkinson is niet bekend. Bij pathologisch onderzoek wordt een afname van de dopaminerge neuronen gevonden en aanwezigheid van lewy-lichaampjes in de resterende dopaminerge neuronen van de substantia nigra [Samii 2004]. Bij een afname in dopaminerge activiteit van 50 tot 60% treedt een hypokinetisch-rigide syndroom op.

9 Genetische oorzaken en toxische stoffen

Naar schatting 10 tot 15% van de patiënten heeft een eerste- of tweedegraadsfamilielid met de ziekte van Parkinson [Nutt 2005]. Bij jonge patiënten (< 40 jaar) met de ziekte van Parkinson kan er sprake zijn van een genetische oorzaak. Hierbij spelen meerdere genen een rol. In observationeel onderzoek en casuscontroleonderzoek is een verband gevonden tussen langdurige blootstelling aan onder andere pesticiden en oplosmiddelen en de ziekte van Parkinson [Mc Donnell 2003, Costello 2009].

10 Geneesmiddelen met parkinsonachtige bijwerkingen

Geneesmiddelen die parkinsonachtige verschijnselen kunnen geven zijn onder andere antipsychotica, anti-emetica (metoclopramide, cinnarizine, meclozine), SSRI's (met name de langwerkende zoals fluoxetine), venlafaxine, bupropion en valproïnezuur [Aronson 2006, Samii 2004].

11 Hypokinetisch-rigide syndromen

De MDR Ziekte van Parkinson maakt onderscheid tussen de ziekte van Parkinson en atypisch parkinsonisme [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 29]. In de standaard is om praktische redenen atypisch parkinsonisme aangeduid als 'parkinsonisme'. Als groep hebben atypische parkinsonismen klinische overeenkomsten met de ziekte van Parkinson, maar ook een aantal belangrijke verschillen. Deze verschillen zijn onder andere een (gemiddeld) snellere progressie, een beperktere tot afwezige reactie op Parkinsonmedicatie, en een kortere levensverwachting.

Hypokinetisch-rigide syndroom	Ziekte van Parkinson	■ idiopathische ziekte van Parkinson ■ familiale vorm van de ziekte van Parkinson
	Atypische parkinsonismen	■ medicamenteus parkinsonisme ■ vasculair parkinsonisme ■ dementie met lewy-lichaampjes ■ overige oorzaken (multipel systeematrofie, progressieve supranucleaire verlamming)

12 Cognitieve stoornissen

Naar schatting 48 tot 80% van de patiënten met de ziekte van Parkinson ontwikkelt dementie in het beloop van de ziekte [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 47, 205]. In een prospectief cohortonderzoek bij 126 patiënten met een bij aanvang van het onderzoek gestelde diagnose ziekte van Parkinson was de incidentie van dementie 3% per jaar (95%-BI 1,6 tot 5,3%) bij een follow-upduur van 3,5 jaar. Ruim de helft van de patiënten vertoonde bij aanvang van het onderzoek een afwijkende uitslag van ten minste één van de (gevalideerde) neuropsychologische tests. Als on-

afhankelijke risicofactoren voor de vermindering van de cognitieve capaciteiten werd een afwijken- de uitslag bij het natekenen van twee overlappende vijfhoeken (uit de MMSE) en een afwijkende uitslag bij de semantische fluencytest (zo veel mogelijk dieren opnoemen in 90 seconden) gevonden. Een scoreresultaat lager dan 2 bij het tekenen van een overlappende vijfhoek ging gepaard met een 5 maal zo groot (95%-BI 2 tot 14) risico op demantie in vergelijking met patiënten met een score van 2. Daarnaast bleek het risico op demantie 4 maal zo groot (95%-BI 1 tot 18) bij patiënten met het PIGD-type van de ziekte van Parkinson in vergelijking met patiënten met het tremor type [Williams-Gray 2007]. Dat patiënten met het PIGD-type een groter risico hebben op het ontwikkelen van demantie wordt ondersteund door een incidentiëmeting na 4 en 8 jaar bij 171 patiënten met de ziekte van Parkinson. Patiënten bij wie een verandering optrad van het TD-type naar het PIGD-type en patiënten met een PIGD-type hadden een groter risico op demantie in vergelijking met patiënten met een TD-type [Alves 2006].

Conclusie: bij een groot deel van de patiënten treedt in het beloop van de aandoening cognitieve functiestoornissen op die soms al bij het stellen van de diagnose Parkinson waarneembaar zijn. Het risico op cognitieve stoornissen en demantie is groter bij patiënten met de ziekte van Parkinson die een PIGD-type hebben dan patiënten bij wie een tremor (TD-type) op de voorgrond blijft staan.

13 Levensverwachting bij demantie

In een cohortonderzoek van 6969 mensen van 55 jaar en ouder in de algemene bevolking van Rotterdam bleek het risico op sterfte tijdens een follow-up van 9 jaar in de groep met de ziekte van Parkinson in vergelijking met de groep zonder de ziekte van Parkinson 54% versus 24% (hazardratio [HR] 1,83; 95%-BI 1,47 tot 2,26). Bij Parkinson patiënten met demantie was het risico op sterfte groter in vergelijking met patiënten zonder demantie (HR 2,85; 95%-BI 1,77 tot 4,62) [De Lau 2005].

14 Depressieve symptomen

Klinisch relevante depressieve symptomen komen bij ongeveer een derde van de patiënten met de ziekte van Parkinson voor. Hoewel een depressie vaak tijdens het beloop van de ziekte ontstaat is bij ongeveer 1 op 10 patiënten 3 jaar voor het stellen van de diagnose Parkinson een depressie aanwezig (geweest) [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 49].

15 Risico op impulscontrolestoornis

Kenmerken die met een verhoogd risico op een impulscontrolestoornis of dopaminedysregulatie-syndroom worden geassocieerd zijn: het vóórkomen van de ziekte van Parkinson op jonge leeftijd (< 45 jaar), mannelijk geslacht, sensatiezoekende of impulsieve persoonlijkheidskenmerken, een voorgeschiedenis of een positieve familieanamnese van alcoholmisbruik, impulscontrolestoornis in de voorgeschiedenis en het gebruik van dopamine-agonisten. Hoewel het risico voor het ontwikkelen van een impulscontrolestoornis het hoogste lijkt te zijn bij gebruik van dopamine-agonisten is ook het gebruik van andere anti-parkinsonmedicatie (inclusief levodopa) en zelfs diepe hersenstimulatie een risicofactor [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 101, 102, O'Sullivan 2009].

16 Neuroprotectieve middelen

Het neuroprotectieve effect van de antioxidanten vitamine E en co-enzym Q10 en dopamine-agonisten en MAO-B-remmers is niet aangetoond. Behandeling met deze middelen om de progressie van de ziekte te remmen is daarom niet zinvol [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 106].

17 Ernst en beperkingen bij de ziekte van Parkinson

Afhankelijk van de ernst varieert de kwaliteit van leven score (Quality of life score) van 0,15 tot 0,67 (op een schaal van 0 tot 1,0) [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 24]. Veel jonge patiënten met de ziekte van Parkinson moeten het betaalde werk uiteindelijk opgeven. Uit een Engels onderzoek met patiënten bij wie de ziekte van Parkinson voor het 65^e jaar ontstond (n = 459) bleek ongeveer de helft van de patiënten na vijf jaar en viervijfde na een ziekteperiode van tien jaar met werken te zijn gestopt [Schrag 2006].

18 Autonome stoornissen

Bij gewichtsverlies, dat bij ongeveer de helft van de patiënten optreedt, kunnen een verhoogd energieverbruik door dyskinesieën, veranderingen in voedselinname door bijvoorbeeld slikproblemen (bij 50 tot 90% van alle patiënten), depressieve klachten en bijwerkingen van de toegepaste medicatie een rol spelen.

Obstipatie bij patiënten met de ziekte van Parkinson ontstaat waarschijnlijk door een vertraagde gastro-intestinale motiliteit. In een prospectief observationeel cohortonderzoek bij 6790 mannen in Hawaï werd een positief (onafhankelijk) verband gevonden tussen een lage defaecatiefrequentie en het ontstaan van de ziekte van Parkinson bij een follow-upduur van 24 jaar [Abbott 2001]. Omdat er slechts één onderzoek beschikbaar is en obstipatie een (pre)symptoom van de ziekte van Parkinson kan zijn, is het precieze verband tussen obstipatie en het ontstaan van de ziekte van Parkinson nog onduidelijk. Obstipatie kan overigens ook het gevolg zijn van het gebruik van anticholinergica en dopamine-agonisten.

Bij ongeveer driekwart van de parkinsonpatiënten komt *mielieklasten* (vooral nycturie, toegenomen aandrang, en urine incontinentie) voor. Hierbij spelen vaak disfunctie van de blaas door de ziekte zelf en andere oorzaken een rol.

Seksuele problemen (erectiele disfunctie, hyperseksualiteit) en *orthostatische hypotensie* kunnen zowel het gevolg zijn van de ziekte zelf als van bijwerkingen van de toegepaste medicatie. Orthostatische hypotensie komt meestal voor bij patiënten in een gevorderd stadium van de aandoening waarbij de generatie van het autonome zenuwstelsel een rol speelt.

Overmatig zweten kan worden veroorzaakt door dopaminerge medicatie [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010].

19 Slaapstoornissen

Naar schatting 70 tot 90% van de patiënten met de ziekte van Parkinson ervaart slaapproblemen als gevolg van de ziekte zelf en andere oorzaken zoals bijwerkingen van dopamine-agonisten, levodopa of MAO-B-remmers [tabel 3]. Verstoring van de slaap kan bijvoorbeeld optreden door nachtelijke off-symptomen (tremor, rigiditeit, akinesie bradykinesie, dystonie), dyskinesieën, het restlesslegs-syndroom en een REM-slaapstoornis. Een REM-slaapstoornis wordt gekenmerkt door het verlies van spieratonie en de aanwezigheid van complex motorisch gedrag (het fysiek uitleven van je droom) tijdens de REM-slaap. Patiënten vertonen onrustige motorische activiteit in plaats van een fysiologische verslapping. Een REM-slaapstoornis kan erg hinderlijk voor de partner zijn. Naast bovengenoemde oorzaken kan bij verhoogde slaaperigheid overdag ook een narcolepsie-achtig ziektebeeld een rol spelen wat bij patiënten met de ziekte van Parkinson in de loop van de aandoening kan ontstaan [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 136].

20 Hyposmie

Ongeveer 80% van de patiënten met de ziekte van Parkinson heeft een verminderd reukvermogen (hyposmie). In drie prospectieve onderzoeken werd een verband gevonden tussen een (idiopathisch) verminderd reukvermogen en het ontstaan van de

ziekte van Parkinson. In een onderzoek onder 78 familieleden van patiënten met de ziekte van Parkinson werd gedurende een follow-up van 2 jaar bij 4 van de 40 met idiopathische hyposmie de diagnose ziekte van Parkinson gesteld, terwijl geen van de 38 familieleden zonder hyposmie de ziekte ontwikkelde [Ponsen 2004]. In een prospectief onderzoek gedurende 4 jaar bij patiënten met idiopathische hyposmie (n = 30) werd bij 7% kenmerken van de ziekte van Parkinson gevonden [Haehner 2007]. Deze bevindingen worden ondersteund door de resultaten van een cohortonderzoek (n = 2267) waarin ook een groter risico op de ziekte van Parkinson werd gevonden bij patiënten met een verminderd reukvermogen in vergelijking met patiënten zonder (of met enig) verlies van reukvermogen [Ross 2008].

Conclusie: er zijn aanwijzingen gevonden dat patiënten met idiopathische hyposmie al dan niet in combinatie met het vóórkomen van de ziekte van Parkinson in de familie een groter risico op de ziekte van Parkinson hebben.

21 Moeheid

Afhankelijk van de omschrijving en meetmethode van moeheid rapporteert een derde tot de helft van de patiënten met de ziekte van Parkinson deze klacht. Hoewel depressieve klachten, motorische stoornissen, geneesmiddelgebruik (dopamine-agonisten, levodopa), slaapproblemen en duur van de ziekte een rol kunnen spelen, is soms geen aanwijsbare oorzaak voor de moeheid te vinden [Beiske 2010a, Beiske 2010b, Goulart 2009, Okuma 2009].

22 Geneesmiddelkeuze bij motorische symptomen

Bij de keuze van een bepaald geneesmiddel bij de ziekte van Parkinson spelen verschillende factoren een rol zoals: klinische verschijnselen, leefstijl, functiebeperkingen, levensverwachting, effectiviteit van de geneesmiddelen, bijwerkingenprofiel en de voorkeur van de patiënt na informatievoorziening over de korte- en langetermijneffecten van de verschillende geneesmiddelen. In de ongecompliceerde fase van de ziekte van Parkinson (uni- of bilateraal beeld zonder bewegingsklachten) geven dopamine-agonisten minder motorische complicaties en hyperkinesieën dan levodopa, echter met een trend naar minder effectiviteit en ten koste van meer bijwerkingen. Er zijn geen significante verschillen in effectiviteit of bijwerkingen tussen dopamine-agonisten en MAO-B-remmers tijdens de ongecompliceerde fase van de ziekte van Parkinson, voor zover het de vertraging van motorische complicaties betreft. Agonisten lijken effectiever dan MAO-B-remmers in het uitstellen van de behoefte aan levodopa. Volgens de huidige inzichten is er (ongeacht de leeftijd) echter geen reden het voorschrijven van levodopa uit te stellen bij onvoldoende effect of bijwerkingen van andere toegepaste middelen of bij oudere patiënten die in het dagelijks functioneren door motorische stoornissen worden beperkt [Odekerken 2009, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 66-69].

23 COMT-remmers

COMT-remmers (entacapon, tolcapon), die de afbraak van levodopa remmen en de beschikbaarheid verhogen, worden in een later gecompliceerd stadium van de ziekte voorgeschreven als sprake is van voorspelbare responsfluctuaties (wearing off). Entacapon is de COMT-remmer van eerste keus. Wees bij gebruik van COMT-remmers alert op mogelijke interactie met ijzerpreparaten (doseringinterval van ten minste twee à drie uur aanhouden) [Informatorium Medicamentorum 2011, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 76-79].

24 Apomorfine

Subcutane toediening van de dopamine-1- en -2-receptoragonist apomorfine kan worden inge-

zet bij de behandeling van onvoorspelbare off-perioden bij patiënten met de ziekte van Parkinson in de gecompliceerde fase (bilaterale symptomen met evenwichtsstoornissen). Indien deze perioden weinig frequent zijn worden intermitterende injecties toegepast. Indien deze frequent optreden (als richtlijn > 5 keer per dag) wordt het middel continu per pomp toegediend. Vaak wordt tevens domperidon gestart ter voorkoming van de bijwerking misselijkheid. Vanwege de complexiteit van de behandeling en de eventuele bijwerkingen vindt instelling op apomorfine klinisch en uitsluitend in centra met expertise op dit gebied plaats [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 83-85].

25 Intraduodenale infusie

Continue intraduodenale infusie van levodopa/carbidopa via een PEG-sonde als monotherapie verbetert mogelijk bestaande responsfluctuaties en is wellicht even veilig als orale therapie met levodopa bij patiënten met de ziekte van Parkinson. Deze infusie gaat echter wel gepaard met een risico op complicaties gerelateerd aan het gebruik van een PEG-sonde (lekkage of verstopping) [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 86-88].

26 Diepe hersenstimulatie

Bilaterale stimulatie van de nucleus subthalamicus wordt door de behandelend neuroloog en neurochirurg overwogen bij patiënten met onder andere gevorderde stadia van de ziekte van Parkinson en ernstige responsfluctuaties of dyskinesieën die ondanks optimale aanpassing van de parkinson-medicatie persisteren. Diepe hersenstimulatie is het best onderzocht en lijkt het meest effectief in vergelijking met het gebruik van apomorfine of intraduodenale levodopa/carbidopa infusie, maar is door contra-indicaties niet altijd mogelijk [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 112-119].

27 Parkinsonisme en fietsen

Mogelijk kan het vermogen nog te kunnen fietsen differentiëren tussen de ziekte van Parkinson en parkinsonisme. In een prospectief cohortonderzoek (n = 156) onder patiënten met nog niet goed te duiden parkinsonsymptomen werd bij aanvang van het onderzoek geregistreerd of de patiënt nog kon fietsen. Na een follow-up van 3 jaar werd vastgesteld of uiteindelijk sprake was van de ziekte van Parkinson of parkinsonisme. Van de patiënten met parkinsonisme had 51% bij aanvang fietsproblemen, versus 4% van de patiënten met de ziekte van Parkinson. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat bij patiënten met de ziekte van Parkinson de zijwaartse stabiliteit en het vermogen in een rechte lijn te lopen beter intact blijven dan bij patiënten met parkinsonisme [Aerts 2011].

28 UK PDS Brain Bank Criteria

Zekerheid over de diagnose ziekte van Parkinson kan alleen worden verkregen door (post mortem) neuropathologisch onderzoek waarbij Lewy lichaampjes en degeneratie van dopaminerge neuronen worden aangetroffen. Goed opgezet onderzoek naar de diagnostische waarde van de anamnese en lichamenlijk onderzoek in de huisartsenpraktijk is niet voorhanden. In een onderzoek waarin de bevindingen van pathologisch onderzoek van de hersenen van 100 patiënten werd vergeleken met de diagnose ziekte van Parkinson gesteld door een neuroloog, bleek de diagnose bij 76 juist gesteld. Na retrospectieve toepassing van de United Kingdom Parkinson's Disease Society (UK PDS) Brain Bank Criteria bij patiënten bij wie deze onjuist of onvolledig waren toegepast steeg het aantal juist gediagnosticeerde patiënten naar 82% [Hughes 1992]. In een derdelijnsonderzoek van vergelijkbare opzet met 143 patiënten met parkinsonisme werd een positiefvoorspellende waarde van 85% gevonden [Hughes 2002]. De belangrijkste beperking van deze onderzoeken is dat het gese-

lechte patiëntengroepen betrof die retrospectief werden geanalyseerd. De multidisciplinaire richtlijn adviseert neurologen voor de diagnostiek bij een patiënt met de vermoedelijke diagnose Parkinson de UK PDS Brain Bank Criteria te gebruiken. Naast beoordeling van de klachten en verschijnselen aan de hand van de UK PDS Brain Bank Criteria verricht de neuroloog ter uitsluiting van andere oorzaken een MRI-scan en eventueel overig aanvullend onderzoek zoals een DATSPECT-Scan. Laboratoriumonderzoek is niet geïndiceerd. [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 46].

De UK PDS Brain Bank Criteria zijn:

Stap 1. Het diagnosticeren van de ziekte van Parkinson.

Bradykinesie en één van de volgende symptomen:

- rigiditeit;
- rusttremor (4-6 Hz);
- houdings- en balansstoornissen (niet gerelateerd aan primair visuele, cerebellaire, vestibulaire of proprioceptieve stoornissen).

Stap 2. Exclusiecriteria voor de diagnose (idiopathische) ziekte van Parkinson.

