

In deze rubriek vatten we iedere maand relevant nieuws voor de huisartsgeneeskundige praktijk bondig samen.

HUISARTS EN WETENSCHAP: THEMANUMMER OUDERENZORG



Het is geen toeval dat er deze maand zowel in *Huisarts en Wetenschap* als in *Huisarts Nu* zoveel nieuws te rapen valt over het thema 'ouderenzorg'. Jaarlijks wijdt *Huisarts en Wetenschap* één nummer aan het onderwerp van het jaarlijkse congres van het Nederlands Huisartsengenootschap. Dit jaar was dat: 'Ga voor (g)oud: huisartsenzorg voor ouderen'. Omdat er al enkele jaren een voorzichtige samenwerking bestaat tussen beide

redacties, is ook ons decembernummer een themanummer over ouderenzorg geworden.

Hoewel we dankzij deze samenwerking stukken in beide tijdschriften kunnen publiceren die relevant zijn voor alle huisartsen uit de lage landen, is de overlap ditmaal beperkt. Alleen zo kon deze maand de grote hoeveelheid relevant materiaal over dit bijzonder actuele thema aan de Nederlandstalige huisarts verspreid worden.

Wat u over ouderenzorg niet in *Huisarts Nu* kunt lezen, is bijvoorbeeld het verslag van een internetenquête waaruit blijkt dat huisartsen in Nederland de probleemanalyse delen van het NHG-standpunt over ouderenzorg. Dat pleit voor een proactieve identificatie van kwetsbaarheid (zie ook blz. 401) en een ouderenplan op praktijkniveau. Ook is er onderzoek dat aantoont dat op zeer hoge leeftijd de klassieke risicofactoren – zoals opgenomen in de Framinghamrisicoscore – niet langer de cardiovasculaire mortaliteit op vijf jaar voorspellen bij ouderen zonder bekende hart- en vaatziekten. De plasmaconcentratie van homocysteïne is beter bruikbaar om ouderen te selecteren voor primaire preventieve interventies.

In het themanummer van *Huisarts en Wetenschap* wordt ook gerapporteerd over de prognose van lageluchtweginfecties bij patiënten van 80 jaar en ouder. Vooral ernstige comorbiditeit, met name niet-insulineafhankelijke diabetes en een exacerbatie van COPD waarvoor orale glucocorticoiden noodzakelijk zijn, vergroten het risico op complicatie. En er wordt ook een boeiende klinische les gebracht over urine-incontinentie op oudere leeftijd: hoewel dit een veelvoorkomend probleem is bij ouderen, gaat men hiermee niet snel naar de huisarts, terwijl hij of zij hiervoor oplossingen kan bieden.

Ook de klassieke rubrieken, zoals onder andere *Journal* en *Spreekuur*, staan uiteraard in het teken van huisartsenzorg voor ouderen. Dus, als dit onderwerp na het lezen van deze *Huisarts Nu* naar meer smaakt, bekijk dan zeker het nummer 13 van deze jaargang van *Huisarts en Wetenschap*.

S. Coenen

PROBLEMEN BIJ MANTELZORGERS: MEER DAN VERMOED?



Hanyok L, Finucane T, Carresse J.

Potential caregivers for homebound elderly:
more numerous than supposed?

Fam Pract 2009;58:e1-6.

In de medische literatuur zijn er nauwelijks studies terug te vinden die rapporteren over de positieve aspecten van mantelzorg. Om een completer beeld te krijgen van hun ervaringen werden daarom in dit kwalitatief onderzoek diepte-interviews bij mantelzorgers gehouden. De steekproef bestond uit 22 mantelzorgers die via patiënten en chronisch zieke, huisgebonden ouderen geïdentificeerd werden.

Negen van hen waren geen familie en vijf waren betaalde mantelzorgers.

Uit deze analyse kwamen de volgende drie belangrijkste thema's: de positieve en negatieve ervaringen, de motivatie en de transformatie.

