

PROF. DR. R. A. DE MELKER*

Huisarts en Parkinson-patiënt

In deze bijdrage worden enkele algemene aspecten met betrekking tot de diagnostiek en behandeling door de huisarts van de ziekte van Parkinson besproken. Daarbij wordt vooral aandacht besteed aan de betekenis van vroege diagnostiek en prognostiek, de begeleiding van de Parkinson-patiënt en zijn gezin, en de noodzaak van een goede, duidelijk gestructureerde samenwerking met de neuroloog. De behandeling van de patiënt met morbus Parkinson omvat kortom veel meer dan het voorschrijven van een aantal medicamenten.**

Inleiding

Hoewel de ziekte van Parkinson in het rapport *Kenmerken II*¹ tot het taakgebied van de neuroloog wordt gerekend, heeft de huisarts een belangrijke taak bij Parkinson-patiënten. In de eerste plaats wordt de huisarts geconfronteerd met de vroege verschijnselen van deze ziekte. Ten tweede heeft de ziekte van Parkinson belangrijke consequenties voor patiënt en gezin. Begeleiding door de huisarts is daarbij van groot belang. Voor een goede behandeling is een goed samenspel tussen patiënt, neuroloog en huisarts essentieel. In dit artikel zal dan ook vooral worden ingegaan op deze drie onderwerpen:

- (vroege) diagnostiek door de huisarts;
- begeleiding van de Parkinson-patiënt (inclusief prognostiek);
- de samenwerking huisarts-neuroloog.

Epidemiologie

Hoewel de ziekte van Parkinson na het vijftigste jaar als de meest frequente ziekte van het Centrale Zenuwstelsel wordt beschouwd,² behoort deze ziekte vanuit het standpunt van de huisarts tot de relatief zeldzame ziektebeelden. Volgens het monitoringproject is de prevalentie van „Parkinsonisme” ongeveer 1,5 per 1000.³ Volgens de Nijmeeg-

se Continue Morbiditeits Registratie (CMR) heeft een huisarts in een standaardpraktijk van 2800 zielen ongeveer 5 mannen en 3 vrouwen met Parkinsonisme.⁴ Jansen vermeldt, evenals Lamberts, een prevalentie van 1,5 per 1000.⁵ De prevalentie van de CMR bedraagt het dubbele vergeleken met die van Lamberts en Jansen. Deze verschillen zijn vermoedelijk het gevolg van verschillende interpretaties met betrekking tot de diagnostiek van Parkinsonisme respectievelijk de ziekte van Parkinson. De prevalentie is bovendien sterk afhankelijk van de leeftijd. Rond het 70e jaar is de prevalentie circa 10 per 1000.⁵ Jaarlijks wordt een huisarts met een standaardpraktijk van 2800 zielen met 1 à 2 nieuwe patiënten met de ziekte van Parkinson geconfronteerd.^{3 4 6}

Uit de continue morbiditeitsregistratie van de peilstations in Nederland blijkt dat de incidentie van de ziekte van Parkinson op het platteland veel hoger is dan in steden en grote steden: 1,2 tegen respectievelijk 0,5 en 0,3 per 1000 inwoners.⁶ Het is bekend dat er aanzienlijke geografische verschillen bestaan met betrekking tot het voorkomen van de ziekte van Parkinson.⁵ Mogelijk speelt de factor leeftijd daarbij een rol. In praktijken met relatief veel jonge patiënten (bijvoorbeeld in een nieuwbouwwijk) zal de huisarts dan ook slechts zelden met Parkinson-patiënten te maken hebben. Tweederde van de patiënten krijgt de eerste symptomen tussen de 50 en 64 jaar, 10 procent onder de 40 jaar en 15 procent tussen de 40 en 50 jaar.²

Er bestaat een hereditaire predispositie, hetgeen blijkt uit de familiair voorkomen van morbus Parkinson in 10 procent van de gevallen.

Pathofysiologie

De ziekte van Parkinson kan biochemisch gekarakteriseerd worden als een dopamine-deficiëntiesyndroom in de basale gangliën.⁵ Zoals bekend behoren de basale gangliën tot het „extrapyramidale systeem”, dat een belangrijke rol speelt bij de meer automatische bewegingen door interactie met de cortex en de descenderende systemen. Door het verdwijnen van melanine bevattende neuronen, ontstaat de karakteristieke verbleking en degeneratie van de substantia nigra. Het te gronde gaan van de gepigmenteerde cellen in de substantia nigra leidt tot geringere activiteit van de bij de synthese en afbraak van dopamine betrokken enzymen.