Voorgeschiedenis van:

- meerdere beroertes met een stapsgewijze progressie;
- meerdere hoofdtrauma's;
- antipsychotica of dopaminedepletierende geneesmiddelen;
- encephalitis en/of spasmen van de oogspieren (oculogyre crisis), niet medicamenteus geïnduceerd;
- meer dan één aangedaan familielid (als meerdere familieleden zijn aangedaan kan dit duiden op een familiale vorm van de ziekte van Parkinson);
- blijvende remissie;
- negatieve respons op hoge dosis levodopa (als malabsorptie is uitgesloten);
- alleen unilaterale symptomen drie jaar na het begin van de ziekte;
- andere neurologische symptomen: supranucleaire blikparese, cerebellaire symptomen, vroege ernstige autonome stoornissen, voetzoolreflex volgens Babinski, vroege ernstige dementie met taalproblemen, geheugenstoornissen of apraxie;
- blootstelling aan een bekende neurotoxine;
- op beeldvormend onderzoek aanwijzingen voor een hersentumor of communicerende hydrocephalus.

Stap 3. Ondersteunende criteria voor de ziekte van Parkinson (drie of meer criteria zijn vereist).

- aanwezigheid van rusttremor;
- progressief beloop;
- blijvend asymmetrisch beeld ten nadele van de kant waar de ziekte begon;
- uitstekende respons op levodopa;
- ernstige levodopageïnduceerde chorea;
- levodopa respons gedurende minimaal vijf jaar;
- klinisch beloop van minimaal tien jaar.

29 Klinische kenmerken van (atypisch) parkinsonisme

Symptomen die de kans op (atypisch) parkinsonisme vergroten zijn:

- duidelijke houdingsinstabiliteit, tekenen van freezing of hallucinaties die binnen drie jaar na het ontstaan van de eerste symptomen van het hypokinetisch-rigide syndroom optreden;
- dementie, optredend in het eerste jaar, of voordat de motorische symptomen optreden (kan duiden op lewylichaampjesdementie);
- (supranucleaire) blikparese (bij progressieve supranucleaire paralyse);
- ernstige autonome stoornissen, niet-medicatiegerelateerd, binnen drie jaar na ontstaan van de eerste symptomen van het hypokinetisch-rigide syndroom [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 33].

30 Redenen voor verwijzing

Omdat de diagnose ziekte van Parkinson of parkinsonisme in de beginfase lastig te stellen is en de huisarts weinig ervaring heeft met de behandeling wordt geadviseerd patiënten met tekenen van de ziekte van Parkinson te verwijzen naar een neuroloog met parkinsonspecifieke kennis. Hoewel er geen behandelingen beschikbaar zijn die de aandoening kunnen genezen of het beloop ervan kunnen vertragen, hebben patiënten vaak behoefte aan duidelijkheid over de diagnose en het beleid, ook met betrekking tot de aanpak van de ziekte van Parkinson gerelateerde aandoeningen en functiebeperkingen. Daarom beveelt de multidisciplinaire richtlijn aan patiënten bij wie de huisarts de ziekte van Parkinson of parkinsonisme vermoedt laagdrempelig en binnen een redelijke termijn van zes weken naar een neuroloog te verwijzen [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 33].

31 Palliatieve fase van de ziekte van Parkinson

De palliatieve fase bij patiënten met de ziekte van Parkinson is niet precies aan te geven omdat ook de vroege behandeling gericht is op het verminderen van klachten en verbeteren van de kwaliteit van leven. De NICE richtlijn Parkinson's disease: national clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care (www.nice.org.uk/nicemedia/live/10984/30087/30087.pdf) noemt onder andere de volgende criteria: patiënt tolereert adequate dopaminerge behandeling niet, komt niet (meer) in aanmerking voor chirurgische behandeling en heeft gevorderde comorbiditeit. Vaak zal het gaan om patiënten die ernstig geïnvalideerd zijn en verpleegkundige zorg behoeven.

32 Controlebeleid door de huisarts

Hoewel de multidisciplinaire richtlijn geen advies geeft over een controlebeleid voor de huisarts is de werkgroep van mening dat afhankelijk van bijkomende problemen of aandoeningen en de behoefte van de patiënt en zijn naasten, een minimale controlefrequentie van eenmaal per jaar gerechtvaardigd is. Overwegingen die hierbij een rol hebben gespeeld zijn dat bij patiënten met de ziekte van Parkinson vaak sprake is van polyfarmacie, comorbiditeit en in het beloop van de ziekte aan Parkinson gerelateerde aandoeningen ontstaan. Jaarlijkse beoordeling van deze aspecten bevordert volgens de werkgroep de kwaliteit en continuïteit van zorg en biedt de mogelijkheid om indien nodig aanvullende diagnostiek te doen of het beleid in samenwerking met de neuroloog en/of parkinson-verpleegkundige aan te passen.

33 Verwijzing naar gespecialiseerde hulpverlener

Voor de onderbouwing van de effectiviteit van de behandeling of consultatie van andere zorgverleners wordt verwezen naar de multidisciplinaire richtlijn. Bij voorkeur verwijst de huisarts naar een hulpverlener met parkinsonspecifieke kennis [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010]. Hiervoor kan het ParkinsonNet worden geraadpleegd waarin regionale netwerken van zorgverleners worden vermeld die gespecialiseerd zijn in het behandelen en begeleiden van patiënten met de ziekte van Parkinson of daarop lijkende aandoeningen (parkinsonismen).

34 Geneesmiddelen bij de ziekte van Parkinson

[Tabel 3] benoemt de meest gebruikte geneesmiddelen bij motorische symptomen van de ziekte van Parkinson, de belangrijkste bijwerkingen en interacties. De bijwerkingen en interacties zijn gebaseerd op het Farmacotherapeutisch Kompas en Informatarium Medicamentorum [Commissie Farmaceutische Hulp 2010].

35 Diagnostiek depressieve symptomen

Zie voor de diagnostiek van depressieve symptomen de NHG-Standaard Depressieve stoornis. Van

Tabel 3 De meest gebruikte geneesmiddelen bij motorische symptomen van de ziekte van Parkinson, de belangrijkste bijwerkingen en interacties

Geneesmiddelgroep/ indicatie	Preparaten/werking	Bijwerkingen	Interacties
Dopamine-agonisten Indicatie: Functionele beperkingen bij ongecompliceerde ziekte van Parkinson. 1e keus bij patiënten jonger dan 40 jr. Zie voor beschrijving effectiviteit de MDR pag. 56.	Pramipexol Ropinirol Rotigotine (pleister) aan ergotamine verwante middelen: bromocriptine, pergolide (niet 1e keus ivm bijwerkingen) Werking: stimulatie van dopaminerge receptoren van het striatum.	Misselijkheid, braken, dyskinesieën, orthostatische hypotensie, duizeligheid, obstipatie, verwardheid, (visuele) hallucinaties, slaperigheid, slapeloosheid, plotselinge slaapaanvallen, oedeem. Impulscontrolestoornis: hyperseksualiteit, gok-, medicatie- en koopverslaving. Bromocriptine en pergolide: hartklepafwijkingen, pericardiale effusie, peritoneale effusie en fibrose.	Antipsychotica en anti-emetica (metoclopramide) kunnen de werking van dopamine-agonisten tegengaan (clozapine en domperidon kunnen wel worden toegepast). Cimetidine kan de pramipexolspiegel verhogen. Alcohol en andere sederende stoffen kunnen het risico op plotselinge slaapaanvallen vergroten.
Levodopa Indicatie: Functionele beperkingen bij ongecompliceerde ziekte van Parkinson. Levodopa met gereguleerde afgifte heeft een plaats bij patiënten met hinderlijke off klachten 's nachts of gedurende de vroege ochtenduren. Zie voor beschrijving van de effectiviteit de MDR pag. 54.	Levodopa/carbidopa Levodopa/benserazide Werking: Levodopa wordt in het lichaam omgezet tot dopamine. Levodopa passeert in tegenstelling tot dopamine de bloed-hersenbarrière en kan zo de hoeveelheid dopamine verhogen in hersengebieden met een dopaminedeficiëntie. Toevoeging van een perifere decarboxylaseremmer (carbidopa, benserazide) verhindert de omzetting van levodopa tot dopamine buiten de bloed-hersenbarrière en verlaagt de kans op 'perifere' bijwerkingen (hypotensie, misselijkheid).	In begin: orthostatische hypotensie, maag-darmstoornissen, voorbijgaande flushing. Na enige tijd: responsfluctuaties, peak-dose hyperkinesieën, dyskinesieën, freezing, wearing off, psychische stoornissen (slaperigheid, plotselinge slaapaanvallen, verwardheid, hallucinaties, agitatie).	IJzerzouten kunnen de absorptie verminderen: levodopa 2 uur voor ijzer innemen.
MAO-B-remmers Indicatie: Lichte functionele beperkingen bij ongecompliceerde ziekte van Parkinson. Selegiline heeft vanwege het amfetamine-effect ook een plaats bij de behandeling van slaperigheid en inactiviteit overdag. Zie voor beschrijving van de effectiviteit de MDR pag. 59.	Selegiline Rasagiline Werking: MAO-B-remmers zijn selectieve, irreversibele remmers van het enzym monoamineoxidase-B dat dopamine in de hersenen afbreekt.	Droge mond, duizeligheid, hallucinaties, dyskinesie, orthostatische hypotensie, slapeloosheid. Rasagiline: hoofdpijn, griepachtige klachten, angina pectoris, depressie, soms CVA, myocardiinfarct.	In verband met het risico op een serotoninesyndroom selegiline niet combineren met SSRI's, pethidine, tramadol en dextromethorfan (hoestdempend middel). Combinatie met fenylefrine kan bloeddrukstijging veroorzaken. Gelijktijdig gebruik van centraaldempende stoffen en alcohol wordt ontraden.
N-methyl-D-aspartaat antagonist Indicatie: Lichte functionele beperkingen bij ongecompliceerde ziekte van Parkinson Zie voor beschrijving effectiviteit de MDR pag. 60.	Amantadine Werking: Amantadine heeft zowel dopaminerge als zwak anticholinerge eigenschappen.	Misselijkheid, duizeligheid, wazig zien, droge mond, rash, ataxie en slapeloosheid, enkeloedeem en livedo reticularis van de benen (marmerachtige verkleuring van de huid), zelden verwardheid en psychotische episoden.	Bijwerkingen van geneesmiddelen met een anticholinerge werking en het effect van centraal stimulerende middelen kunnen worden versterkt.

belang hierbij is dat de patiënt in de on-fase wordt beoordeeld omdat er bij een milde depressie overlap kan zijn met de motorische symptomen van de ziekte van Parkinson zoals motorische vertraging, mimiekarmoede en bradyfrenie. De diagnostiek kan lastig zijn omdat depressieve symptomen in combinatie met cognitieve stoornissen kunnen voorkomen. In de MDR zijn de criteria voor depressie gebaseerd op de DSM-IV-TR-criteria die overeenkomen met de criteria van de NHG-Standaard.

Daarnaast worden de depressie schalen (HAM-D, MADRS, BDI) geadviseerd [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 49, 50]. Bij twijfel aan de diagnose depressie is verwijzing voor aanvullende diagnostiek zinvol.

36 Effectiviteit antidepressiva

Er is onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van antidepressiva bij de behandeling van depressie bij patiënten met de ziekte van Parkinson. Daarom is

beoordeling en eventuele aanpassing van de geneesmiddelen die gebruikt worden bij de ziekte van Parkinson van primair belang. Vooral bij ouderen en bij cognitieve stoornissen kunnen tricyclische antidepressiva een negatief effect hebben op het cognitief functioneren. Extrapiramidale bijwerkingen kunnen (vooral bij ouderen) optreden bij SSRI's met een lange eliminatiehalfwaardetijd, zoals fluoxetine. Mogelijk heeft cognitieve gedragstherapie enig effect [Kwaliteitsinstituut

voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 92-9].

37 Diagnostiek bij dementie

Voor de symptomen die kunnen wijzen op dementie verwijzen we naar de gelijknamige NHG-Standaard. Dementie die al voor of binnen één jaar na het ontstaan van motorische symptomen ontstaat kan wijzen op lewylichaampjesdementie. De diagnose dementie bij patiënten met de ziekte van Parkinson berust op de volgende criteria:

- de diagnose ziekte van Parkinson volgens de UK PDS Brain Bank Criteria;
- progressieve cognitieve stoornissen in twee of meer domeinen: geheugenstoornissen, aandacht (vijf keer het getal zeven aftrekken beginnend bij honderd, maanden in omgekeerde volgorde opnoemen), uitvoerende functies, visuospatieële functies (klok-, kubus-, pentagram tekenen, herkenning van voorwerpen);
- beperkingen in het dagelijks functioneren door de cognitieve stoornissen en niet door motorische stoornissen of autonome disfunctie);
- Aanwezigheid van één of meer symptomen zoals visuele hallucinaties, wanen, agitatie, overmatige slaperigheid overdag, depressieve symptomen, angst of apathie maakt de diagnose waarschijnlijker [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 49, appendix 3].

Voor de beoordeling van het geheugen en de cognitieve functies kan de MMSE worden gebruikt. Er zijn echter aanwijzingen dat de MMSE minder sensitief is voor het opsporen van cognitieve stoornissen en dementie bij patiënten met de ziekte van Parkinson [Kulisevsky 2009]. Om dit te ondervangen kan het afkappunt worden verhoogd naar 25 tot 26, wat echter ten koste gaat van de specificiteit. Als alternatief voor het gebruik van de MMSE beveelt de multidisciplinaire richtlijn de Scales for the Outcome of Parkinson's disease COGnition (SCOPA-COG) aan. Deze schaal is geconstrueerd voor gebruik bij de ziekte van Parkinson en is gevalideerd en genormeerd voor verschillende taalgebieden [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 48]. De SCOPA-COG schaal is beschikbaar op www.scopa-propark.eu. Voor de

huisarts is het gebruik van MMSE in de praktijk echter een praktisch en bekend meetinstrument. Indien na screening met de MMSE (of de SCOPA-COG) nog twijfel bestaat over de aan- of afwezigheid van cognitieve functiestoornissen, of over de aard of ernst ervan, verdient het aanbeveling te verwijzen voor een neuropsychologisch onderzoek.

38 Acetylcholinesteraseremmers

De multidisciplinaire richtlijn stelt dat de behandelend specialist acetylcholinesteraseremmers alleen dient voor te schrijven als de patiënt met de ziekte van Parkinson voldoet aan de internationaal hiervoor geaccepteerde criteria voor (de behandeling van) dementie [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 101].

39 Antipsychotica

Voor de behandeling van een psychose adviseert de multidisciplinaire richtlijn een stapsgewijze aanpak. Indien aanpassing van de geneesmiddelen geen effect sorteert of niet mogelijk is, heeft clozapine een plaats. Omdat er kans bestaat op de ernstige bijwerking granulocytopenie of agranulocytose is vooraf en gedurende de behandeling intensieve controle van het bloed noodzakelijk. Behandeling met rivastigmine komt in aanmerking als een psychose voorkomt in combinatie met dementie. Bij patiënten met de ziekte van Parkinson is het voorschrijven van typische antipsychotica (bijvoorbeeld haloperidol) in alle gevallen gecontra-indiceerd, vanwege een hoog risico op toename van de motorische parkinsonverschijnselen. Dit geldt ook voor het atypisch antipsychoticum risperidon [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 98, 99].

40 Onderbouwing adviezen overige symptomen

De beschreven belangrijkste aandachtspunten bij de overige symptomen zijn op basis van *expert opinion* en consensus tot stand gekomen. In de multidisciplinaire richtlijn is ter onderbouwing geen systematisch literatuur onderzoek verricht. Voor een volledig overzicht van de aanbevelingen en de

argumentatie verwijzen we naar de multidisciplinaire richtlijn [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010].

41 Valincidenten

Zie de Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie www.cbo.nl/Downloads/389/valrichtlijn2004.pdf.

42 Nycturie

Bij nycturie kunnen adviezen (minder vochtinnamen en vermijden van alcohol- en koffiegebruik 's avonds, urinaal en po-stoel naast bed, condoomkatheter) mogelijk een oplossing bieden. Indien deze adviezen geen oplossing bieden kan desmopressine voor de nacht overwogen worden. Voorzichtigheid is geboden bij oudere patiënten en cognitieve stoornissen in verband met de mogelijke bijwerkingen (verslechtering cognitieve, vochtretentie, hyponatriëmie) [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 142].

43 Adviezen bij orthostatische hypotensie

De multidisciplinaire richtlijn noemt de volgende leefstijladviezen bij orthostatische hypotensie: verhoging van het hoofdeinde van het bed, bloed-drukverhogende manoeuvres (zie ook NHG-Standaard Duizeligheid), verhoging van de inname van vocht en zout, overweeg steunkousen bij enkel of pretibiaal oedeem [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 144].

44 Zorg in de eindfase van de ziekte van Parkinson

De aanbevelingen zijn gebaseerd op de aanbevelingen van de multidisciplinaire richtlijn [Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 2010; pagina 166 aanbeveling 6-2, pagina 186 aanbeveling 11-3]. In de terminale fase van de ziekte kan verandering of stoppen van de medicatie wenselijk zijn door verandering van de effectiviteit van de medicatie of het ontstaan van hinderlijke bijwerkingen. In het algemeen is het raadzaam hierover te overleggen met een neuroloog specialist ouderengeneeskunde of het regionaal palliatief team.