De positieve ervaringen waren onder meer: zich nuttig voelen, de patiënt zien verbeteren, leren van de patiënt, zorgen voor de papieren van de patiënt, het krijgen van vriendschap en soms van een financiële vergoeding. Als negatieve ervaringen haalden de mantelzorgers aan dat het leven en de eigen activiteiten beperkt worden, dat de zorg stress veroorzaakt,

dat men er financieel aan bijdraagt, men emotioneel opgebrand geraakt, dat de familie soms veeleisend is en er veel planning bij komt kijken.

Voor motivatie gaven de mantelzorgers aan dat ze het vaak als een plicht zien. Soms gebeurt het uit liefde of vriendschap, of uit goddelijke verplichting of als dank voor vroegere gunsten of gekregen opvoeding.

Sommigen evolueerden in het zorgproces (transformatie): eerst voelen ze het aan als een plicht, nadien vinden ze het

normaal dat ze die persoon helpen die hen vroeger geholpen heeft. Mantelzorg kan soms hun levensvisie veranderen: ze gaan meer van dag tot dag leven en krijgen een beter copingmechanisme om de dood van anderen te aanvaarden.

Mantelzorg is niet altijd koek en ei. Dat blijkt duidelijk uit het feit dat van de 22 mantelzorgers er 7 het als een negatieve ervaring bestempelden en er 5 zowel positieve als negatieve ervaringen hadden. Volgens de auteurs is het van belang dat artsen de mantelzorgers voorbereiden op

hun taak en dat ze hen zo nodig ondersteunen bij deze taak.

Verder onderzoek naar de negatieve (belastende) aspecten van mantelzorg is zeker belangrijk om problemen als ouderenmis(be)handeling te voorkomen. Elk jaar komen er 500 meldingen binnen bij het Vlaams Meldpunt voor Ouderenmis(be)handeling (zie blz. 407). Goede afspraken maken nog voor de mantelzorg start, is van kapitaal belang en ook tussentijdse evaluaties zijn zeker aan te raden.

L. De Deken

EEN APOTHEKER NAAST HET ZIEKBED



Gillespie U, Alasaad A, Henrohn D, et al.

A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older; a randomised controlled trial.

Arch Intern Med 2009;169:894-900.

De vergrijzing zal niet alleen ons pensioenstelsel onder druk zetten, ook de kost die gepaard gaat met deze decompressie van de morbiditeit – langer leven is langer ziek zijn – zal de solidariteit tussen de generaties compromitteren. Het is dus alle hens aan dek om vooral de vermijdbare kosten in te perken. Een kans voor de apotheker? Dit gaat dan om farmaceutische zorg die voornamelijk gericht is om samen met de geneeskundige zorg de klinische uitkomsten van vooral chronische aandoeningen positief te beïnvloeden. Hierover zijn reeds studies verricht die aantoonen dat bij hartfalen de aandacht van de apotheker ziekenhuisopnames kon voorkomen.

Tachtigjarigen zijn ondervertegenwoordigd in klinische studies. Polymorbiditeit en de daarmee samengaande polyfarmacie zijn nochtans, ondanks dit gebrek aan evidentie, hun lot. Onderbehandeling, overbehandeling, foute inname van foute dosissen of onvoldoende therapietrouw kunnen de oorzaak zijn dat behandelingen hun doel voorbijgeschieten en dat de kans op ernstig ziek zijn en eventuele dure ziekenhuisopnames toeneemt.

De onderzoekers van deze RCT vroegen zich af of de optimalisering van de medicamenteuze behandeling van ouderen tijdens het ziekenhuisverblijf door een apothekersbezoek op de afdeling zou leiden tot minder spoedopnamebezoeken en ziekenhuisopnames. De apothekers in dit Zweedse onderzoek waren ziekenhuis-apothekers met een aangepaste klinische opleiding. Wat de organisatie en financiering van de gezondheidszorg in Zweden betreft, zijn er veel overeenkomsten met Vlaanderen.

De patiënten ouder dan 80 jaar, verblijvend op een afdeling interne ziekten, werden in twee groepen gerandomiseerd. In de interventiegroep bekeek een apotheker kritisch de voorgestelde ontslagmedicatie en bracht hierover verslag uit aan de behandelende arts die uiteraard de uiteindelijke beslissing nam. Zowel de patiënten als de huisartsen kregen uitvoerig informatie over het medicatieschema. De controlegroep kreeg gewone zorg.