Dopamine is de neurotransmitter van het „nigrostriatale neuronensysteem”. Door deze celdegeneratie ontbreekt het normale axonale transport van dopamine vanuit de cellen van de substantia nigra naar de synapsen in de nucleus caudatus en het putamen. Hierdoor wordt de inhibitie door het dopaminerge systeem op deze kernen verstoord. Hier heeft een ontremming van de functie van de cholinerge striatumneuronen plaats. Dit is de oorzaak van de belangrijkste symptomen van de ziekte van Parkinson.

De behandeling richt zich dan ook op:

- het verhogen van de dopamineconcentratie door toediening van levodopa (de precursor van dopamine);
- het verminderen van cholinerge activiteiten door toediening van anti-cholinergica.

De oorzaak van de beschreven degeneratieve is onbekend. Er bestaan wel diverse theorieën zoals een „slow virus” en versnelde veroudering.⁵ Voor een meer gedetailleerde beschrijving van de pathofysiologie wordt naar elders verwezen.^{7 8}

Vroege diagnostiek

Bij het stellen van de diagnose doen zich een aantal problemen voor. Bij een studie in Toronto bij circa 13.000 personen met een gemiddelde leeftijd van 82 jaar werd bij 133 bejaarden de diagnose morbus Parkinson gesteld. Bij 60 procent van deze patiënten bleek deze diagnose onjuist te zijn en was er sprake van onder meer chronische hersenbeschadiging, dementia senilis, essentiële

* Hoogleraar huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht.

** Naar een voordracht voor de Dr. G. J. van Hoytema Stichting.

tremor en cerebellaire tremor. Van de 52 patiënten bij wie de diagnose wel juist bleek te zijn, toonde 80 procent twee of meer van de klassieke symptomen zoals rigiditeit, ritmisch tremor in rust en bradykinesie.⁹

In het algemeen kan de diagnose morbus Parkinson door nauwkeurige observaties worden gesteld. Indien de huisarts wordt geconfronteerd met patiënten met een langzame, schuifelende gang, „pillendraai-tremor”, maskergelaat en snelle, onverstaanbare spraak, is de diagnose niet moeilijk te stellen. In het beginstadium zijn al deze symptomen echter slechts zelden aanwezig.

De patiënt met de ziekte van Parkinson kan de volgende soorten klachten tonen: naast de klassieke trias rigiditeit van spieren – hypokinesie – tremor in rust, komen houdingsfixatie en houdingsreflexen, zoals draaiproblemen en autonome dysfunctie (speekselvloed, slik-kauwproblemen e.d.) voor. In het beginstadium blijft de rigiditeit meestal beperkt tot de spieren van de extremiteiten. Het eerste symptoom is doorgaans het verminderd meebewegen van een of beide armen bij het lopen. dit valt de omgeving van de patiënt eerder op dan de patiënt zelf.

Andere vroege symptomen zijn:

- schuifelende, propulsieve gang;
- micrografie (kleiner worden handschrift tijdens het schrijven van een regel);
- algehele traagheid van bewegen;
- verminderde ooglidslagfrequentie;
- problemen bij opstaan uit een stoel;
- soms sensibele verschijnselen, zoals brandgevoelens, tintelingen, dove gevoelens.

Ook vermindering van reuk, dubbelzien en convergentiezwakte kunnen in een vroeg stadium voorkomen.

Bij het voortschrijden van het ziektebeeld ontstaat de typische tremor en neemt de rigiditeit toe. Bovendien krijgt de patiënt ten gevolge van de bradykinesie moeilijkheden met het uitvoeren van willekeurige bewegingen (lopen, aankleden, etc.).

Wat betreft de vroege diagnostiek heeft de huisarts het voordeel dat hij de patiënt in de eigen omgeving kan waarnemen. Omdat de diagnose in belangrijke mate op goede en nauwkeurige observatie berust, zullen de gezinsleden van de patiënt als eersten vroege verschijnselen kunnen waarnemen. De huisarts zal dan ook bij vage klachten als zwakte en onhandigheid moeten nagaan wat de omgeving van de patiënt heeft waargenomen. Bovendien kan hij de patiënt zelf thuis bezoeken. De wijze waarop

een patiënt bijvoorbeeld een trap oploopt of in een stoel gaat zitten, is voor de diagnostiek van groot belang. Bij de nauwkeurige observatie van het gelaat (verminderd spontane motoriek in het gezicht, verminderd oogknippen) en de bewegingen, zal de huisarts de gezinsleden moeten betrekken.

De huisarts zal zeker in het beginstadium alleen tot het formuleren van de werkhypothese „Parkinsonisme” besluiten. Afhankelijk van het verloop van het klachtenpatroon kan dan later al of niet de diagnose „ziekte van Parkinson” worden gesteld.