LITERATUURLIJST

- 1 Bij verwijzing naar NHG-producten: zie www.nhg.org.
- 2 Abbott RD, Petrovitch H, White LR, Masaki KH, Tanner CM, Curb JD, et al. Frequency of bowel movements and the future risk of Parkinson's disease. *Neurology* 2001;57:456-62.
- 3 Aerts MB, Abdo WF, Bloem BR. The "bicycle sign" for atypical parkinsonism. *Lancet* 2011;377:125-6.
- 4 Alves G, Larsen JP, Emre M, Wentzel-Larsen T, Aarsland D. Changes in motor subtype and risk for incident dementia in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2006;21:1123-30.
- 5 Aronson JK. Meyler's side effects of drugs: the international encyclopedia of adverse drug reactions and interactions. Amsterdam: Elsevier, 2006.
- 6 Beiske AG, Loge JH, Hjermstad MJ, Svensson E. Fatigue in Parkinson's disease: prevalence and associated factors. *Mov Disord* 2010a;25:2456-60.
- 7 Beiske AG, Svensson E. Fatigue in Parkinson's disease: a short update. *Acta Neurol Scand Suppl.* 2010b;(190):78-81.
- 8 Commissie Farmaceutische Hulp. Farmacotherapeutisch Kompas 2011. College voor zorgverzekeringen. www.fk.cvz.nl/.
- 9 Costello S, Cockburn M, Bronstein J, Zhang X, Ritz B. Parkinson's disease and residential exposure to maneb and paraquat from agricultural applications in the central valley of California. *Am J Epidemiol.* 2009;169:919-26.
- 10 De Lau LM, Schipper CM, Hofman A, Koudstaal PJ, Breteler MM. Prognosis of Parkinson disease: risk of dementia and mortality: the Rotterdam Study. *Arch Neurol* 2005;62:1265-9.
- 11 Goulart FO, Godke BA, Borges V, Azevedo-Silva SM, Mendes MF, Cendoroglo MS, et al. Fatigue in a cohort of geriatric patients with and without Parkinson's disease. *Braz J Med Biol Res* 2009;42:771-5.
- 12 Haehner A, Hummel T, Hummel C, Sommer U, Junghanns S, Reichmann H. Olfactory loss may be a first sign of idiopathic Parkinson's disease. *Mov Disord* 2007;22:839-42.
- 13 Hughes AJ, Daniel SE, Kilford L, Lees AJ. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinico-pathological study of 100 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992;55:181-4.
- 14 Hughes AJ, Daniel SE, Ben-Shlomo Y, Lees AJ. The accuracy of diagnosis of parkinsonian syndromes in a specialist movement disorder service. *Brain* 2002;125:861-70.
- 15 Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. Informatorium Medicamentorum. Den Haag: KNMP, 2011.
- 16 Kuks JBM, Snoek JW. Klinische neurologie. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 2007.
- 17 Kulisevsky J, Pagonabarraga J. Cognitive impairment in Parkinson's disease: tools for diagnosis and assessment. *Mov Disord* 2009;24:1103-10.
- 18 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn ziekte van Parkinson (2010). www.cbo.nl/Downloads/880/rl_parkinson_10.pdf Geraadpleegd in januari 2010.
- 19 McDonnell L, Maginnis C, Lewis S, Pickering N, Antoniak M, Hubbard R, et al. Occupational exposure to solvents and metals and Parkinson's disease. *Neurology*. 2003;61:716-7.
- 20 NICE. Parkinson's disease. National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care (2006). www.nice.org.uk/nicemedia/live/10984/30087/30087.pdf. Geraadpleegd in januari 2010.
- 21 Nutt JG, Wooten GF. Clinical practice. Diagnosis and initial management of Parkinson's disease. *N Engl J Med* 2005;353:1021-7.
- 22 O'Sullivan SS, Evans AH, Lees AJ. Dopamine dysregulation syndrome: an overview of its epidemiology, mechanisms and management. *CNS Drugs* 2009;23:157-70.
- 23 Odekerken VJ, Post B, Verschuur CV, De Bie RM. Vroege behandeling met levodopa bij de ziekte van Parkinson. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153:A286.
- 24 Okuma Y, Kamei S, Morita A, Yoshii F, Yamamoto T, Hashimoto S, et al. Fatigue in Japanese patients with Parkinson's disease: a study using Parkinson fatigue scale. *Mov Disord* 2009;24:1977-83.
- 25 Ponsen MM, Stoffers D, Booij J, Van Eck-Smit BL, Wolters EC, Berendse HW. Idiopathic hyposmia as a preclinical sign of Parkinson's disease. *Ann Neurol* 2004;56:173-81.
- 26 Ross GW, Petrovitch H, Abbott RD, Tanner CM, Popper J, Masaki K, et al.

- Association of olfactory dysfunction with risk for future Parkinson's disease. *Ann Neurol* 2008;63:167-73.
- 27 Samii A, Nutt JG, Ransom BR. Parkinson's disease. *Lancet* 2004;363:1783-93.
 - 28 Schrag A, Banks P. Time of loss of employment in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2006;21:1839-43.
 - 29 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2008.
 - 30 Van de Warrenburg BPC, Snijders AH, Munneke M, Bloem BR. Loopstoornissen door neurologische aandoeningen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2007;151:395-400.
 - 31 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
 - 32 Visser M, Marinus J, Bloem BR, Kisjes H, Van den Berg BM, Van Hilten JJ. Clinical tests for the evaluation of postural instability in patients with parkinson's disease. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:1669-74.
 - 33 Williams-Gray CH, Foltynie T, Brayne CE, Robbins TW, Barker RA. Evolution of cognitive dysfunction in an incident Parkinson's disease cohort. *Brain* 2007;130:1787-98.

Bij de NHG-Standaard Ziekte van Parkinson

De Farmacotherapeutische Richtlijn over de ziekte van Parkinson is uitgebreid tot een NHG-Standaard met aandacht voor niet-medicamenteuze adviezen. Het op medicatie instellen van de patiënt blijft het werk van de specialist. Naast de symptomen die bij de ziekte kunnen voorkomen, hebben de medicijnen vaak bijwerkingen die bijna evenveel hinder geven als de aan-
doening. Om daarover duidelijkheid te krijgen zal de huisarts regelmatig moeten overleggen met de behandelend neuroloog of, indien beschikbaar, een parkinsonverpleegkundige.

SAMENWERKING MET DE NEUROLOOG

Uit de Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) TIA/CVA uit 2004 zijn enkele aandachtspunten te destilleren voor de bespreking met de regionale neuroloog, die ook bruikbaar zijn voor de patiënt met de ziekte van Parkinson. Het gaat om:

- de werkwijze van de huisarts bij de verwijzing naar de neuroloog;
- de toegangstijd tot de polikliniek;
- het optimaliseren van de begeleiding bij comorbiditeit, vooral het cardiovasculair risicomanagement;
- het vervolgtraject voor de controles;
- eventueel het revalidatietraject;
- de inzet van andere eerstelijns hulpverleners;
- de communicatie en vooral de onderlinge telefonische bereikbaarheid van huisarts en neuroloog.

SAMENWERKING MET ANDEREN

Naast de samenwerking met de tweede lijn zijn er ook veel hulpverleners in de eerstelijns betrokken bij een Parkinsonpatiënt, zoals thuiszorg, fysiotherapeut, apotheker en ergotherapeut. Het is zinvol ook met hen afspraken te maken om de patiënt zo optimaal mogelijk te laten functioneren.

Bij veel ziekenhuizen kan een parkinsonverpleegkundige worden geraadpleegd als zich vragen voordoen. Het ParkinsonNet (www.parkinsonnet.nl) is in het leven geroepen om zowel patiënten als (huis)artsen te informeren over de beschikbaarheid van deskundige

zorgverleners in de regio. Momenteel zijn in alle regio's van Nederland in de ziekte van Parkinson gespecialiseerde zorgverleners, zoals neurologen en parkinsonverpleegkundigen, te vinden.

Behalve de neuroloog en parkinsonverpleegkundige worden in de standaard nog andere hulpverleners genoemd die betrokken zijn bij de parkinsonpatiënt. Denk aan apotheker, fysio-, ergo- en cesartherapeut, logopedist, diëtiste en thuiszorgmedewerkers.

Bij de samenwerking met de apotheker gaat het om:

- Welke voorlichting geven huisarts en apotheker en hoe stemmen ze die voorlichting op elkaar af?
- Welke medicatie en welke toedieningsvormen kiezen huisarts en apotheker bij gelijkwaardige alternatieven?
- Hoe gaan huisarts en apotheker om met het herhalen van deze chronische medicatie en eventuele controles?
- Is er een afspraak over de uitwisseling van gegevens tussen huisarts, apotheker en specialist?
- Bij patiënten met Parkinson is vaak sprake van comorbiditeit. Dan kan de huisarts bij de samenwerking met apothekers een checklist raadplegen in de LESA *Medicatieoverdracht bij ontslag uit het ziekenhuis* (zie www.nhg.org/kennis/richtlijnen/samenwerking). Bij paramedici gaat het vooral om hun bereikbaarheid en inzicht in hun competenties bij de ziekte van Parkinson.

MANTELZORGERS

Met het voortschrijden van de ziekte komt er ook meer druk bij de mantelzorger, die speciale aandacht vraagt. De mantelzorger van een patiënt met de ziekte van Parkinson wordt onvoorbereid voor een groot aantal problemen geplaagd. Dat kan variëren van financiële en organisatorische tot emotionele problemen. In de NHG-PraktijkWijzer *Ouderenzorg* staat een hoofdstuk over de aandachtspunten bij mantelzorgers. Er zijn verschillende screenings- en observatie-instrumenten voor het meten van de belasting van mantelzorgers, zoals de EDIZ (ervaren druk door informele zorg) en de CSI (caregiver strain index). Beide zijn opgenomen in genoemde Praktijk-

Wijzer. Daarin wordt ook aangeraden om samen met de mantelzorger een ondersteuningplan te maken, vergelijkbaar met het zorgbehandelingsplan voor de patiënt. In het ondersteuningsplan staat:

- Welke knelpunten en problemen de mantelzorger ervaart.
- Het doel van de ondersteuning; de beoogde oplossing of het te bereiken resultaat.
- Wat de mantelzorger zelf en de case-manager daarvoor doen.
- Het tijdstip van evaluatie en eventuele bijstelling van het plan.

Informatie over handige producten en domotica vindt u op www.vilatech.nl (zoek in de databank of via 'direct vragen stellen'). Met vragen kunnen patiënten ook terecht op www.parkinson-vereniging.nl. De huisarts kan de NHG-Patiëntenbrief *Ziekte van Parkinson* meegegeven, die een aantal mogelijkheden aanstipt. ■

In H&W is ruimte gereserveerd voor de implementatie van onderwerpen die elders in het nummer worden besproken. Louwrens Boomsma vat de NHG-inbreng samen (l.boomsma@nhg.org).

Acute benauwdheid op de huisartsenpost

BURGENTIE BIJ BENUWDHEID

Benauwdheid of kortademigheid is een subjectieve sensatie van een bemoeilijkte of onaangename ademhaling. Van de algemene bevolking had 8% de afgelopen twee weken last van ademhalingsproblemen.¹ Benauwdheid kan een onschuldige klacht zijn, maar ook een symptoom van respiratoire insufficiëntie, die optreedt bij diverse spoedeisende ziektebeelden. Wanneer een patiënt zich aanmeldt bij de huisartsenpost kan het moeilijk zijn om de aard en daarmee de ernst van de aandoening via de telefoon in te schatten. Daarbij komt dat de dienstdoende doktersassistente en huisarts de patiënt en diens voorgeschiedenis niet kennen. Bij alarmsymptomen, zoals pijn op de borst, bewustzijnsverlies of ernstige kortademigheid, zal de assistente volgens het protocol een (spoed)visite of consult afspreken. Indien de assistente bij benauwdheid twijfelt aan de urgentie is het vaak zinvol dat de huisarts per telefoon verder probeert onderscheid te maken tussen levensbedreigende en andere oorzaken van kortademigheid. Een voordeel hierbij is dat de huisarts tijdens het telefoongesprek een indruk krijgt van de ademfrequentie, bijgeruisen en ernst

Samenvatting

Arnold I. Acute benauwdheid op de huisartsenpost. *Huisarts Wet* 2011;54(7):394-7.

Acute benauwdheid is een veelvoorkomende klacht op de huisartsenpost. Naast somatische aandoeningen zoals een hartinfarct of longembolie komt ook een paniekaanval vaak voor. Dit artikel beschrijft de verschillende diagnoses bij acute benauwdheid en de manier waarop de huisarts het onderscheid kan maken tussen somatische oorzaken en een paniekaanval. Onder de 65 jaar is een paniekaanval de meest voorkomende verklaring van benauwdheid, na luchtweginfecties en astma/COPD. De eerste paniekaanval treedt meestal op voor het dertigste jaar – een eerste paniekaanval na het 65ste jaar is zeldzaam. Bij de triage op de huisartsenpost is van belang dat de doktersassistente benauwdheid via de telefoon soms moeilijk kan beoordelen. Daarom is vaak een klinische beoordeling van de huisarts nodig. Kenmerkend voor patiënten met een paniekaanval op de spoedeisende hulp is dat zij vooral een onbehaaglijk gevoel hebben en geen angst. Daarnaast gaan symptomen als hartkloppingen en benauwdheid niet gepaard met afwijkende bevindingen bij het lichamelijk onderzoek of een verlaagde zuurstofsaturatie. De eerste behandeling van een paniekaanval bestaat vooral uit uitleg en advies. Intensievere behandeling, zoals cognitieve gedragstherapie of het voorschrijven van antidepressiva, is een taak voor de eigen huisarts.

Vrijdagavond op de huisartsenpost

Om 22.15 uur meldt de heer Stalenhoef, 34 jaar, zich aan de telefoon bij de doktersassistente van de huisartsenpost. Hij vertelt hijgend dat hij plotseling erg benauwd is geworden en moeilijk ademhaalt. De assistente stelt hem enkele vragen en de heer Stalenhoef antwoordt dat hij sinds ongeveer een half uur klachten heeft van kortademigheid met daarbij hartkloppingen, een stekende pijn op de borst en zweten. Hij dringt aan op een spoedvisite, want hij is bang dat hij een hartaanval heeft en hij is op dat moment alleen. De doktersassistente raadpleegt het triagesysteem, maar twijfelt eraan of zij op grond van de klachten een visite met urgentie 1 moet afspreken. Zij overlegt met de regiearts en vraagt haar om het telefoongesprek over te nemen voor een verdere beoordeling.

De regiearts neemt het telefoongesprek over en stelt enkele vragen over kortademigheid en risicofactoren voor hart- en vaatziekten. De heer Stalenhoef vertelt dat hij deze klachten vaker heeft gehad tijdens een periode van stress op het werk, nu twee jaar geleden. De klachten zijn toen spontaan verdwenen. Nu ziet hij geen aanleiding en daarom is hij ongerust. De pijn op zijn borst heeft hij sinds twee dagen en deze voelt aan als licht stekend, niet hevig of beklemmend. De klachten zijn niet gerelateerd aan inspanning en in zijn familie komen geen hart- en vaatziekten voor. Hij rookt ongeveer tien sigaretten per dag en gebruikt geen medicatie. De heer Stalenhoef wil graag dat er meteen een dokter langskomt omdat hij bang is dat het aan zijn hart ligt. De regiearts loopt het ABCDE-protocol na en stelt vast dat de heer Stalenhoef dit gesprek met een rustige ademhaling kan voeren en geen symptomen vertoont van ernstige ademnood, hevige pijn of dreigend bewustzijnsverlies. Volgens het ABCDE-protocol heeft de heer Stalenhoef geen acute levensbedreigende problemen die onmiddellijk handelen vereisen (U1). Op grond van de criteria van het Nederlands Triage Systeem komt hij in aanmerking voor beoordeling binnen 1 uur (U2). De regiearts legt dit uit aan de patiënt en biedt hem een consult aan op de huisartsenpost. De patiënt stemt hier mee in.

van de dyspneu. Bij een ernstig benauwde patiënt die vrijwel niet meer kan praten, kan de huisarts zo een hogere urgentie vaststellen dan bij een patiënt die bij de klacht kortademigheid nog een normaal gesprek kan voeren.

De kern

- Via de telefoon is een paniekaanval soms moeilijk te onderscheiden van een ernstige cardiale of pulmonale aandoening. Daarom is vaak een klinische beoordeling nodig.
- Kenmerkend voor een paniekaanval is dat de symptomen, zoals benauwdheid of hartkloppingen, niet gepaard gaan met afwijkende bevindingen bij percussie of palpatie van de thorax.
- Onder de 65 jaar is paniekstoornis de meest voorkomende verklaring van benauwdheid, na pulmonale oorzaken als luchtweginfecties en astma/COPD. De eerste paniekaanval treedt meestal op voor het 30ste levensjaar. De kans op een paniekaanval na het 65ste jaar is klein.
- Kenmerkend voor patiënten met een paniekaanval op de spoedeisende hulp is dat zij vooral een onbehaaglijk gevoel hebben en geen angst.

Het spoedconsult

Na 10 minuten is de heer Stalenhoef aangekomen op de dokterspost en neemt plaats in de wachtkamer. Na enkele minuten meldt hij dat hij zich onwel voelt, waarop de assistente hem direct naar de onderzoekskamer helpt. In de gang zakt hij op zijn knieën en zegt bijna geen adem meer te kunnen halen: 'Straks ga ik nog dood...'. De huisarts ziet echter duidelijke ademhalingsbewegingen en een roze gelaatskleur en besluit daarom de patiënt eerst te onderzoeken in de onderzoekskamer. Bij het onderzoek valt op dat de heer Stalenhoef een gespannen indruk maakt en snel en oppervlakkig ademhaalt. Hij zegt dat het is alsof hij alles op afstand meemaakt en er niet bij is. Hij heeft geen pijn op de borst, maar heeft wel last van trillen en zweten. Zijn hart voelt hij kloppen in zijn keel. De huisarts vraagt hem rustig en langzaam te ademen, en controleert daarna de vitale functies: de ademfrequentie is 16 per minuut, over de longen hoort zij geen dempingen of bijgeruisen, de bloeddruk is RR 165/95 en de pols regelmatig met 82 slagen per minuut. Na enkele minuten voelt de heer Stalenhoef zich weer wat beter. Het stelt hem gerust dat hij goed wordt onderzocht. De huisarts vertelt hem dat er geen aanwijzingen zijn voor een ernstige afwijking aan de longen of het hart. Het bonken van zijn hart wijst niet op een onregelmatige hartslag. Mogelijk ervaart hij zijn eigen hartslag als hartbonken doordat zijn bloeddruk door de spanning iets hoger is. Ze vraagt of hij wel eens vaker een aanval heeft gehad waarbij hij zich erg angstig of onbehaaglijk heeft gevoeld. De heer Stalenhoef vertelt dat hij drie jaar geleden vergelijkbare klachten van benauwdheid heeft gehad, die minder ernstig waren. Zijn huisarts had de klachten indertijd in verband gebracht met een drukke periode op zijn werk, maar nu was er geen duidelijke aanleiding.

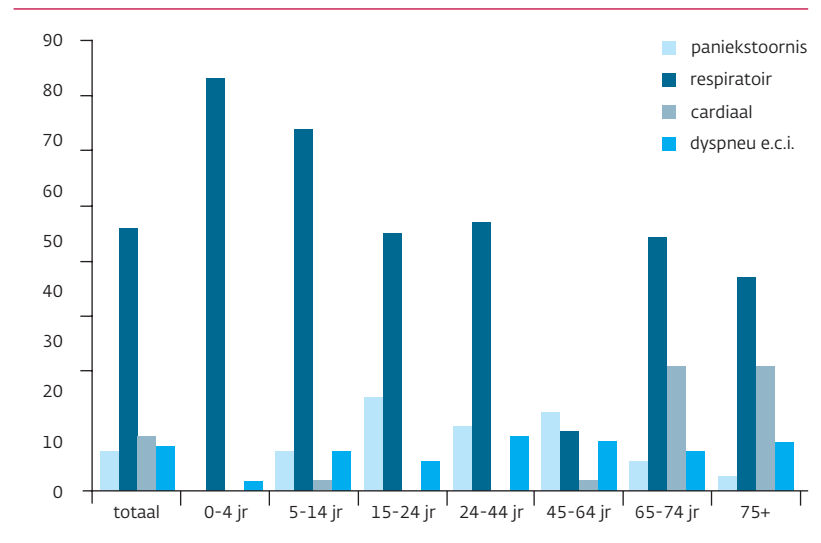
DIAGNOSTIEK BIJ BENUWDHEID

De leeftijd is een belangrijke voorspeller van de uiteindelijke diagnose. In de leeftijdsgroep 25 tot 44 jaar is de einddiagnose van alle patiënten die met benauwdheid bij de huisarts komen bij 54% respiratoir van aard. Bij 13% gaat het om een paniekstoornis en bij vrijwel niemand is er sprake van een cardiale oorzaak.² Bij patiënten ouder dan 75 jaar neemt de kans op een cardiale oorzaak toe tot 25% [figuur].