De patiënten gebruikten gemiddeld acht verschillende geneesmiddelen. De uitkomsten werden na twaalf maanden verzameld. De interventie leidde tot 16%

minder ziekenhuisbezoeken (OR 0,84; 95% BI 0,72-0,99) en tot 47% minder spoedopnamebezoeken (OR 0,53; 95% BI 0,37-0,75). Maar het meest spectaculaire resultaat was de daling van medicatiegerelateerde opnames van 80% (OR 0,20; 95% BI 0,10-0,41). Er was echter geen verschil in sterfte en ziekenhuisopnames. De besparing bedroeg ongeveer 150 euro per patiënt. De belangrijkste redenen voor medicatiegerelateerde heropname waren: digoxine-intoxicatie, te veel antihypertensiva, suboptimale behandeling van hartfalen, ischemisch hartlijden en diabetes, dehydratie door diuretica, anemie als gevolg van aspirine en NSAID's, verwarring of vallen door sedatie, opioïden en anticholinergica.

Het samenbrengen van de farmacologische expertise van de apotheker en de klinische expertise van de arts om tot een beter medicamenteus beleid te komen voor patiënten ouder dan 80 jaar, lijkt een uitdaging voor beide partijen. De categorale zorg zoals deze nu vorm krijgt binnen de zorgpaden diabetes en chronisch nierfalen, voorziet een plaats voor de apotheker. Als dit een betere zorg en ook een betere uitkomst van die zorg tot gevolg heeft, dan is dit een uitdaging waarop men beter kan ingaan. Tijdens de opleiding van apothekers zal men het best meer aandacht geven aan klinische farmacologie, maar ook gemeenschappelijke opleidingsmomenten zijn nodig om toekomstige samenwerking te ondersteunen.

M. Lemiengre

RANDVOORWAARDEN VOOR EEN FUNCTIEGERICHTE AANPAK VAN OUDEREN



• Gussekloo J. Preventie bij ouderen:

focus op zelfredzaamheid.

Huisarts Wet 2009;52:426-7.

• De Wit N. Is functionele preventie weer

een nieuwe taak voor de huisarts?

Huisarts Wet 2009;52:427-9.

De Nederlandse Gezondheidsraad publiceerde een paar maanden geleden een rapport over zelfredzaamheid bij ouderen. Gezien de toename van oudere patiënten en de parallellen tussen onze gezondheidswerking, kunnen we hier wellicht iets van leren.

Het rapport stelt dat preventie bij ouderen een belangrijke plaats dient in te vullen, maar hoe doen we dat dan? We zijn immers gewoon een ziektegerichte aanpak te genereren. In dit rapport wordt een extra inspanning gevraagd om zo lang mogelijk het behoud van de zelfredzaamheid en het welbevinden als doel van preventie te stellen, onafhankelijk van de heterogeniteit van de geriatrische populatie. De actieve gezonde bejaarde moeten we zo lang mogelijk actief en gezond houden, met aandacht voor participatie in zijn gezondheid én functieherstel bij tijdelijke achteruitgang. De kwetsbare geriatrische patiënt zal dan eerder verzorgd moeten worden om geen verder functieverlies te hebben en voor een beter welbevinden.

Een dergelijke functiegerichte aanpak zal aandacht vragen van alle partijen: de ouderen zelf, maar ook de zorgprofessionals binnen en buiten de medische sector zullen moeten leren om proactiever te werk te gaan. Kunnen we dat echter aan? Volgens Niek de Wit is er nogal wat werk aan de winkel, vooral inzake randvoorwaarden en onderzoek, maar ook wat responsabilisering van ouderen betreft. Het klinkt akelig bekend.

De problematiek wordt intussen steeds complexer door meer ouderen en die ouderen worden ook steeds ouder. De toenemende zorgvraag is een zorg op zich. De concrete plannen ontbreken in het rapport, zoals in België overigens.