De indruk bestaat dat op een huisartsenpost de incidentie van acute ernstige oorzaken hoger is door selectie. Hierover zijn in de literatuur geen onderzoeksgegevens te vinden.

Bij de triage is het van belang om signalen van respiratoire insufficiëntie te herkennen en te onderscheiden van niet-levensbedreigende vormen van benauwdheid.³ Ernstige dyspneu kan de doktersassistente via de telefoon vaststellen doordat de patiënt vrijwel niet kan spreken. Andere alarmsymptomen bij benauwdheid die omstanders of medisch personeel kunnen vaststellen zijn het blauw of wit wegtrekken van de huid (cyanose, shock), hijgen (gebruik van hulpademhalingspijpen), een sterk versnelde ademhalingsfrequentie (meer dan 30-40/ minuut), bijgeruisen (piepen, rochelen) of bewustzijnsverlies. Bij de anamnese is vooral de vraag van belang of de patiënt de klachten eerder heeft gehad en of er aanwijzingen zijn voor een pulmonale, cardiale of psychiatrische aandoening. Bij het lichamelijk onderzoek zal de huisarts de benauwdheid proberen te objectiveren door inspectie, percussie en auscultatie van de longen en het hart. Bij afwijkende bevindingen in de anamnese of bij het lichamelijk onderzoek moet de huisarts een somatische verklaring van de benauwdheid overwegen. De differentiële diagnose bij acute kortademigheid is uitge-

Figuur Top 10 van einddiagnoses gerelateerd aan de klacht kortademigheid in de huisartsenpraktijk (voorafkansen in procent per leeftijdsgroep; naar het Transitieproject)²



breid en omvat onder andere pneumonie, pneumothorax, longembolie, hartfalen, acuut coronair syndroom, ritmestoornis en aneurysma aortae. Bij afwijkingen die kunnen wijzen op een levensbedreigende aandoening moet de huisarts onmiddellijk nadere diagnostiek (laten) verrichten of verwijzen voor specialistisch onderzoek en behandeling. Daarbij gaat het om verschijnselen als ernstige dyspneu met intrekkingen, tachypneu, afwijkende percussie of auscultatie van de longen,

Abstract

Arnold I. Acute breathlessness in general practice out-of-hours services. *Huisarts Wet* 2011;54(7):394-7.

Acute breathlessness is a common health problem seen in general practice out-of-hours services, and encompasses not only somatic disorders, such as heart attack and pulmonary embolism, but also panic attacks. This article describes the different diagnoses for acute breathlessness and how general practitioners can distinguish between somatic causes and a panic attack. After airway infections and asthma/chronic obstructive pulmonary disease, panic attack is the most common cause of breathlessness in people younger than 65 years. The first panic attacks usually occurs before the age of 30, and it is rare to see a first panic attack in a person older than 65. During triage, practice assistants should be aware that breathlessness can be difficult to evaluate over the phone, and that clinical evaluation by a general practitioner is often necessary. Patients who go to the emergency department with a panic attack typically feel ill at ease rather than in panic. Symptoms such as palpitations and breathlessness are not accompanied by abnormal findings on physical examination or a lowered oxygen saturation. In the first instance, panic attacks should be treated with advice and explanation. More intensive treatment, such as cognitive behavioural therapy or the prescription of antidepressants, is the task of the patient's own general practitioner.

Paniek aanval

De huisarts vertelt de heer Stalenhoef dat zijn klachten niet wijzen op een ernstige lichamelijke ziekte, maar typerend zijn voor een paniekaanval [**kader**]. Ze legt hem uit dat dit een plotselinge aanval is van hevige angst of een onaangenaam gevoel. Tijdens deze aanval had hij typische klachten van een paniekaanval, zoals benauwdheid, zweten, trillen, het snakken naar adem en het gevoel van onwerkelijkheid. Hoewel de klachten erg angstaanjagend kunnen zijn is een paniekaanval geen uiting van een ernstige lichamelijke ziekte. De lichamelijke symptomen tijdens een paniekaanval passen eerder bij iemand die in een levensbedreigende situatie verkeert en klaar staat om te vechten of te vluchten. Ze vraagt of de heer Stalenhoef kan instemmen met haar verklaring en gaat na of hij voldoende gerustgesteld is. Hij zegt dat hij zich goed herkent in de beschrijving van een paniekaanval, maar dat hij niet weet hoe hij een aanval kan voorkomen. Hij vraagt zich bezorgd af of hij plotseling weer een hevige aanval kan krijgen terwijl hij bijvoorbeeld alleen thuis is of autorijdt. De huisarts vertelt hem dat de angst voor een aanval weer nieuwe klachten kan oproepen. Hij kan het beste rustig blijven ademen en bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen doen. Als er toch nieuwe paniekaanvallen optreden is het goed mogelijk om deze te behandelen. Ze adviseert hem om hiervoor zijn eigen huisarts te raadplegen.

hevige pijn op de borst, cyanose, hypotensie, bradycardie of tachycardie. Hypoxie kan men met eenvoudig aanvullend onderzoek vaststellen – bij een meting van de zuurstofsaturatie met pulsoximetrie duidt een saturatie van minder dan 90% op ernstige hypoxie. Een hogere of zelfs een normale saturatie (> 96%) sluit echter potentieel ernstige aandoeningen niet uit, zoals een kleine longembolie of een paroxysmale ritmestoornis.

Indien men bij de anamnese en het lichamenlijk onderzoek geen aanwijzingen vindt voor een organische verklaring van de benauwdheid, dan is de negatief voorspellende waarde hiervan hoog. Dat wil zeggen dat de kans groot is dat er geen ernstige somatische afwijking aanwezig is.³ In dat geval is ook de aanvullende diagnostische waarde van een X-thorax of een ecg beperkt. Met het stijgen van de leeftijd neemt de kans op een cardiale oorzaak echter toe en daarmee stijgt ook de positief voorspellende waarde van aanvullend onderzoek.

PANIEKAANVAL OF -STOORNIS

Een paniekaanval is een kortdurende periode van hevige angst of onbehagen waarbij ook andere klachten optreden, zoals kortademigheid, trillen, zweten of hartkloppingen.^{4,5} De diagnose paniekaanval moet men overwegen als er bij benauwdheid geen alarmsymptomen of objectiveerbare afwijkingen zijn en men bovendien de kortademigheid niet kan verklaren door een somatische aandoening. In het verleden heeft men ook de term hyperventilatie gebruikt voor paniekaanval, maar uit onderzoek blijkt dat een te hoge ademfrequentie geen relatie heeft met de klachten. De reden hiervoor is dat hyperventilatie wel een begeleidend verschijnsel kan zijn bij paniekaanvallen, maar niet de oorzaak is van de klachten.^{2,6}

Als paniekaanvallen vaker optreden en gepaard gaan met beperkingen in het functioneren door vermijding en angst voor een recidief, kan men de diagnose paniekstoornis stellen. Bij een patiënt die zijn klachten duidelijk herkent als een recidief paniekaanval kan men de diagnose via de telefoon stellen. Een bestaande diagnose paniekstoornis sluit echter een cardiale oorzaak niet uit: bij verandering van de klachten is nadere beoordeling op zijn plaats.

Diagnostische criteria (DSM-IV) van paniekaanval, agorafobie en paniekstoornis

Paniekaanval

Een begrensde periode van intense angst of gevoel van onbehagen, waarbij vier (of meer) van de volgende symptomen plotseling ontstaan, die binnen 10 minuten een maximum bereiken:

- hartkloppingen, bonzend hart of versnelde hartactie
- transpireren
- trillen of beven
- gevoel van ademnood of verstikking
- naar adem snakken
- pijn of onaangenaam gevoel op de borst
- misselijkheid of buikklachten
- gevoel van duizeligheid, onvastheid, licht in het hoofd of flauwte
- derealisatie (gevoel van onwerkelijkheid) of depersonalisatie (gevoel los van zichzelf te staan)
- angst de zelfbeheersing te verliezen of gek te worden
- angst dood te gaan
- parethesieën (verdoofde of tintelende gevoelens)
- opvliegers of koude rillingen

Agorafobie

- angst op een plaats of situatie te zijn waaruit ontsnappen moeilijk kan zijn in het geval dat men een paniekaanval krijgt
- de situaties worden vermeden, met angst doorstaan of een begeleider is noodzakelijk

Paniekstoornis (kan voorkomen met of zonder agorafobie)

- recidiverende onverwachte paniekaanvallen
- na ten minste een van de aanvallen was er een maand (of langer) ongerustheid of gedragsverandering gerelateerd aan het krijgen van een aanval

De kans op een paniekaanval is groter als de patiënt eerder een paniekaanval heeft doorgemaakt of bekend is met een psychiatrische diagnose of een actueel psychosociaal probleem.^{7,8} Daarnaast treedt de eerste paniekaanval meestal op voor het 30ste levensjaar en is de kans op een paniekaanval na het 65ste jaar klein.⁵ Vrouwen maken tweemaal zo vaak een paniekaanval mee als mannen.^{7,8}

In de algemene bevolking voldoet 3% van alle mensen aan de diagnose paniekstoornis en kan men in de helft van de gevallen comorbiditeit vaststellen met een psychiatrische diagnose als depressie of hypochondrie.⁷ Precieze cijfers over het voorkomen van paniekaanval op de huisartsenpost zijn niet beschikbaar. Uit gegevens afkomstig van de Eerste (hart)hulp blijkt dat men bij 22 tot 59% de diagnose paniekstoornis stelt.⁸ Twee factoren bemoeilijken de herkenning van een paniekstoornis op de huisartsenpost. Ten eerste gaan de gangbare protocollen en triagesystemen steeds uit van een somatische verklaring voor lichamelijke klachten als benauwdheid, kortademigheid of pijn op de borst. Hierdoor krijgen andere diagnoses als paniekstoornis weinig aandacht. Daarnaast lijken patiënten met een paniekaanval op de Eerste Hulp zich anders te presenteren dan in een psychiatrische setting. Vaak staat niet de angst of paniek op de voorgrond, maar eerder het gevoel van onbehagen ('non fearful panic disorder').⁸ Als men dan niet doorvraagt naar de andere symptomen van een paniekaanval kan men de diagnose missen.

BELEID

Bij benauwdheid is het primair van belang ernstige somatische oorzaken uit te sluiten door een goede anamnese en grondig lichamelijk onderzoek. Via de telefoon is een paniekaanval soms moeilijk te onderscheiden van een ernstige cardiale of pulmonale aandoening.

Bij ernstige klachten, grote ongerustheid of een eerste paniekaanval is het meestal noodzakelijk om de patiënt op de huisartsenpost te beoordelen. Recidieven van een paniekaanval die de patiënt herkent als typisch kan men vaak behandelen met een telefonisch advies. Huisbezoek is alleen noodzakelijk als via de telefoon geen goede diagnose is te stellen en de klachten en ongerustheid hevig zijn. De acute behandeling van een paniekaanval bestaat vooral uit patiëntenvoorlichting over de fysiologische verschijnselen die optreden bij paniek en angst. Bij hevige angst kan de dienstdoende huisarts zo nodig enkele tabletten oxazepam 10 mg voorschrijven en naar de eigen huisarts verwijzen. De huisarts kan een ongecompliceerde paniekstoornis zelf behandelen met patiëntenvoorlichting, gedragsmatige adviezen, antidepressiva of een combinatie hiervan.^{4,9-11} Bij een langdurig beloop of ernstige klachten is een verwijzing geïndiceerd voor bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie door een psycholoog of een andere gespecialiseerde hulpverlener. Dat is echter een taak voor de eigen huisarts van de patiënt. ■

LITERATUUR

- 1 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2004. <http://www.nivel.nl/nationalestudie>.
- 2 Thoonen BPA, Van Weel C. Kortademigheid. In: De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeijer HGLM, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten: bouwstenen voor rationeel probleemoplossen. Tweede herziene druk. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 2005.
- 3 Thoonen BPA, Van Weel C. Kortademigheid. Huisarts Wet 2002;45:414-9.
- 4 Terluin B, Van Heest FB, Van der Meer K, Neomagus GJH, Hekman J, Albers LPJ, et al. NHG-Standaard Angststoornissen. Huisarts Wet 2004;47:26-37.
- 5 Katon WJ. Clinical practice. Panic disorder. N Engl J Med 2006;354:2360-7.
- 6 Hornsvelt HK, Garssen B, Dop MJ, Van Spiegel PI, De Haes JC. Double-blind placebo controlled study of the hyperventilation provocation test and the validity of the hyperventilation syndrome. Lancet 1996;348:154-8.
- 7 Batelaan NM, De Graaf R, Van Balkom AJLM, Vollebergh WAM, Beekman ATF. De epidemiologie van paniek. Tijdschr Psych 2006;48:195-205.
- 8 Kuijpers PMJC, Honig A, Griez EJJ, Braat SHJC, Wellens HJJ. Paniekstoornis bij patiënten met pijn op de borst en palpitations: een onvoldoende onderzoekend verband. Ned Tijdschr Geneesk 2000;144:732-6.
- 9 Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. Cochrane Database Syst Rev 2007, Issue 1. Art. No.: CD004364.
- 10 Neomagus GJH. Helpen bij paniek en vermijding. Huisarts Wet 2001;12:563-6.
- 11 Van Boeijen CA, Van Oppen P, Boeke AJP, Visser S, Kempe PT, Blankenstein AH, et al. Angststoornissen in de eerste lijn vaak goed te behandelen. Huisarts Wet 2007;50:315-20.

Deze nascholing maakt deel uit van de serie 'Acute geneeskunde'. Afleveringen in deze serie verschijnen eens per kwartaal.



Fout geweest...!

Dit stukje, dat u – naar ik hoop – leest onder zomerse omstandigheden, schrijf ik in de maand van de herinneringen aan de oorlog. Ik heb *Der Untergang* en *Schindler's List* weer tot mij genomen en ben dus helemaal in de stemming om uit de kast te komen... Ik was *fout* in de oorlog!

Dat kwam zo. Wij woonden recht tegenover een nonnenklooster, dat door de Duitsers was gevorderd. Ik zie de nonnen nóg met gebogen hoofden als een lange rij pinguïns het gebouw verlaten. Toen de nieuwe bewoners kwamen, stond ik (zes jaar oud) bij het grote toegangshek. Het was een indrukwekkend leger van voertuigen en soldaten, voorafgegaan door de baas van het spul op een paard. Bij het hek hield hij halt en keek mij vanuit de hoogte indringend aan. Vervolgens gaf hij een van de soldaten opdracht mij voor hem op het paard te tillen. Zo reden wij samen het royale grindpad op naar de deur. Ik werd afgeladen en mee naar binnen genomen.

In de grote kamer (waarin ik mij later als misdienaar zou omkleden) liet hij foto's zien van zijn zoontje. De gelijkenis met mij was frappant. Hij heette Heinz, net als zijn vader, en ik Hans. Hij had helblonde krulletjes en blauwe ogen, net als zijn vader en... net als ik. Kortom, *es klickte* en ik was voor de rest van de oorlog zijn *Ersatz Sönchen*. Dat legde mij geen windeieren, want ik

was het enige jongetje in het dorp dat echt snoep had en verder bezat ik alles wat ik nodig had om mij op Heinz' kantoor elke dag opnieuw te vermaken. Mijn moeder was er minder gelukkig mee. Een van de kapsters in haar salon was verloofd met een Duitser, dus wij hadden de vijand in huis. Mij verbieden naar de overkant te gaan was dus geen optie. Wel toonde mijn moeder zich een ware verzetsheldin door elke middag vanaf vijf uur onafgebroken de deur van het klooster (of de kazerne?) in de gaten te houden. Zodra ik daar – elke dag weer! – met een brood onder elke arm uit kwam stappen, rende mijn moeder mij tegemoet om te zeggen dat ik de broden terug moest brengen. Lachend werden deze dan weer ingenomen. Men kon het dagelijkse ritueel wel waarden, kennelijk. Ik begreep het niet helemaal, omdat ik het bewuste brood tussen de middag ook at en daardoor minder trek had in de tulpenbollen die mij thuis, op een bedje van suikerbietensmousse, werden voorgezet. Maar dit terzijde. Enig licht ging bij mij pas branden toen ik met Kerstmis werd uitgenodigd om te blijven voor het diner. Ik kwam daar in een zaal vol zingende (en naar ik nu aanneem zuipende) Duitsers, die allemaal een waanzinnig groot stuk vlees op hun bord hadden liggen. Dat dit van geen kant deugde, begreep zelfs ik. Ik draaide mij om en ben zonder iets te zeggen naar de wacht bij de deur gelopen met de vraag mij eruit te laten.

U zult begrijpen dat deze 'foutmelding' mij enorm heeft opgelucht. Zouden medisch specialisten daar nou nooit eens behoefte aan hebben? Aan gewoon toegeven dat ze een fout hebben gemaakt, of, voor mijn part, dat iets huns ondanks 'fout is gegaan? De vele behandelaren die ik de laatste tijd ontmoet, mijn medische staf zeg maar, melden steeds opnieuw dat ik het niet tref, vooral niet wanneer het om ingrepen door collega's gaat. Ik begon ook al te denken dat ik op de een of andere manier ellende aantrok, maar een terloops groepsgesprek met mijn veertien medepatiënten in de zuurstoftank van het AMC leerde

mij anders. In welk ziekenhuis men ook was of werd behandeld, de lijst met brokken week niet af van die van de anderen, inclusief die van mij. Als ze dat gesprek van vijftien minuten integraal op tv zouden hebben uitgezonden, waren in één klap alle overschrijdingen in de gezondheidszorg verleden tijd. Wonderlijk genoeg voelden wij ons verbonden en tevreden met ons lotgenootschap, terwijl het meer voor de hand had gelegen dat daar de kiem was gelegd voor een opstand waar de Arabische wereld nog wat van kan leren.

De Nederlandse gezondheidszorg is natuurlijk van grote kwaliteit. Ik zou in vrijwel geen ander land in een ziekenhuis durven liggen of een naald in mijn aderen geduwd willen krijgen. Maar waarom gaat er dan toch zo vaak iets fout? De belangrijkste reden is volgens mij de geringe openheid over risico's. Vrijwel geen enkele behandeling of medicatie is zonder risico's. Als daar openheid over zou zijn, heb je het niet meer over een fout, maar over het spijtige feit dat de statistiek in je nadeel is uitgevallen. Dat zou dan ook minder vaak gebeuren, want geconfronteerd met de risico's zouden vele mensen van behandelingen afzien. De tweede reden is de onuitroeibare dadendrang van nogal wat dokters. In veel gevallen zijn twee handen op de rug de beste behandelaren.