Wat moeten we kunnen verzekeren? De zelfstandigheid staat bij quasi alle ouderen hoog in het vaandel: ons belangrijkste doel moet dan ook het behoud hiervan zijn en de preventie van functionele achteruitgang. *Healthy aging* (of gezond ouder worden) wil immers zeggen dat men poogt de lichamelijke en geestelijke gezondheid te vrijwaren en zelfstandigheid in de deelname aan de maatschappij te bevorderen. De oudere dient hiervoor ook zelf mee te denken over het beleid rond zijn persoon, dat per definitie uniek zal zijn. Daarvoor moeten we onze ouderen in kaart brengen, en hoogrisicogroepen proactief oproepen. Denken we aan ouderen die hun partner hebben verloren, oudere allochtonen, ouderen met beginnende cognitieve achteruitgang,...

De volgende stap is het uitdenken van preventieve interventies die de cascade van functionele achteruitgang kunnen stoppen of stuiten: dat vraagt van de huisarts een regie en een samenwerking met de tweede lijn, bijvoorbeeld in de persoon van een geriater. Hoe dat echter allemaal moet, is nog niet duidelijk; er is bijvoorbeeld nog niet veel bekend over de effectiviteit van interventies zoals valpreventie. In België is dit twee jaar geleden door de overheid geïnitieerd, maar zon-

der veel succes. Te weinig informatie, te weinig hulp en coaching van de overheid, door de verkeerde groepen georganiseerd? In België zijn het vaak kinesisten die een opleiding hebben gevolgd en een sessie valpreventie is niet bepaald gratis. Dat zijn toch drempels.

De start van de Logo's met het 10 000-stappenplan, dat nog verdeeld zal worden in de gemeenten, zou ook een aanzet kunnen zijn. Een goede researchagenda zou hier veel kunnen oplossen. Ook daar zijn wij het met Nederland innig eens.

Als huisartsen zouden we ook de vroegrapportering van kwetsbaarheid en functieverlies op ons kunnen nemen, maar bij ouderen is hier zeker een gebrek aan coördinatie van zorg. Dat geven de patiënten ook zelf aan. In de meeste richtlijnen is bovendien geen specifieke aanbeveling te vinden voor de oudere patiëntengroep, terwijl dat wel zou moeten.

Vooraleer we dus functionele preventie aan het takenpakket van de huisarts gaan toevoegen, moet er nog werk verzet worden: hoe kunnen we onze regie het best inrichten? Hoe kunnen we de samenwerking met de andere actoren op de eerste lijn optimaliseren? Welke kennis ontbreekt en hoe kunnen we die invullen? De huisarts zal voor deze taak ook ondersteund en aangemoedigd moeten worden.

Kortom: er zullen in de nabije toekomst vele randvoorwaarden voor ouderenzorg beter ingevuld moeten worden.

S. Berael

GESTAGE VAL HEUPFRACTUREN IN CANADA SINDS 1985



Leslie WD, O'Donnell S, Jean S, et al.
Trends in hip fracture rates in Canada.
JAMA 2009;302:883-9.

In de meeste ontwikkelde landen stijgt het aantal heupfracturen, waarschijnlijk omdat het aantal ouderen toeneemt. Nochtans daalt in sommige landen het aantal heup-

fracturen gestaag, indien voor leeftijd gecorrigeerd wordt. In Canada maakte een studie gebruik van de nationale gegevens over 570 872 ziekenhuisopnames voor een heupfractuur tussen 1985 en 2005 om de zogenaamde ecologische trend na te gaan. Gedurende die periode daalde de incidentie van heupfracturen gecorrigeerd voor leeftijd met bijna een derde bij vrouwen (van 118,6 tot 80,9 breuken per 100 000 persoonjaren) en met een kwart bij mannen (van 68,2 tot 51,1 breuken per 100 000 persoonjaren).

Voor leeftijd gecorrigeerde incidenties heupfracturen daalden gemiddeld met 1,2% per jaar tussen 1985 en 1996 en met 2,4% per jaar van 1996 tot 2005. Vergelijkbare bevindingen zag men in de Verenigde Staten. Zwitserland daarentegen rapporteerde een daling in het aantal heupfracturen tussen 1991 en 2000 bij vrouwen, maar niet bij mannen. En Duitsland zag

geen verandering tussen 1995 en 2004, bij geen van beide geslachten.