De medische wereld vervrouwelijkt. Een goed teken! Veel eigenschappen van een goede arts zijn 'vrouwelijke' eigenschappen. Die kan een man ook hebben, maar de kans dat een vrouw die méér heeft, is in de meeste gevallen groter. ■

Hans van der Voort



hvdvoort@knmg.nl

Kwaliteitsindicatoren vanuit het HIS?

Transparantie over de kwaliteit van zorg is essentieel voor het goed functioneren van het zorgsysteem. Daarom hebben de huisartsenberoepsorganisaties, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorgverzekeraars, het ministerie van VWS en consumentenorganisaties de handen ineengeslagen om één set kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen, onder andere over de zorg voor patiënten met diabetes mellitus, COPD, astma en hart- en vaatziekten.

Overheid en huisartsen willen kwaliteitsindicatoren met minimale inspanning kunnen berekenen, het liefst met één druk op de knop. Technisch gezien kunnen alle indicatorscores op basis van gegevens uit het HIS worden berekend, maar het blijkt voor veel huisartsen moeilijk om kwaliteitsindicatoren aan te leveren. Voor diabetes gaat dat nog het best, waarschijnlijk door de introductie van ketenzorg en integrale bekostiging voor diabetes. In dit artikel gaan we alleen in op de resultaten voor kwaliteitsindicatoren over diabeteszorg.

HAALBAARHEID

Om de haalbaarheid van het verzamelen van kwaliteitsindicatoren te onderzoeken hebben 139 huisartsen een vragenlijst ingevuld die bestond uit de hele set indicatoren. Als het te veel moeite kostte om een indicatorscore aan te leveren (meer dan 5 minuten), mocht het vakje leeg blijven.

Gemiddeld kon tweederde van de indicatorscores over diabeteszorg binnen 5 minuten worden geleverd [figuur 1]. Dat aantal varieerde tussen 35 en 76%, afhankelijk van de indicator. De door de NHG-Praktijkaccreditering® geaccrediteerde praktijken waren over het algemeen beter in staat kwaliteitsindicatoren aan te leveren dan niet-geaccrediteerde praktijken. Om de kwaliteitsindicatoren te berekenen gebruikten de huisartsen verschillende bronnen van informatie. Gemiddeld 76% van de praktijken kon de kwaliteitsindicatoren voor diabeteszorg aan het HIS ontlelen.

GEBRUIK VAN HIS-GEGEVENS

Bij 25 praktijken vergeleken wij de indicatorscores uit de vragenlijst met de scores berekend op basis van uit het HIS geëxtraheerde gegevens. Er bleken grote verschillen te zijn tussen de zelfgerapporteerde indicatorscores en scores berekend op basis van de HIS-gegevens [figuur 2]. De grootste overeenkomst tussen de vragenlijst en HIS-gegevens was bij de indicator 'percentage diabetespatiënten bij wie het HbA1c in het afgelopen jaar is bepaald'. De scores op andere kwaliteitsindicatoren weken in veel praktijken sterk af van de HIS-gegevens.

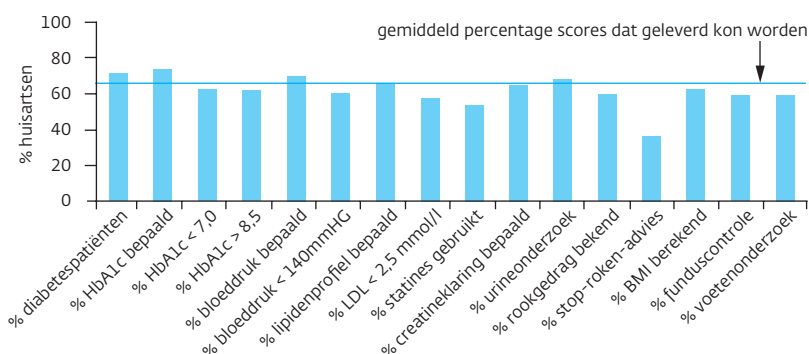
Verschillen in de uitkomsten tussen deze twee bronnen kunnen worden verklaard door een niet-volledige registratie in het HIS en/of doordat huisartsen andere informatiebronnen gebruikten, bijvoorbeeld een andere extractie uit het HIS, een ketenzorg informatiesysteem.

CONCLUSIE

Het lijkt op dit moment niet goed haalbaar om op grote schaal kwaliteitsindicatoren te berekenen op basis van HIS-gegevens. Diabeteszorgindicatoren zijn in dit opzicht nog het geschiktst en zouden een eerste stap kunnen zijn. Mogelijk zal de introductie van integrale bekostiging of andere financiële prikkels voor betere registratie hierin verandering brengen. ■

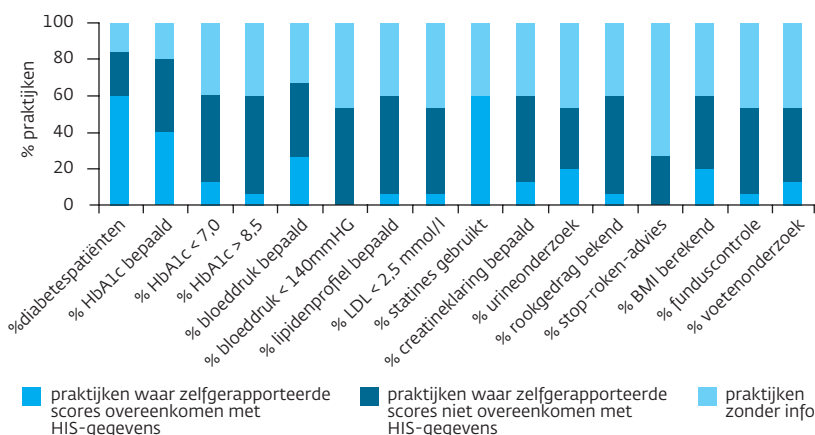
De hier gepresenteerde uitkomsten staan gedetailleerder beschreven in: Stirbu-Wagner I, Spies-Dorgelo M, Witmer JM, Aan het Rot A, Woelders G, De Vries R, et al. Haalbaarheidsstudie indicatoren huisartsenzorg en etalage+-gegevens. Utrecht: NIVEL, 2011. Dit rapport staat op www.nivel.nl

Figuur 1 Percentage huisartsen dat de indicatorscores over diabeteszorg binnen 5 minuten kon berekenen (n = 139)



De titels op de x-as hebben betrekking op de indicatoren voor diabeteszorg, zie voor de volledige lijst <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Eerstelijnszorg/Huisartsenzorg/Meetinstrumenten/Zorginhoudelijke-indicatoren>.

Figuur 2 Percentage praktijken met grote en minder grote verschillen tussen de zelfgerapporteerde scores over diabeteszorg en scores berekend op basis van de HIS-gegevens



Voor indicatoren % diabetespatiënten en % statines gebruikt 100% = 25 praktijken, voor andere indicatoren 100% = 15 praktijken.



'Epidemiologische kennis behoort tot de kroonjuwelen van de huisarts'

Op 19 april aanvaardde Marjolein Berger de leerstoel Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Groningen. In haar inaugurale rede bepleitte zij dat aan de huisartsgeneeskundige kernwaarden 'continue en persoonlijke zorg' ook de 'epidemiologische kennis' wordt toegevoegd. Alleen dan kan de huisarts zorg-op-maat verlenen tijdens een klachtenepisode. Onderstaand is het betreffende deel van de rede voor u samengevat.

DEAR WATSON...

Het team in een huisartsenpraktijk is momenteel uitstekend in staat om de zorg voor chronisch zieken uit te voeren, maar wat kunt u in de toekomst van uw huisarts verwachten? U vult een vragenlijst in op internet, krijgt op basis daarvan een streepjescode en neemt die mee naar de huisartsenvoorziening om de hoek. Daar geeft u de code aan Watson, die soms een receptje uitschrijft dat u kunt afhalen bij de apotheek in de hal, en soms een foldertje met leefstijladviezen meegeeft voor thuis. Soms ook verwijst Watson u naar een kamertje. Er zijn kamertjes voor de beste zorg bij chronische longziekten, bij hartfalen en bij diabetes, om een paar voorbeelden te noemen. En het maakt niet uit of u nu tijdens de lunch langskomt of vrijdagmiddag om vijf voor vijf: Watson blijft altijd vriendelijk. Watson is namelijk een computer.

En waar is de huisarts gebleven? Die voert de regie, beheert de gegevens en geeft deze door aan de zorgverzekeraar. Die controleert of de huisartsenvoorziening wel goede zorg levert: zijn er voldoende lage bloedsuikers, goede longfuncties en normale bloeddrukken?

Zo staan Watson, de huisarts en de zorgverzekeraar ervoor garant dat u de best mogelijke zorg krijgt.

KLOPPEND HART VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE

In dit toekomstscenario is de best mogelijke zorg de zorg met meer voor- dan nadelen en een goedkope versie krijgt de voorkeur boven een duurdere variant.

Met dit in gedachten hebben huisartsen meer dan negentig richtlijnen geschreven; voor de overheid een prachtige kapstok om alleen nog zorg te vergoeden die in deze richtlijnen wordt aanbevolen. Aandacht voor de huisarts-patiëntrelatie is er niet meer, terwijl die toch het kloppend hart van de huisartsgeneeskunde vormt. De kracht daarvan ligt immers in het leveren van optimale, op maat gesneden zorg voor de individuele patiënt.

Het leveren van generalistische, persoonlijke en continue zorg, zie hier de 'kroonjuwelen' van de huisartsgeneeskunde. Maar door het glitteren daarvan wordt een prachtige groeidiament vaak over het hoofd gezien: de epidemiologische kennis van de huisarts en het gebruik daarvan in het contact met de patiënt. Want zonder deze kennis kan nooit optimale zorg aan individuele patiënten worden verleend.

CONTINUÏTEIT VAN ZORG

Vroeger betekende continuïteit dat de zorg 24/7 werd verleend door één huisarts. Dit veronderstelt impliciet een vertrouwensband en bekendheid met de patiënt; twee ingrediënten die de kwaliteit van zorg bevorderen. Immers, onderzoek laat zien dat een vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts leidt tot verbetering van de klachten van de patiënt.

Tegenwoordig betekent continuïteit dat de zorg wordt verleend door één huisartsenvoorziening, compleet met praktijkondersteuners en -assistentes. Is continuïteit dan nog wel een unieke kernwaarde van de huisartsgeneeskunde? Ieder ander specialisme biedt dergelijke 24-uurszorg immers ook.

Het toevoegen van epidemiologische kennis geeft een nieuwe dimensie aan het begrip continuïteit, namelijk dat het gaat om het beloop van een klacht. Gaat deze over of wordt deze erger? Werkt de behandeling? Kan de patiënt nog met zijn klacht omgaan? Om dit beloop te kunnen volgen, moet de huisarts continuïteit van zorg bieden tijdens een klachtenepisode.

BEKENDHEID MET DE PATIËNT

Ook bekendheid met de patiënt en zijn omgeving is tegenwoordig niet meer vanzelfsprekend. Families hebben niet langer een en dezelfde huisarts, de patiënt is mobieler geworden en blijft niet meer levenslang bij dezelfde huisarts en het ontbreekt de huisarts aan tijd om patiënt en omgeving te leren kennen. Maar kenmerken van de patiënt en zijn omgeving beïnvloeden het beloop van de klacht, zo toont epidemiologisch onderzoek aan. Kennis daarvan geeft de huisarts de mogelijkheid het beloop en de impact van een klacht te voorspellen, dus zal ze hier actief naar moeten blijven informeren én tijd moeten investeren om de context van de patiënt te leren kennen.

EEN KIND MET KOORTS...

Ongeveer 1 op de 10 telefoontjes op de huisartsenpost betreft jonge kinderen met koorts. De huisarts ziet meer dan 70% van deze kinderen. De kans op een ernstige infectie is minder dan 1%, maar je wilt als huisarts die ene long- of hersenvliesontsteking niet missen... Helaas is het erg moeilijk om een ernstige infectie in een vroeg stadium te herkennen en hieraan overlijden in Nederland dan ook nog steeds 26 kinderen per jaar. Huisartsen geven daarom uit voorzorg bij een kwart van de kinderen met koorts antibiotica. Maar uit onderzoek blijkt dat bijna de helft van de kinderen met een ernstige infectie géén antibiotica kreeg. Willekeurig preventief voorschrijven voorkomt dus geen complicaties, terwijl je wel een heleboel kinderen onnodig opzadelt met vervelende bijwerkingen.

De huisarts die gebruikmaakt van haar epidemiologische kennis, zou zich realiseren dat ze antibiotica voorschrijft omdat ze onzeker is over de diagnose; de momentopname waarin zij het kind ziet geeft vaak geen mogelijkheden om die onzekerheid te verminderen. Maar deze huisarts weet ook dat het onderscheid tussen ernstig en niet-ernstig in het beloop van de koorts duidelijk wordt. Op basis van dit inzicht kan ze afspreken bij

welke symptomen de ouders opnieuw contact moeten opnemen, of ze kan een vervolgspraak maken om het beloop zelf in de gaten te houden.

Continue zorg tijdens een klachten-episode wordt dan een instrument om zorg-op-maat te kunnen leveren en daarmee de kwaliteit van het handelen van de huisarts te verbeteren. Dan moet de huisarts het kind dus wel terug kunnen zien.

... EN EEN KIND MET BUIKPIJN

Ook het kroonjuweel 'bekendheid met de patiënt' gaat pas glimmen als dit wordt gekoppeld aan epidemiologische kennis. Bij meer dan de helft van de kinderen die met buikpijn naar de huisarts komen, bestaat de klacht langer dan drie maanden. Bij niet-acute buikpijn is de kans heel klein dat hieraan een ernstige aandoening ten grondslag ligt. Maar die ene ziekte van Crohn of colitis ulcerosa wil je als huisarts niet missen... Ook hier weer zijn de symptomen van een ernstige darminfectie niet te onderscheiden van onschuldige klachten en bieden aanvullende tests geen uitkomst.

Het profiel van het kind en zijn omgeving kan wél helpen het onderscheid te maken. Kinderen met niet-specifieke buikpijn komen vaker bij de huisarts en hebben vaker ook andere niet-specifieke klachten zoals hoofdpijn. Bovendien hebben hun ouders vaak óók last van chronische buikklachten. Een huisarts die ouders en kind kent, kan dit allemaal weten. Toch doen huisartsen bij bijna de helft van deze kinderen aanvullend onderzoek.

Kinderen die onzeker zijn over de oorzaak en het beloop van hun buikpijn blijven vaker thuis van school en hebben langer last van hun klachten. Bovendien zoekt een deel van hen heil bij alternatieve geneeswijzen. Of ze gaan naar buikpijn- en poeppoli's, initiatieven uit het ziekenhuis waarvoor je je via internet kunt aanmelden. Na een soms langdurig traject bevestigt de kinderarts dan bij talloze kinderen de diagnose niet-specifieke buikpijn. Maar de kinderarts neemt wél de tijd voor uitleg over oorsprong en beloop van de klacht

en voor begeleiding van kind en ouders.

De huisarts laat hier een kans liggen. Jammer, want gebruik van kennis over het gezin en het beloop van niet-specifieke buikpijn kan wellicht leiden tot minder diagnostiek, een groter welbevinden van het kind én minder consultatie van kinderarts en ziekenhuis.

SAMENWERKING MET DE TWEDE LIJN

De huisarts ziet veel niet-specifieke, somatisch of lichamelijk onverklaarde klachten. Een goede samenwerking met de tweede lijn is nodig om klachtspecifieke continuïteit te kunnen bieden. Voor medisch specialisten geldt: geen ziekte, geen financiering. Die zijn dus geneigd net zo lang door te testen tot ze 'iets' vinden. Bij een kind met chronisch buikpijn heeft dat 'iets' meestal geen relatie met de klacht. Daarom zijn afspraken nodig tussen huisarts en medisch specialist over het beleid bij deze klachten.

ORGANISATIE EN ONDERZOEK

Voor zorg-op-maat is meer nodig dan het jongleren met epidemiologische kennis. De organisatie moet aan vier randvoorwaarden voldoen: de mogelijkheid een patiënt te volgen tijdens een klachten-episode, afspraken met de tweede lijn, tijd om een patiënt en zijn omgeving te leren kennen, en een patiëntendossier waarin relevante informatie over familie en omgeving kan worden opgeslagen en overgedragen. Het is aan de toekomstige huisartsen en de beroepsverenigingen om ervoor te zorgen dat aan deze randvoorwaarden wordt voldaan.

Voor onderzoekers betekent zorg-op-maat dat het steeds weer uitvoeren van cross-sectionele diagnostische onderzoeken misschien niet de kennis oplevert waaraan huisartsen behoefte hebben. Diagnose en prognose zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Prospectief onderzoek naar het ziektebeloop levert vaak meer zinvolle informatie op.

PREVENTIE VERSUS ZORG OP MAAT

Tot op heden was de patiënt degene die het initiatief nam tot een gesprek met

de huisarts. Binnenkort wordt dat anders. U krijgt een uitnodiging van de huisarts voor een PreventieConsult om uw gezondheidsrisico's te bepalen. Voor u op deze uitnodiging ingaat, moet u weten dat als u niet gaat roken of onmiddellijk stopt, u uw kans op overlijden aanzienlijk verlaagt. Als u vanaf nu op de fiets naar uw werk gaat en een paar kilo verliest, verhoogt u uw kans op een gezond leven. Deze leefstijlinterventies leveren veel meer winst op dan het slikken van pillen.

Daarom zou preventie van hart- en vaatziekten vooral een taak van de overheid moeten zijn. Immers, het verbieden van roken in openbare ruimten zal vele malen meer ziekte en sterfte voorkomen dan het geploeter van een huisarts om een handjevol patiënten van het roken af te helpen. Helaas stelt onze minister van Volksgezondheid in haar brief aan de Nederlandse zorgverleners 'Zorg loont' dat ieder individu vrij is in het kiezen van z'n eigen levensstijl. Dus weg met het rookverbod!

Het is goed dat de huisarts haar maatschappelijke verantwoordelijkheid neemt en het PreventieConsult aanbiedt. Maar we weten dat degenen die er het meest baat bij kunnen hebben, het minst geneigd zijn om op zo'n uitnodiging in te gaan. Bovendien, als huisarts moet je je wel realiseren dat het PreventieConsult een maatschappelijk belang dient, en niet het belang van de individuele patiënt. Wél heeft de patiënt belang bij een gesprek over de consequenties van levenslang pillen slikken als je niet ziek bent: veel last en weinig opbrengst. En al ondermijnt het je preventieve strategie, optimale zorg-op-maat betekent dat huisarts en patiënt samen kunnen besluiten om van de richtlijnen af te wijken.