De sterkere daling die sinds 1996 in Canada wordt geobserveerd, zou het resultaat kunnen zijn van de toegenomen tests voor osteoporose en vervolgens de behandeling hiervan, schrijven de auteurs voor de *Osteoporosis Surveillance Expert Working Group*, maar dit kan de daling in de jaren voordien niet verklaren. Mogelijke verklaringen zijn een langere vruchtbare leeftijdperiode, verminderd roken, gezondere generaties die oud worden, en zelfs overgewicht en obesitas – mogelijk beschermend via hogere botdensiteit, niet-ovariële aromatisatie van oestrogeen en bescherming van de trochanter.

De volledige verklaring voor de gestage daling op populatieniveau van het aantal heupfracturen ontsnapt ons echter nog.

S. Coenen

OBESE DIABETESPATIËNT MET SLAAPAPNEU: FLINK GEBAAIT BIJ GEWICHTSREDUCTIE



Foster GD, Borradaile KE, Sanders MH, et al.
A randomized study on the effect of weight loss on obstructive sleep apnea among obese patients with type 2 diabetes: the Sleep AHEAD study.
Arch Intern Med 2009;169:1619-26.

Het verband tussen overgewicht en slaapapneu berust vooral op observationeel onderzoek uit het verleden. De 'evidence base' om aan deze groep patiënten systematisch gewichtsreductie aan te bevelen is echter zwak en vooral gebaseerd op kleinere studies waaronder ook een aantal niet-gecontroleerde.

De 'Sleep-AHEAD'-studie (*Action for HEalth in Diabetes*), een Amerikaanse multicenterstudie, is de eerste die het effect van vermageren op slaapapneu in een grotere RCT onderzocht met weliswaar de beperking dat het hier enkel om obese type-2 diabetespatiënten gaat. Men verdeelde at random 264 obese type-2 diabetespatiënten die voldeden aan de inclusiecriteria voor slaapapneu, in een interventiegroep (n=139) en een controlegroep (n=125). De interventiegroep kreeg een speciaal voor diabetes ontworpen programma met focus op gedragsverandering, gericht op vermageren. De controlegroep kreeg diabetes-ondersteuning en -educatie.

Ze werden vervolgens gedurende één jaar opgevolgd. Beide groepen waren bij aanvang vergelijkbaar met een gemiddelde leeftijd van 61,2 jaar, een gemiddeld gewicht van 102,4 kg (BMI van 36,7) en een Apneu-Hypopneu Index (AHI) van 23,2 (AHI= som van het aantal apneus en hypopneus per uur, m.a.w. een maat voor de ernst van de slaapapneu).

Na één jaar waren de patiënten in de interventiegroep gemiddeld meer vermagerd dan patiënten in de controlegroep (10,8 kg vs. 0,6 kg; p<0,001). De slaapapneu

verbeterde in de interventiegroep terwijl deze in de controlegroep verergerde! In de interventiegroep kwam remissie (AHI <5) driemaal vaker voor dan in de controlegroep. Het percentage patiënten met ernstige slaapapneu (AHI ≥30) was na één jaar meer dan tweemaal zo groot in de controlegroep (37,9% vs. 18,4%). Men zag de grootste reductie in slaapapneu bij mannen, bij patiënten met een hoge AHI bij aanvang en patiënten die het meest vermagerden. Men berekende dat een gewichtsverlies van meer dan 10 kg de grootste reductie in AHI opleverde.

Verontrustend is dat men bij de deelnemers in de controlegroep bij wie het gewicht gemiddeld stabiel bleef, er een statistisch significante toename van de slaapapneu (gemiddelde AHI toename van 4) werd vastgesteld. Dit is zeker zorgwekkend gezien ernstige slaapapneu onafhankelijk van het diabetesgerelateerde risico een verhoogde cardiovasculaire morbiditeit meebrengt. Dit zijn belangrijke argumenten om te investeren in gewichtsreductie van deze groep obese diabetespatiënten. De uitdaging is om ze voldoende te motiveren en te ondersteunen. Als huisarts kunnen we hier ons steentje toe bijdragen.

M. Van Nuland