LIEVER SHERLOCK HOLMES

Terug naar Watson, maar nu in zijn rol van de onontbeerlijke assistent van Sherlock Holmes. Alleen met de kunde van Sherlock Holmes om feiten creatief te heroverwegen kan de kennis van Watson een passende oplossing bieden voor het probleem waar ze samen voor staan. ■



Een sommige dag

Als ik mijn auto parkeer, zie ik haar nog net de praktijk binnenlopen: mevrouw Bonnhof. De rode regenjas klappert in de wind, haar krukken glibberen op de stenen. Elke maandagochtend om tien voor acht is ze paraat. Mevrouw Bonnhof loopt al jaren met krukken vanwege pijn in haar knieën. Ze heeft haar rechterhand in een brace omdat dat helpt tegen de pijn in haar duim. Een waslijst aan specialisten heeft helaas nooit een oorzaak kunnen vinden voor haar klachten.

LOK. Lichamelijk onverklaarde klachten: dé uitdaging in de huisartsenpraktijk. Door middel van SCEGS kun je uitzoeken wat deze klacht betekent voor een patiënt. Met de 4DKL inventariseer je wat voor psychische oorzaken kunnen meespelen. En met PST kun je vervolgens patiënten coachen om de problemen in hun leven aan te pakken. Deze overmaat aan afkortingen moet LOK-patiënten iets magisch geven en het 'zucht'-effect bij huisartsen wegnemen. Vaak lukt dat, dan ben ik dol op mijn LOK-ers en vol energie om elk detail van hun leven te exploreren. Maar op sommige dagen niet. Vandaag is een 'sommige dag'. Ik staar tussen de ruitenwissers door naar de verregende praktijk en zucht.

Mevrouw Bonnhof heeft sinds een week een plekje op haar vinger dat extreem pijnlijk is. Ik zie een wondje van twee millimeter, zonder teken van infectie. Omdat mevrouw weigert de spreekkamer te verlaten voor ik haar iets geef, vraag ik Maarten erbij. Hij onderzoekt het plekje nauwkeurig en constateert: 'Inderdaad: een laesie met genezingstendens' en stelt voor er tweemaal daags lanette op te smeren. Mevrouw Bonnhof knikt tevreden, werpt nog een verwijtende blik op mij ('Zie je wel dat er iets moest gebeuren!') en verlaat de spreekkamer.

Na mevrouw Bonnhof zie ik een meisje met vier hobby's, twee banen en moeheid. Ze wil lab. Een dubbel consult om samen te bespreken wat er in haar leven speelt, vindt ze niet nodig.



Foto: Thomas Bastent

Daarna volgen drie patiënten met keelpijn. Ik onderzoek ze en zet drie keer dezelfde tape aan: 'Dit is een virus. Het goede nieuws is dat het vanzelf weer overgaat. Het slechte nieuws is dat je er geen antibiotica tegen kunt geven om het morgen over te laten zijn.'

Snel check ik mijn mail. Pablo, mijn vroegere teamgenoot van Médecins du Monde (MDM), schrijft dat er 630 indianen op een berg zitten. Ze zijn door paramilitairen verdreven van hun grondgebied, omdat er een groot mijnbouwproject gaat plaatsvinden. De Colombiaanse regering heeft hiervoor toestemming gegeven, ondanks dat het een beschermd reservaat is. Ze zitten op 8 uur lopen en 4 uur varen van de MDM-basis, zonder enige medische zorg. De arts die op dit moment in het project werkt, vertikt het om op brigade naar ze toe te gaan. '¡Anna! ¿Dónde estas? ¡Te extranamos!' schrijft Pablo. Ik doe mijn ogen dicht en ben weer terug: eindeloze jungle en verlaten rivieren. Samen sjouwden we uren door de modder met onze rugzakken vol medicijnen, vaccins, anticonceptie en... 'Anne!' Ingrid plant een kop thee voor me neer. 'De volgende zit al voor je klaar, hoor.' Elke dag 2 uur rijden om in een jaren-80-spreekkamer moeë hoesters en LOK-ers te zien: *is dit mijn toekomst? Wil ik dit écht nog 30 jaar?* vraag ik me af als ik die middag door het druilerige landschap naar de universiteit rij voor mijn half-

jaarlijkse voortgangsgesprek. Hopelijk gaat dat soort gesprekken hier net als bij chirurgie. Mijn opleider daar wierp een vermoeide blik op het beoordelingsformulier – 'Jezus, wat veel hokjes' – tekende een grote accolade met 'goed' erachter en beende de kamer uit.

'Vertel eerst eens hoe je het zelf vindt gaan, liefst per competentie,' opent de huisartsopleidingsbegeleider het gesprek. Ik lepel netjes het verhaaltje voor hem op dat ik tijdens de autorit heb ingestudeerd: hoe de samenwerking in de praktijk gaat, het communiceren met patiënten, mijn vakinhoudelijke ontwikkeling, het geven van onderwijs en dat ik ook qua professionaliteit steeds beter leer om werk en privé te scheiden.

Als ik zwijg, zwijgt ook de huisartsopleidingsbegeleider. Hij zakt een stukje achterover, slaat zijn armen over elkaar en kijkt me aan. 'Oké. Oké. Mooi... Maar wat ik me met name afvraag bij jou: in hoeverre is je leven op dit moment precies zoals je het zou willen?' ■

Anne Hermans

Anne is in opleiding in Noordwoud.

De namen zijn om privacyredenen gefingeerd.



KENNISTOETS: VRAGEN

Eline, 4 jaar, komt met haar moeder op het spreekuur van de huisarts. Zij heeft constitutioneel eczeem en gebruikt wegens klachten die passen bij astma sinds twee jaar incidenteel salbutamol als dosisaerosol met voorzetkamer. Nu gaat ze bij haar oma logeren en haar moeder vraagt of ze tijdens het logeren een minder groot 'apparaat' mag gebruiken. De arts stelt een poederinhalator voor (een discussie).

1 Voor Eline is een poederinhalator een adequaat alternatief.

Moeder vraagt verder of er bij Eline nader onderzoek kan plaatsvinden naar astma. De huisarts stelt voor om binnenkort een longfunctiemeting en een allergologisch onderzoek te verrichten. Het volgende aanvullend onderzoek is bij Eline correct:

2 de longfunctiemeting;

3 het allergologisch onderzoek.

De heer en mevrouw Baars, respectievelijk 36 en 33 jaar, komen op het spreekuur van de huisarts wegens een onvervulde zwangerschapswens. De zwangerschapswens bestaat nu zeven maanden. De anamnese en het lichamelijk onderzoek leveren geen bijzonderheden op. Het echtpaar vraagt om doorverwijzing naar een fertiliteitscentrum.

De huisarts antwoordt hen dat verwijzing is geïndiceerd op grond van:

- 1) de leeftijd van mevrouw Baars;
- 2) de duur van de zwangerschapswens.

4 Het antwoord van de huisarts na 1 is correct.

5 Het antwoord van de huisarts na 2 is correct.

De moeder van Marieke, 2,5 jaar, belt de huisarts tijdens de avonddienst omdat Marieke sinds enkele minuten bewusteloos is en trekkende bewegingen maakt met armen en benen. Zij is de hele dag al niet lekker en heeft er nu koorts bij gekregen (40,1°C). De huisarts legt uit dat het waarschijnlijk om

een koortsstuip gaat en spreekt af direct langs te komen. Bij aankomst is Marieke nog wat suf, maar het lichamelijk onderzoek is verder niet afwijkend. De stuip heeft zo'n vijf minuten geduurd. De ouders vragen om een verwijzing naar de kinderarts. De huisarts legt uit dat een verwijzing naar de kinderarts in dit geval niet nodig is (1) omdat de koortsstuip niet langer dan 15 minuten duurde. De huisarts vertelt dat er bij een volgende koortsp periode (2) een kans bestaat op een nieuwe koortsstuip. Hij schrijft Marieke een receptie voor met 5 mg diazepam, zodat de ouders bij een volgende koortsstuip de aanval zelf direct kunnen couperen.

6 Bewering 1 is correct voor wat betreft de duur van de convulsie.

7 Deze kans (2) ligt dicht bij de 50% dan bij de 30%.

8 Het voorgeschreven middel is correct gedis-

seerd.

Arno's moeder maakt zich zorgen over het looppatroon van Arno, 2 jaar. Hij loopt bijna altijd op zijn tenen, vooral bij het rennen. Verder ontwikkelt hij zich normaal. De huisarts vindt bij onderzoek dat de dorsaalflexie van de voeten niet beperkt is. Het valt haar op dat Arno de eerste stappen met volledig voetcontact uitvoert, maar meer op zijn tenen gaat lopen als hij de snelheid opvoert. (1) Desgevraagd kan Arno, als hij zich goed concentreert, met normale voetafwikkeling lopen. Zodra zijn aandacht is afgeleid, gaat hij echter weer op zijn tenen lopen. De huisarts stelt dat er sprake is van habitueel tenenlopen. (2) Zij adviseert om af te wachten tot na het derde jaar.

9 De bevindingen na 1 zijn kenmerkend voor habitueel tenenlopen.

10 Het advies van de huisarts na 2 is correct.

De antwoorden staan op pagina 408.

De toetsvragen zijn afkomstig van de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoetsen van Huisartsopleiding Nederland. De vragen zijn altijd als juist/onjuist geformuleerd. De antwoorden worden verzorgd door de afdeling Implementatie van het NHG. Correspondentie over de vragen is mogelijk via: Secretariaat Huisartsopleiding Nederland, rubriek H&W, Postbus 20072, 3502 LB Utrecht of per e-mail: secretariaat@huisartsopleiding.nl.

Cognitieve gedragstherapie helpt ook bij hart- en vaatziekten

S

INLEIDING

Stress geeft een hoger risico op hart- en vaatziekten (CVD) en sterfte, maar het effect van stressverlagende interventies is onzeker. In een gerandomiseerde trial is onderzocht of cognitieve gedragstherapie gericht op het verlagen van aanwezige stress effect heeft op recidiveren van hartziekten.

ONDERZOEK

Design Gerandomiseerde klinische trial in Uppsala, Zweden. Het ging om patiënten die waren opgenomen in het ziekenhuis vanwege een eerste acuut myocardiinfarct, bypass chirurgie, of percutane coronaire interventie, en na ontslag werden terugverwezen naar de huisarts: 85 vrouwen en 277 mannen jonger dan 75 jaar werden geïncludeerd tussen 1996 en 2002.

Interventie Traditionele zorg (170 patiënten) of traditionele zorg plus een cognitief gedragstherapeutisch programma (132 patiënten). Dit gestructureerde en gestandaardiseerde programma was gericht op stressmanagement en omvatte in een jaar 20 sessies van 2 uur.

Uitkomstmaten Sterfte (nationale sterfteregistratie) en ziekenhuisopname voor recidief CVD en recidief acuut myocardiinfarct (ICD-classificatie in nationale ziekenhuisontslagregistratie) voor 2007.

Analyse Intention-to-treatbenadering. Univariate analyse, alsmede correctie voor leeftijd, geslacht, opleiding, huwelijkse status, roken, en medische voorgeschiedenis en comorbiditeit, cholesterol, bloeddruk en copingscore.

Resultaten Geïncludeerde patiënten verschilden niet van geëxcludeerde patiënten wat betreft leeftijd en diagnose. De gemiddelde follow-up was 94 maanden (range 14-128 maanden). De sterfte lag - na correctie - 28% lager in de interventiegroep, maar dit verschil was niet significant. In de interventiegroep kregen 69 deelnemers (35,9%) een niet-fatale CVD en 1 (0,5%) patiënt een fatale CVD. In de controlegroep waren dat respectievelijk 77 (45,3%) en 3 (1,8%) patiënten. Na correctie was het verschil tussen de interventie- en controlegroep 41% ($p = 0,002$). Het aantal recidief hartinfarcten was 41 (21,4%) in de interventiegroep en 51 (30,0%) in de controlegroep. Na correctie lag het aantal in de interventiegroep 45% lager dan in de controlegroep ($p = 0,007$). Het aantal patiënten dat behandeld moet worden (NNT) om 1 extra cardiovasculair recidief te voorkomen was 9.

Beschouwing Een cognitief gedragstherapeutische interventie verlaagt het risico op herhaling van CVD en recidief acuut myocardiinfarct bij patiënten met een coronaire hartziekte in de voorgeschiedenis. Dit effect was bij mannen en vrouwen gelijk.

INTERPRETATIE

Praten lijkt te helpen om recidief CVD te voorkomen. Dat is op zich bemoedigend. Een eerdere systematische review toonde ook een positief effect aan van gedragsmatige interventies. Onduidelijk blijft hoe dit effect tot stand komt. De interventie was gericht op stressmanagement, het omgaan met stress (coping), het verlagen van dagelijkse stress, tijdsdruk en vijandigheid. De auteurs geven nauwelijks informatie over de mate waarin stress gereduceerd is. Beschrijvingen daarover zijn beperkt tot een algemene melding dat er verschillen waren die klein maar structureel zijn, zonder duiding van de richting van het verschil. Hierdoor ontstaat er toch een soort van *black box*: er is geen duiding van het resultaat mogelijk. Dat vind ik een belangrijke beperking van dit onderzoek. Uit een eerdere meta-analyse bleek namelijk dat een positief effect van psychologische interventies alleen wordt gezien als stress ook daadwerkelijk wordt verminderd.

Een tweede reden voor effectiviteit zou kunnen zijn dat bij het verminderen van stress de therapietrouw toeneemt. Ik kan me voorstellen dat de deelnemers aan een intensief programma bewuster omgaan met hun ziekte en de kans op herhaling. Zij zouden dan beter gemotiveerd kunnen zijn om de aangeboden (medicamenteuze) therapie trouw te volgen. De auteurs presenteren helaas maar zeer beperkte gegevens hierover; ze noemen alleen het aantal patiënten met bepaalde middelen, zonder enige indicatie van therapietrouw. We moeten het op dit punt doen met een indirecte suggestie, namelijk het gegeven dat de deelnemers die trouw de bijeenkomsten bijwoonden een betere uitkomst hadden dan de deelnemers die vaker wegbleven.

Het aangeboden programma was uitgebreid en vrij ingewikkeld. Deelnemers moesten een jaar lang 20 sessies van elk 2 uren volgen. De compliance bleek hierbij hoog, waaruit je kunt opmaken dat dit voor deelnemers blijkbaar goed is op te brengen. Of deze interventievorm een plek zal krijgen in de Nederlandse richtlijnen is de vraag. Dit onderzoek zet - als het goed is - dokters wel aan het denken: pillen alleen zijn niet genoeg, heb ook aandacht voor stressverhogende factoren en bepaal samen met de patiënt wat daaraan gedaan zou kunnen worden. Dat past naar mijn mening uitstekend in de aanpak van huisartsen. ■

LITERATUUR

- 1 Gulliksson MD, Burell G, Vessby B, Lundin L, Toss H, Svärdsudd K. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care Project (SUPRIM). Arch Intern Med 2011;171: 134-40.

Vrije toegang tot CT-scans bij chronische hoofdpijn

INLEIDING

Chronisch-dagelijkse hoofdpijn komt bij circa 5% van de bevolking voor. Hieronder verstaat men hoofdpijn op minstens 15 dagen per maand gedurende minimaal 3 maanden. Slechts zelden is ernstige pathologie zoals een hersentumor de boosdoener, maar juist deze eventuele oorzaak leidt bij veel patiënten tot grote ongerustheid. Huisartsen in Glasgow (Schotland) hebben sinds 1999 directe toegang tot CT voor onderzoek van chronische hoofdpijn. Schotse onderzoekers gingen na wat de frequentie en ernst van pathologie was op door de huisarts aangevraagde CT-cerebrum bij patiënten met chronische hoofdpijn.¹

ONDERZOEK

Design Via dossieronderzoek werden patiënten met chronische hoofdpijn opgespoord die tussen 1999 en 2007 door de huisarts waren verwezen voor een CT-cerebrum. Patiënten hadden een normale bezinking. Een neuroradioloog versloeg de scans. Een neuroloog beoordeelde alle afwijkende scans. Huisartsen ontvingen een vragenlijst voor elke verwezen patiënt voor een CT-cerebrum om gegevens te verzamelen over de invloed van de CT-resultaten op verwijzingen. Op basis hiervan maakten de onderzoekers een schatting van de kosten.

Uitkomstmaten Belangrijkste uitkomstmaten waren het aantal afwijkende CT-cerebrum, de ernst van deze afwijkingen en de invloed van de vrije toegang tot de CT-cerebrum op verwijzingen.

Resultaten In 8 jaar tijd werden 4404 CT-cerebrum gemaakt. Patiënten waren gemiddeld 43,6 jaar oud en 63% was vrouw. Op 461 scans (10,5%) waren afwijkingen zichtbaar. Bij 60 patiënten (1,4%) werden de afwijkingen als mogelijke oorzaak voor de klachten gezien. De meest voorkomende afwijkingen waren tumoren (n = 20), Chiari I malformaties (n = 18) en arachnoidale cystes (n = 12). In totaal werden 14 patiënten behandeld. Van de 2998 vragenlijsten aan huisartsen werden er 996 geretourneerd (23%). In 47% van de gevallen zag de huisarts vrij toegankelijke CT als eerste keus voor nader onderzoek bij patiënten met chronische hoofdpijn. Hiermee had 86% van de patiënten geen verdere verwijzing naar een specialist meer nodig. Indien deze vrije toegang niet beschikbaar zou zijn, zouden de huisartsen veel patiënten naar een neuroloog (45%) of internist (38%) verwezen hebben. Uit eerder onderzoek is bekend dat de specialist vervolgens bij 29% van deze patiënten beeldvorming aanvraagt en 37% laat terugkomen voor een vervolgspraak. Bij vrije toegang tot CT ontvangen weliswaar meer patiënten een CT-cerebrum, maar gaat slechts 14% vervolgens naar een specialist. Volgens de auteurs is dit uiteindelijk waarschijnlijk zo'n 12,5% goedkoper.

Beschouwing Zoals verwacht is het aantal belangrijke afwijkingen bij patiënten met chronische hoofdpijn laag. Vergelijking van dit CT-onderzoek met een MRI-onderzoek waarin

asymptomatische patiënten gescreeend werden, laat zien dat het voorkomen van pathologie bij patiënten met hoofdpijn niet groter is dan bij patiënten zonder klachten. Desondanks zien de auteurs de korte wachttijd, het afgenomen aantal verwijzingen, de geruststelling voor patiënten en de uitgesproken voorkeur van huisartsen als belangrijke voordelen van vrije toegang tot CT.

INTERPRETATIE

Chronische hoofdpijn berust vrijwel nooit op ernstige pathologie zoals een hersentumor, dat blijkt wel weer. Met deze wetenschap kunnen huisartsen hun patiënt met chronische hoofdpijn dan ook terecht geruststellen. De vraag is of Schotse huisartsen zo content zijn met vrije toegang tot CT-scans omdat zij het kunnen gebruiken als extra hulpmiddel bij het beoefenen van defensieve geneeskunde. De tevredenheid of ongerustheid van patiënten komen namelijk niet aan bod. Uit eerder onderzoek blijkt dat het geruststellende effect van beeldvormend onderzoek op patiënten met chronische hoofdpijn na een jaar is verdwenen.² Hoe effectief kunnen wij patiënten in de huisartsenpraktijk hiermee geruststellen?

Het aantal patiënten dat alsnog naar een specialist werd verwezen na een CT-scan lijkt weinig (14%), maar dit is gebaseerd op nog geen kwart van alle patiënten doordat slechts 23% van de vragenlijsten door huisartsen werd teruggestuurd. De auteurs maken niet duidelijk welke bias hier mogelijk in zit. Daardoor zijn de werkelijke impact en het kostenaspect niet geheel duidelijk. Ander onderzoek in een hoofdpijnkliniek laat overigens zien dat het verrichten van CT-scans kosteneffectief is, want de zorgconsumptie was na een jaar lager bij de patiënten die een scan kregen dan bij patiënten zonder scan. Het voordeel van het hebben van vrije toegang tot CT-scans is al met al niet duidelijk. De kans bestaat dat we steeds vaker met patiënten moeten discussiëren over de vraag 'Dokter, mag ik een scan van mijn hoofd?' ■

LITERATUUR

- 1 Simpson GC, Forbes K, Teasdale E, Tyagi A, Santosh C. Impact of GP direct-access computerised tomography for the investigation of chronic daily headache. *Br J Gen Pract* 2010;60:897-901.
- 2 Howard L, Wessely S, Leese M, Page L, McCrone P, Husain K, et al. Are investigations anxiolytic or anxiogenic? A randomised controlled trial of neuroimaging to provide reassurance in chronic daily headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:1558-64.

UMC St Radboud Nijmegen, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. L. Hassink-Franke, huisarts en onderzoeker; K. Steenbakkers, aios. • Correspondentie: l.franke@elg.umcn.nl



Antibioticaprofylaxe bij protheses

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. A. Knuistingh Neven en dr. J.A.H. Eekhof, LUMC. Correspondentie: A.Knuistingh_Neven@lumc.nl

Vraagstelling Een prothese-infectie als gevolg van een tandheelkundige ingreep is zeldzaam. Een prothese-infectie komt voor bij 0,3 tot 1% van alle patiënten met een heupprothese en bij 1 tot 2% van alle patiënten met een knieprothese. Daarvan is ongeveer 35 tot 40% het gevolg van een hematogene route. Naar schatting veroorzaken orale pathogenen daarvan zo'n 10%. Bij ongeveer 0,05% van de knie- en heupprothesen zou een dentogene oorzaak dus een rol spelen.^{1,2} In hoeverre profylactische antibiotica voor een tandheelkundige ingreep de kans op prothese-infectie verminderen, is dan ook al jaren onderwerp van discussie onder tandartsen en orthopedisch chirurgen. Onze onderzoeksvraag luidt: verminderen profylactische antibiotica bij patiënten met een gewrichtsprothese die een tandheelkundige ingreep ondergaan de kans op prothese-infectie?

Zoekstructuur In PubMed hebben we gezocht naar literatuur met de zoektermen 'Prosthetic Joint Infection' AND 'antibiotic prophylaxis' AND 'dental procedure'. Dit leverde twee relevante reviews en een recent gepubliceerd patiëntcontroleonderzoek op. Het doorzoeken van de Cochrane library leverde geen resultaten op. Op de website van het CBO vonden we de recentste richtlijn voor behandeling van heup- en knieartrose.

Resultaat Uçkay et al. (2008) concluderen dat de wetenschappelijke onderbouwing voor antibioticaprofylaxe bij een tandheelkundige ingreep zeer zwak is. Zij hebben geen data gevonden die bewijzen dat antibiotica een prothese-infectie helpen voorkomen en concluderen dat er meer onderzoek noodzakelijk is om een universele aanbeveling te kunnen doen.³

Berbari et al. (2010) deden een patiëntcontroleonderzoek waarbij ze 339 patiënten met een prothese-infectie vergeleken met 339 controlepatiënten.¹ Ze vonden geen verhoogd risico op een prothese-infectie bij patiënten die een laag- of hoogrisico-tandheelkundige ingreep ondergingen zonder antibioticaprofylaxe vergeleken met patiënten die geen tandheelkundige ingreep ondergingen. Voor tandheelkundige procedures was binnen zes maanden na deze ingreep voor laagrisico-ingrepen de OR 0,7 (95%-BI 0,3-1,5); voor hoogrisico-ingrepen was de OR eveneens 0,7 (95%-BI 0,3-1,4). Binnen een termijn van twee jaar werden een OR van 1,2 (95%-BI 0,7-2,2) respectievelijk een OR van 0,9 (95%-BI 0,5-1,6) berekend.

Deacon et al. (1996) evalueerden de kosteneffectiviteit van het

voorschrijven van profylactische antibiotica bij tandheelkundige ingrepen bij patiënten met gewrichtsprothese in de anamnese.² Zij kwamen tot de conclusie dat het routinematig profylaxe voorschrijven in de meeste onderzoeken duurder is dan geen profylaxe geven. Indien er een duidelijke infectie in de mond was, bleek profylaxe met antibiotica wel kosteneffectief.

Bespreking Zimmerli en Sendi schrijven in commentaar op het onderzoek van Berbari et al. dat bij een complicatie die zo weinig voorkomt een patiëntcontroleonderzoek de enige uitvoerbare manier is om onderzoek te verrichten.⁴ Zij denken dat dit onderzoek de potentie heeft tandartsen en artsen te overtuigen dat het niet nodig is antibioticaprofylaxe voor te schrijven aan alle patiënten met een gewrichtsprothese die een tandheelkundige ingreep ondergaan.

Conclusie Er is weinig wetenschappelijk bewijs voor het geven van profylactische antibiotica voorafgaand aan tandheelkundige ingrepen bij patiënten met een gewrichtsprothese om prothese-infectie te voorkomen. Een recent patiëntcontroleonderzoek toont niet aan dat antibioticaprofylaxe het risico op een prothese-infectie van heup of knie verlaagt.

Betekenis De huidige Nederlandse CBO-richtlijn uit 2007 adviseert om antibioticaprofylaxe bij tandheelkundige ingrepen alleen te geven bij behandeling in geïnfecteerd gebied.⁵ Gezien de uitkomst van het onderzoek van Berbari et al. kunnen we voorzichtig concluderen dat dit een wat defensief advies is. Tot een revisie van de richtlijn kan het echter juridisch niet worden verantwoord om geen profylaxe voor te schrijven. ■

LITERATUUR

- 1 Berbari EF, Osmon DR, Carr A, Hanssen AD, Baddour LM, Greene D. Dental procedures as risk factors for prosthetic hip or knee infection: a hospital-based prospective case-control study. *Clin Infect Dis* 2010;50:8-16.
- 2 Deacon JM, Pagliaro AJ, Zelicof SB, Horowitz HB. Current concepts review: Prophylactic use of antibiotics for procedures after total joint replacement. *J Bone Joint Surg Am* 1996;78:1755-60.
- 3 Uçkay I, Pittet D, Bernard L, Lew D, Perrier A, Peter R. Antibiotic prophylaxis before invasive dental procedures in patients with arthroplasties of the hip and knee. *J Bone Joint Surg Br* 2008;90-B:833-8.
- 4 Zimmerli W, Sendi P. Antibiotics for prevention of periprosthetic joint infection following dentistry: time to focus on data. *Clin Infect Dis* 2010;50:17-9.
- 5 CBO-Richtlijn Diagnostiek en behandeling van heup- en knieartrose. Utrecht: CBO, 2007.

Medicatie bij borderline kan zinnig zijn

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. De coördinatie is in handen van dr. F.A. van de Laar, Cochrane Primary Health Care Field, UMC St Radboud Nijmegen. Correspondentie: f.vandelaar@elg.umcn.nl

Context Voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) bestaat geen causale farmacologische therapie. Toch schrijven artsen aan veel patiënten met deze aandoening om pragmatische redenen medicatie voor. Meestal is het doel symptomen aan te pakken, zoals stemmingswisselingen, angst, impulsiviteit en psychotisch aandoende verschijnselen. Het is niet uitgesloten dat farmacotherapie een positief effect heeft op het gehele symptomencomplex van BPS.

Klinische vraag Wat is het effect van farmacotherapie bij patiënten met BPS?

Conclusie auteurs Antipsychotica, stemmingsstabilisatoren en antidepressiva hebben geen effect op de algemene ernst van BPS (zes onderzoeken). Wel vonden sommige onderzoekers positieve effecten op specifieke symptomen van BPS, bijvoorbeeld op interpersoonlijke problemen (haldol, aripiprazol), impulsiviteit (topiramaat), suïcidale gedachten (omega-3-vetzuren) of affectlabiliteit (olanzapine). Olanzapine gaf, vergeleken met placebo, een lichte toename in suïcidale gedachten.

Beperkingen Bijna alle uitkomsten zijn gebaseerd op een of twee onderzoeken met kleine patiëntenaantallen en meta-analyse was dus nauwelijks mogelijk. Bovendien waren de onderzoeksperiodes vrij kort, de gemiddelde duur was 12 weken. Geen van de onderzoeken was in de huisartsenpraktijk uitgevoerd. De meeste patiënten leden aan milde tot matig ernstige BPS maar psychiatrische comorbiteit was vaak een exclusie criterium.

Bron Stoffers J, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev 2010, Issue 6. Art. No.: CD005653. De review omvat 28 onderzoeken met 1742 deelnemers.

COMMENTAAR

Dit is een goed uitgevoerd en prima geschreven literatuuronderzoek waarmee de huisarts een up-to-date overzicht in handen heeft van alle klinische medicatieonderzoeken bij patiënten met BPS. Het vervult zeker een behoefte want deze stoornis is niet zeldzaam: de geschatte prevalentie is 1,5%. Lang niet alle patiënten zullen open staan voor verwijzing naar de tweede lijn zodat de huisarts geregeld voor behandelingsbeslissingen komt te staan. Toch passen enige kritische kanttekeningen.

Ten eerste blijft het belangrijk om je te realiseren dat er geen enkele reden is aan te nemen dat de medicatie direct aangrijpt op de oorzakelijke psychopathologie. Hiermee is

medicatie op zijn best symptoombestrijding en dat brengt het risico met zich mee dat potentieel zinniger interventies als psycho-educatie of psychotherapie naar de achtergrond worden gedrongen. Vanwege het ontbreken van een directe link naar de psychopathologie is het evenmin logisch om de review te beperken tot patiënten met BPS. Het was mijns inziens beter geweest om (ten minste) ook patiënten uit hetzelfde DSM IV-cluster te includeren (narcistische, antisociale en theatrale persoonlijkheidsstoornissen).

Ten tweede leidt de review onder een gigantische hoeveelheid uitkomsten. Voor 'ernst van de BPS' alleen al bestaan vier meetinstrumenten. Daarnaast zijn er vele subschalen voor vele subsymptomen. Dit biedt alle kans voor reporting bias en maakt bovendien de interpretatie niet eenvoudiger. Of snapt u meteen wat een daling van 1,06 betekent op de *Zanarini Rating Scale for borderline personality disorder*, subscale 'frantic efforts to avoid abandonment'?

Verder is het lastig om uit de review op te maken wat de grootte van het placebo-effect is. Dit is vaak moeilijk bij reviews omdat auteurs – terecht – uitgaan van de verschillen met de controlegroep waardoor de placebo-effecten wegvalLEN. De effecten die de patiënt én de dokter waarnemen zijn echter een optelsom van het placebo-effect en het 'ware' effect. Of patiënten met BPS meer, minder of dezelfde placebo-effecten ervaren als patiënten zonder BPS blijft onduidelijk en is volgens mij het onderzoeken waard.

Tot slot is lastig in te schatten in hoeverre de resultaten zijn te generaliseren naar de Nederlandse huisartsenpraktijk. Vóór generaliseerbaarheid pleit dat alle onderzoeken in westerse landen zijn uitgevoerd en dat de gemiddelde ernst mild tot matig is. Anderzijds hebben huisartsen vaak te maken met patiënten met incomplete diagnostiek ('As 2: borderlinetrekken'). Patiënten met BPS hebben vaak meerdere stoornissen en daarom is het veelvuldig excluseren van psychiatrische comorbiditeit een groot probleem.

Al met al bevestigt de review dat pragmatisch voorschrijven van psychiatrische medicatie zin kan hebben maar in afwachting van een betere onderbouwing blijft terughoudendheid op zijn plaats. ■

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1 = Onjuist / 2 = Onjuist / 3 = Juist Poederinhalatoren zijn geschikt voor kinderen vanaf zes à zeven jaar, jongere kinderen blijken vaak onvoldoende peak inspiratory flow (PIF) te hebben om deze goed te kunnen gebruiken. Rond de leeftijd van vier jaar kan bij de dosisaerosol met voorzetkamer wel het mondmasker worden vervangen door alleen een mondstuk.

Bij twijfel aan of ter bevestiging van de diagnose (allergisch) astma kan bij kinderen onder de zes jaar een RAST-test zinvol zijn. Een positieve test op inhalatieallergenen maakt de diagnose waarschijnlijker en rechtvaardigt een gericht medicamenteus beleid. Een negatieve test op inhalatieallergenen maakt de diagnose astma minder waarschijnlijk en rechtvaardigt in eerste instantie een afwachtend beleid. Spirometrie is pas bij kinderen vanaf zes jaar zinvol omdat het lastig is kinderen technisch goed te laten blazen.

Bindels PJE, Van der Wouden JC, Ponsioen BP†, Brand PLP, Salomé PL, Van Hensbergen W, et al. NHG-Standaard Astma bij kinderen (Tweede herziening). www.nhg.org. Geraadpleegd in april 2011.

4 = Onjuist / 5 = Onjuist Bij een zwangerschapswens die korter dan 12 maanden bestaat legt de huisarts uit dat de spontane kans op zwangerschap de eerstvolgende maanden aanzienlijk is. Bij een normale cyclus is er zeer waarschijnlijk een eisprong. Bij vrouwen jonger dan 35 jaar is na een half jaar onbeschermde coïtus ongeveer 70% van de vrouwen zwanger geworden, na één jaar 80% en na twee jaar 90%. Het paar wordt geadviseerd terug te komen voor nadere diagnostiek als zwangerschap uitblijft na meer dan 12 maanden.

Van Asselt KM, Hinloopen RJ, Silvius AM, Van der Linden PJQ, Van Oppen CCAN, Van Balen JAM. NHG-Standaard Subfertiliteit (Tweede herziening). www.nhg.org. Geraadpleegd in april 2011.

6 = Juist / 7 = Onjuist / 8 = Juist Een typische koortsconvulsie begint als een tonisch-klonisch insult met bewustzijnsdaling; deze fase duurt maximaal vijftien minuten en wordt gevolgd door een postictale fase die maximaal zestig minuten

duurt. In de postictale fase moet de huisarts naar een focus van de koorts zoeken, in het bijzonder naar de verschijnselen van meningitis. Bij een typische koortsconvulsie hoeft er geen aanvullend onderzoek plaats te vinden. De huisarts geeft de ouders uitleg over de koortsconvulsie en kan ter geruststelling een rectiole diazepam achterlaten met instructies hoe deze te gebruiken. De dosering is leeftijdsafhankelijk: kinderen jonger dan een jaar 0,5 mg/kg lichaamsgewicht, van een tot drie jaar 5 mg en ouder dan 3 jaar 10 mg diazepam. Ongeveer een derde van de kinderen maakt na een koortsconvulsie bij een volgende koortsp periode een recidief door. De meeste recidieven treden op binnen zes maanden. Duurt een koortsconvulsie langer dan vijftien minuten, dan is directe opname door de kinderarts nodig.

Berger MY, Boomsma LJ, Albeda FW, Dijkstra RH, Graafmans TA, Van der Laan JR, et al. NHG-Standaard Kinderen met koorts (Tweede herziening). www.nhg.org. Geraadpleegd in april 2011.

9 = Juist / 10 = Juist Habituele idiopathische teenlopers zijn kinderen die ouder zijn dan twee jaar en meer dan 50 procent van de tijd op hun tenen lopen. Ze kunnen een normaal hiel-teen-afwikkelingspatroon uitvoeren, maar zodra hun aandacht wordt afgeleid lopen ze weer op hun tenen. Het is typisch dat ze de eerste stappen met volledig voetcontact uitvoeren en dat ze bij het opvoeren van de snelheid meer op hun tenen gaan lopen. Indien er geen andere afwijkingen zijn, kan de huisarts het natuurlijk beloop afwachten tot het derde jaar. Zijn er problemen van veel vallen of pesten dan kan worden verwezen naar de kinderfysiotherapeut. Persisteren de klachten na het derde jaar of heeft kinderfysiotherapie onvoldoende effect dan kan naar een kinderorthoped worden verwezen om de plantairflexoren te rekken (beugels, gips, orthopedisch schoeisel, oefeningen).

Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W. Kleine kwalen bij kinderen. Tweede druk. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg, 2009.

Visser JD. Kinderorthopaedie: pluis of niet pluis. Een leidraad voor de eerstelijnsgezondheidszorg. 10e druk. Groningen: Van Denderen, 2009.



Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie

Just Eekhof, hoofdredacteur, Linda Bröker, Jochen Cals, Eric van Rijswijk, Henk Schers, Wilma Spinnewijn, Theo Verheij, Hans van der Wouden.
De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt. De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.

Redactiesecretariaat

Henny Helsloot, Marjolein Oosterom, Ans Stalenhoef, Susan Umans.
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 282 35 50 F (030) 282 35 01
E-mail redactie@nhg.org

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijnenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 282 35 00, F (030) 282 35 01

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.
Postbus 246, 3990 GA Houten
Hafize Guven-Onder (030) 638 39 75, h.guven@bsl.nl
Paul Bakker (030) 638 39 28, paul.bakker@bsl.nl
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan de uitgeverij, media.marketing@bsl.nl

Abonnementenadministratie

Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
T (030) 638 37 36, F (030) 638 39 99
www.bsl.nl

Nieuwe abonnementen

Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementsprijzen

Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten)
particulieren: € 164,-, studenten: € 82,-
Prijswijzigingen voorbehouden
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Media, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernr. 32107635 op 17 juni 2010. De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

ISSN 0018-7070

Nederlands
uitgeversverbond
Groep uitgevers voor
vak en wetenschap

HO
PRINT

Altijd maar groeien?

Het geruchtencircuit over bezuinigingen in de zorg is in volle gang. Als u dit leest, is de brief van de minister over de invulling van die bezuinigingen misschien al bekend. Ik vermoed dat er weer veel 'taakstellingen' in zullen staan, maar die zullen waarschijnlijk niet gaan over bijstelling van de inhoudelijke ambities in de zorg. En zeker niet over bijstelling van de financiële ambities van tal van zorgaanbieders. Groei, meer zorg en uitbreiding van het volume lijken voor hen in het huidige bekostigingssysteem de enige mogelijkheid om de exploitatie rond te krijgen. Ook huisartsen worden hiervan beschuldigd.



De toegevoegde waarde van huisartsen zit 'm in het waarborgen van integrale zorg, het

voorkomen van versnippering, het verichten van adequate diagnostiek, het behandelen van aandoeningen met aandacht voor het natuurlijk beloop, en het fungeren als gids voor de patiënt op zijn gang door de zorg. Huisartsen zijn dus medeverantwoordelijk voor een doelmatig gebruik van de zorg. Het lijkt erop dat huisartsen voor dit aspect minder worden gewaardeerd dan voor het verhogen van de omzet. In een omgeving waarin alles en iedereen gericht lijkt op omzetgroei en rendementverhoging wordt de huisartsentaak ook een moeilijke opdracht.

Een huisarts in wie patiënten vertrouwen hebben blijft een goede basis voor advisering en begeleiding. Adequate voorlichting helpt daarbij; daartoe ontwikkelt het NHG al jaren patiënteninformatie. Maar het alleen geven van voorlichting en informatie is niet genoeg. De patiënt medeverantwoordelijk maken voor de besluitvorming en het behandelingsplan lijkt een volgende stap. Shared decision making dus!

Arno Timmermans

Drie NHG-Kaderopleidingen van start!

Dit najaar start de nieuwe **NHG-Kaderopleiding Wetenschappelijk Onderzoek voor Huisartsen**, georganiseerd door de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Maastricht. Plaats: Maastricht, startdatum: 12 september. Voor de derde maal gaat de **NHG-Kaderopleiding Urogynaecologie** van start, georganiseerd door de afdeling Eerstelijngeneeskunde van het UMC St Radboud. Plaats: Nijmegen, startda-

tum: 27 september.

In november begint opnieuw de **NHG-Kaderopleiding Palliatieve Zorg**, georganiseerd door de afdeling Huisartsgeneeskunde van het AMC en de afdeling Gerion van VUmc. Plaats: Beekbergen. ■

Meer informatie over deze opleidingen is te vinden op de NHG-website: www.nhg.org onder scholing → huisarts → NHG-Kaderopleidingen.

Adembenemende nascholing



De COPD & Astma Huisartsen Advies Groep (CAHAG) heeft scholing ontwikkeld voor huisartsen, praktijkondersteuners en eventuele andere samenwerkingpartners die betrokken zijn bij de ketenzorg rond astma en COPD. Het scholingsaanbod is modulair opgebouwd, zodat eenieder zich kan na-

scholen op gebieden waar lacunes of behoeften bestaan.

Meer informatie is te vinden op www.nhg.org onder kennis → expertgroepen → CAHAG. Als u belangstelling hebt voor het volgen van deze nascholing kunt u contact opnemen via onderwijs@secretariaatcahag.nl. ■

HAweb: snel opgepikt...

De eerste testers van HAweb zijn nog maar net van start gegaan, maar deze huisartsen pikken het snel op! Een persoonlijk profiel is al gauw aangemaakt en dan kun je meteen beginnen met het leggen van contacten en discussiëren met collega's. Ook het gebruik van het dashboard verloopt prima.

De feedback van de testers is heel bruikbaar voor de ontwikkelaars. Soms gaat het om punten die al op het *to-do*-lijstje stonden, maar soms ook zijn er verrassende suggesties en wensen, zoals een spellingscorrector. De nieuwe wensen en suggesties worden op hun merites beoordeeld en waar mogelijk of

wenselijk worden ze verwerkt. Op HAweb kunnen de testers zelf de stand van zaken bij de ontwikkelingen volgen. ■

Verschijning eerste netwerkrichtlijn

Tijdens het NHG-symposium 'Werkzame multidisciplinaire richtlijnen? Netwerkrichtlijnen!' van 9 juni bood Jan Kremer, gynaecoloog en hoogleraar voortplantingsgeneeskunde, het eerste exemplaar van de netwerkrichtlijn Subfertiliteit aan tijdens het symposium aan Pieter Vierhout, chirurg en voorzitter van de Regieraad Kwaliteit van Zorg. Over het symposium kunt u meer lezen in het NHG-nieuws van het komende nummer van H&W en op de NHG-website: www.nhg.org. ■



Uitslagen ledenpanel februari 2011

In de februari-enquête onder NHG-leden zijn vragen gesteld over online media, deelname aan sociale netwerken, patiëntenvoorlichting, onderwijsmateriaal voor toetsgroepen, de COPD- en de gezondheidsrisicotest. Er reageerden 646 deelnemers; een respons van 62%. Hieronder zijn de belangrijkste uitkomsten voor u samengevat.

Online media

Het gebruik van de computermogelijkheden van mobiele telefoons en tablets neemt snel toe en via deze online media kan bijvoorbeeld ook medische informatie beschikbaar komen. Maar hoeveel gebruik maken huisartsen eigenlijk van deze media?

Iets meer dan de helft van de respondenten heeft een telefoon met internetverbinding; 14% heeft een tablet-pc. Deze online media worden echter nog maar weinig gebruikt voor het opzoeken van medisch-inhoudelijke informatie. Maar de behoefte daaraan bestaat wél: bijna 59% van de respondenten wil graag via online media toegang tot de NHG-Standaarden; bijna 70% wil dat tot spoedrichtlijnen en 70% tot Farmacotherapie voor de huisarts. Er is minder behoefte aan NHG-Patiëntenbrieven, Huisarts en Wetenschap, NHGDoc, de TelefoonWijzer, de ConsultWijzer en e-learning via online media. Nog niet veel huisartsen doen mee aan discussiegroepen via internet of e-mail. Het merendeel heeft geen persoonlijk profiel aangemaakt op een sociaal netwerk, al is het percentage aios dat dit heeft gedaan aanmerkelijk hoger dan bij afgestudeerde huisartsen. En als men zich heeft ingeschreven, dan doet een groot deel van de huisartsen vrijwel niets (meer) op het sociale netwerk.

Toch is er wel enige belangstelling voor

het gebruik van sociale media voor discussiegroepen over belangrijke thema's, het uitwisselen van informatie en documenten binnen vaste groepen en het becommentariëren van concept-standaarden. Het in ontwikkeling zijnde HAWeb speelt op deze behoefte in.

NHG-Patiëntenfolders

Van de gevestigde huisartsen heeft 76% het NHG-folderrek aangeschaft en bijna 90% van hen geeft aan voldoende folders in het rek beschikbaar te hebben. Bij vrijwel iedereen is het de taak van de



praktijkassistente om het rek up-to-date te houden. Aan de leden is gevraagd wat zij vinden van de overweging van het NHG om een klein folderrek voor de behandelkamer te ontwikkelen met ongeveer twintig voorlichtingsfolders over kleine verichtingen (bijvoorbeeld wondbehandeling, brandwonden, hechtingen, oogverbanden et cetera). Ruim 26% van de respondenten heeft geen behoefte aan zo'n rek, bijna 47% heeft dat wel.

Onderwijs voor toetsgroepen

Voor de herregistratie als huisarts is het sinds 2010 verplicht om intercollegiale toetsing te volgen. In het afgelopen jaar was daarbij het farmacotherapeutisch overleg veruit favoriet; ruim 87% nam hieraan weleens deel, waar-

Deelname NHG-ledenpanel

Wilt u ook deelnemen aan het NHG-ledenpanel, opdat uw mening wordt meegewogen bij beslissingen over beleid, producten en diensten van uw wetenschappelijke vereniging? Geef u dan op via www.nhg.org

van ruim 40% vijf of meer keren. Op de tweede plaats komt toetsgroeponderwijs en bijna de helft van de huisarts nam deel aan supervisie of begeleidde intervisie. Andere vormen van onderwijs scoorden niet hoog.

Aan de leden is ook gevraagd hoe groot hun behoefte is aan kant-en-klaar materiaal waarmee zij een toetsgroepevenkomst kunnen organiseren. Bijna 56% heeft hier (veel) behoefte aan; bij 15% ontbreekt die behoefte. Bij deze vraag konden leden ook suggesties aandragen voor onderwerpen; deze liepen sterk uiteen, van kleine kwalen en antibioticabeleid, tot agressie in de praktijk en euthanasie.

COPD- en gezondheidsrisicotest

Het Astmafonds lanceerde eind 2010 een online vragenlijst waarmee patiënten een mogelijk risico op COPD kunnen opsporen. Bij een verhoogd risico luidt het advies om naar de huisarts te gaan. Maar hoe vaak is dit daadwerkelijk gebeurd? 'Nooit', zegt bijna 84% van de respondenten. Maar 0,9% geeft aan tien tot twintig patiënten te hebben gezien naar aanleiding van de test, en 0,5% heeft zelfs meer dan twintig patiënten op consult gekregen. Eenzelfde vraag is gesteld over de Gezondheidsrisicotest van het Bronovo ziekenhuis. Hier zegt ruim 95% van de respondenten geen enkele patiënt te hebben gezien naar aanleiding van de test; 0,2% zag tien tot twintig patiënten en ook 0,2% meer dan twintig patiënten. (AS) ■

Wilt u meer lezen over de ledenraadpleging? Het volledige overzicht van de uitslagen vindt u op www.nhg.org onder 'NHG-Nieuws'.

NHG-AGENDA 2011 (aanvangs)data

- **Zorggroepencongres 2011** 14 september
- **NHG-Congres 2011 Als het kanker is...** 18 november
- **Algemene Ledenvergadering** 1 december

Meer informatie over deze activiteiten vindt u op www.nhg.org.



In één dag helemaal bijgepraat

Voor de eerste maal in zijn geschiedenis organiseerde het NHG een voorjaarscongres, dat vooral door veel kaderhuisartsen is bezocht. Hieronder vindt u de beknopte samenvatting van de dag; wie meer wil lezen kan terecht op de NHG-website (www.nhg.org → nieuws → nhg-nieuws uit H&W).

Bijblijven? Vergeet het maar!

Prof.dr. Patrick Bindels maakt in zijn openingslezing duidelijk dat bijblijven in je vakliteratuur onmogelijk is, gezien de 'publicatielawine' die er bestaat. Alleen in PubMed staan al meer dan 20 miljoen artikelen opgeslagen. Als je in elk geval wilt lezen wat relevant is, moet je aansluiten bij je eigen vragen. En: 'Gooi alle achterstallige tijdschriften in de prullenbak en doe een cursus *Evidence based zoeken*; dat helpt!' Bindels gaat ook in op nieuwe ontwikkelingen. Bijvoorbeeld *medical apps*. 'Die zijn prima en vaak heel goedkoop. Je krijgt antwoord op je klinische vraag van dat moment. Schaf dus een smartphone aan.' Ook houdt hij een warm betoog voor het in ontwikkeling zijnde HAweb: 'Dat wordt een fantastische methode om gemakkelijk toegang tot informatie te krijgen.' Eind van dit jaar is HAweb beschikbaar voor alle NHG- en LHV-leden.

Van palliatieve zorg tot COPD

Na de openingslezing zijn er vier plenaire workshops over uiteenlopende onderwerpen.

- **Palliatieve zorg.** Huisartsen geven zelf aan dat persoonlijke continuïteit van grote waarde is, zeker bij terminale zorg. Bij deze vaak complexe zorg kun je terugvallen op kaderhuisartsen voor consultatie. Die weten veel en zijn op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen, bijvoorbeeld over de bestrijding van (doorbraak)pijn.

- **GGZ.** In deze workshop is er aandacht voor twee onderwerpen:

- *Ernstige psychische stoornissen.* Bij deze patiënten is sprake van heel veel comor-

biditeit en ze ontsnappen vaak aan de aandacht van de huisarts. Het streven zou moeten zijn om hen elk jaar te zien en dan alles even door te nemen, ook bijvoorbeeld de leefomstandigheden en persoonlijke verzorging.

- **ADHD.** De prevalentie van ADHD lijkt voortdurend toe te nemen en dat geldt dus ook voor het aantal voorschriften van methylfenidaat. Meestal doet de specialist de eerste prescriptie; de huisarts doet 60% van de herhaalreceptuur. Omdat het hier gaat om een opiaat en er dus wel wat consequenties zijn, luidt het advies: 'Inventariseer de betreffende kinderen in je praktijk en organiseer halfjaarlijkse controles.'

- **Urogynecologie.** Ook hier komen twee onderwerpen aan de orde:

- *Incontinentie.* Pessimisme over de effectiviteit van behandeling is onterecht: zowel training van de bekkenbodemspieren als blaastraining geeft bij ruim 80% van de vrouwen verbetering. De zorg kan goed worden overgedragen aan de praktijkondersteuner; voor haar is een cursus ontwikkeld en zowel de patiënt als de praktijkondersteuner zijn enthousiast.

- *Preconceptiezorg.* Lang niet iedere huisarts rekent dit tot zijn taak: 'Straks staan we bij de supermarkt prevoeingsadviezen te geven!' Maar aangezien de perinatale sterftecijfers in Nederland ongunstig afsteken bij de landen om ons heen, vraagt dit onderwerp om meer aandacht. Huisartsen

kunnen bijvoorbeeld een preconceptieadvies aanbieden bij aandoeningen die de zwangerschap kunnen beïnvloeden en bij een consult over anticonceptie.

- **COPD-zorg.** COPD-patiënten zijn voor de huisarts misschien wel het 'lastigst' van allemaal. Ze vragen niet om hulp omdat ze denken dat er niets aan hun ziekte te doen is, ze roken gewoon door en ze gebruiken hun inhalator niet correct. Bovendien is bij maar liefst 94% van hen sprake van comorbiditeit! Volgens de zorgstandaard moet meer worden uitgegaan van de integrale gezondheidstoestand, met oog voor het functioneren en de beperkingen. Met behulp van de Clinical COPD Questionnaire is dit in kaart te brengen. Bij de behandeling ligt de focus op het aanleren van vaardigheden (ademhalingstechnieken, doseren van energie en verbetering van het gebruik van hulpmiddelen).

Afsluiting en 'afterparty'

Aan het eind van de dag kijken organisatoren en deelnemers tevreden terug op dit eerste NHG-Voorjaarscongres. De aanwezige kaderhuisartsen wisselen tijdens een 'afterparty' uit welke wegen zij bewandelen om als voortrekker, nascholer of adviseur te fungeren voor hun collega-huisartsen. Ervaringen en succesvolle initiatieven worden uitgewisseld; de kaderhuisarts blijkt steeds meer te kunnen bijdragen aan het 'bijblijven' van de beroepsgroep! (AS) ■



Het NHG-Standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde



François Schellevis, bijzonder hoogleraar Multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk aan VUmc en hoofd onderzoeksafdeling van het NIVEL, is voorzitter van de werkgroep die het NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde ontwikkelt. In een interview vertelt hij over de belangrijkste aspecten daaruit.

Hoe ben je bij dit Standpunt betrokken geraakt?

‘Toen het NHG besloot om een Standpunt over

generalistische huisartsenzorg te ontwikkelen, viel kennelijk mijn naam. Ik ben hier dus voor gevraagd en dat vond ik een hele eer. Het onderwerp generalistische zorg sluit ook nauw aan bij mijn specifieke interessegebied, multimorbiditeit. In de loop van het ontwikkelingsproces is de focus van het Standpunt verschoven naar “kernwaarden huisartsgeneeskunde”, want als werkgroep vonden we dat generalistische zorg niet los te zien is van de andere kernwaarden van de huisarts: persoonsgerichte en continue zorg.’

Waarom wilde men dit Standpunt ontwikkelen?

‘Daarmee willen we de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde die ten grondslag liggen aan de tot dusver verschenen Standpunten over de huisartsenzorg – zoals over ouderen, jeugd, palliatieve zorg en het elektronisch patiëntendossier – expliciet voor het voetlicht brengen. Bovendien is het Standpunt een belangrijke bouwsteen voor de actualisering van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022.’

De kernwaarden van de huisartsgeneeskunde zijn al decennialang dezelfde. Wat is nu dan nieuw?

‘Het klopt dat de kernwaarden die in 1959 zijn geformuleerd, nog steeds overeind staan. Maar ze krijgen nu wel een

andere invulling en die zal ook in de toekomst weer veranderen. De huisartsenzorg past zich voortdurend aan veranderende omstandigheden in de samenleving en de gezondheidszorg aan. Een goed voorbeeld daarvan is de kernwaarde “persoonsgerichte zorg” in het licht van de huisarts als gezinsarts. Er zijn nu veel meer gebroken gezinnen en anderssoortige samenlevingsvormen dan vroeger. Daarmee krijgt de persoonsgerichte zorg ook een minder eenduidige invulling. Een van onze aanbevelingen is dan ook dat het belangrijk is om patiënten duidelijk te maken dat, hoe gebroken het gezin ook is, de leden ervan toch het best zoveel mogelijk dezelfde huisarts kunnen kiezen. En in het EPD moet een mogelijkheid komen om relevante gegevens van patiënten uit eenzelfde gezin of samenlevingsverband aan elkaar te linken. We hebben dus geprobeerd de oude kernwaarden naar het hier en nu te vertalen.’

Heb je dergelijke voorbeelden ook van de andere kernwaarden?

‘Jazeker. De continuïteit van zorg is natuurlijk ook sterk veranderd nu zo veel huisartsen parttime werken. Het gaat nu dus niet meer altijd om persoonlijke continuïteit, maar we vinden het belangrijk dat de huisarts zich daarvoor wel inspant. Dus luidt een aanbeveling uit het Standpunt dat een huisarts op ten minste drie dagen per week beschikbaar moet zijn om zorg te verlenen. En als een collega-huisarts bij de zorg wordt betrokken, moet hij kunnen beschikken over de informatie over de patiënt.

Bij de generalistische zorg besteden we onder meer aandacht aan functiedifferentiatie. Dat kenden we vroeger niet zo. We maken duidelijk dat het hier gaat om aanvullende expertise en dat deze ook beschikbaar moet zijn voor collega's. Dit komt ten goede aan de ontwikkeling en verdieping van de generalistische zorg. De consultatiefunctie van kaderhuisartsen is hier een goed voorbeeld van.’

Zijn er al reacties op de inhoud van het Standpunt?

‘We hebben in de commentaarronde veel reacties gekregen en meestal waren die lovend. Wel was er commentaar dat wij geen aandacht hebben besteed aan praktijkorganisatie en -management. Die uitwerking laten we echter over aan de werkgroep die nu aan de ontwikkeling van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 bezig is. Maar we realiseren ons maar al te goed dat dit een van de grote uitdagingen van de toekomst is.’

Hoe gaat het nu verder met het Standpunt?

‘Als het goed is, heeft de Algemene Ledenvergadering van het NHG het Standpunt al goedgekeurd als dit interview verschijnt – misschien met nog wat aanpassingen. Ook de LHV zal het standpunt in haar Ledenraad bespreken. Daarna hopen we nog reacties van andere partijen te krijgen, want de huisarts zet hier nu zelf neer wat hij wil zijn, maar we weten nog niet hoe bijvoorbeeld de patiënten en zorgverzekeraars daarover denken. Dat krijgen we ongetwijfeld nu te horen!’ (AS) ■

Redactie
Joost Bijlham, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Rietdijk
Ans Stalenhoef, eindredacteur

Colofon

Redactiesecretariaat
Ans Stalenhoef
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Telefoon 030 - 2823500
E-mail: a.stalenhoef@nhg.org

Het NHG-nieuws is een uitgave van het NHG-bureau en vormt een vast onderdeel van H&W.