Bij het stellen van deze diagnose dient aan de volgende voorwaarden te worden voldaan:

- de aanwezigheid van de „klassieke” symptomen van de ziekte van Parkinson (figuur);
- het uitsluiten van andere neurologische ziekten.

Allereerst dient de atherosclerotische en medicamenteuze vorm van Parkinsonisme te worden overwogen. Bij atherosclerotisch Parkinsonisme staat vooral de rigiditeit op de voorgrond en is in mindere mate sprake van de tremor.¹⁰

Op grond van de voorkennis van zijn patiënt kan de huisarts de medicamenteuze vorm uitsluiten (bijvoorbeeld ten gevolge van fenothiazine, reserpine of Primperan®). Het uitsluiten van andere neurologische ziekten behoort tot het werkterrein van de neuroloog. Zo dienen andere ziekten die met tremoren gepaard gaan, uitgesloten te worden, zoals familiale en seniele tremoren.

De differentiële diagnostiek omvat verder onder meer multiple sclerose, pseudobulbaire paralyse en een aantal varianten van morbus Parkinson.

Figuur. De „klassieke” symptomen van de ziekte van Parkinson.

- Rigiditeit van spieren, bijvoorbeeld positief tandrad-fenomeen
- Hypokinesie
- Tremor in rust, grofslagig en voornamelijk aan de bovenste extremiteiten
- Houdingsreflexen en -fixatie (draaiproblemen)
- Autonome dysfunctie (speekselvloed e.d.)

Begeleiding

De ziekte van Parkinson heeft voor de patiënt belangrijke sociale consequenties. Verkuyl geeft in het blad *Papaver* van de Parkinson Patiënten Vereniging een bewogen beschrijving van de bele-

vingsaspecten van deze chronische ziekte. Hij noemt het menselijk bewegen, naast voortbewegen, ook een houding en expressie van het gevoelsleven. Mensen zijn aan houding en expressie herkenbaar, drukken door gebaar of gelaatsuitdrukking iets van zichzelf uit. Menselijk contact berust op de invoelbaarheid en herkenbaarheid van elkaars gevoelens.

Bij Parkinson-patiënten ontbreekt deze herkenbaarheid, waardoor vervreemding, misverstanden of afkeer kan ontstaan. Als we iemand terechtwijzen, kan een glimlach duidelijk maken dat we het goed menen. Daarnaast kan de patiënt met schaamte en schuldgevoelens te maken hebben. Hoewel de patiënt weet dat hij het niet helpen kan, voelt hij toch dat hij te kort schiet of lastig is voor anderen. Verminderde waardering voor het eigen lichaam kan tot relationele en seksuele problemen leiden. Ook angst voor dreigende invalidering speelt bij Parkinson-patiënten een grote rol.¹¹

Bij Parkinson-patiënten is vaak sprake van psychische rigiditeit. Korsten omschrijft de Parkinson-patiënt als dwangmatig, nauwgezet, vasthoudend, star, perfectionistisch. Hij zou vaak onzeker zijn en grote behoefte aan gebondenheid hebben.¹²

De huisarts zal hieraan zeker aandacht kunnen besteden. Depressieve reacties komen veelvuldig voor. Het isolement ten gevolge van de beschreven communicatieproblemen, de psychische rigiditeit en mogelijk ook cerebrale stofwisselingsprocessen kunnen hiertoe bijdragen. Het bespreekbaar maken van deze depressieve reacties is van groot belang, teneinde verder isolement te voorkomen. Bij alle chronische ziekten maken patiënt en omgeving een verwerkingsproces door. De huisarts kan daarbij een belangrijke rol spelen.

Begeleiding begint bij het eerste consult van de Parkinson-patiënt met zijn huisarts. Zeker bij een sluipend begin zal de patiënt moeite hebben precies uit te drukken wanneer en hoe de klachten zijn begonnen. Naast nauwkeurige observatie zal de huisarts door goed luisteren relevante informatie kunnen krijgen.

Indien de diagnose is gesteld, zal de huisarts patiënt en gezin goede informatie met betrekking tot de prognose moeten geven. De huisarts zal daarbij benadrukken dat de ziekte van Parkinson een langzaam, voortschrijdend proces is, waarbij tegenwoordig belangrijke therapeutische mogelijkheden bestaan. De prognose is sterk afhankelijk van de

eerste symptomen. Bij overwegende akinesie als eerste verschijnselen van deze ziekte, blijkt de ziekteduur twee maal zo kort te zijn als wanneer de tremor een eerste symptoom is. De prognose wordt verder bepaald door het al of niet reageren op levodopa.⁵

De familie zal zich bewust moeten zijn van het feit dat de patiënt weliswaar door akinesie weinig emoties kan uitdrukken, maar dat het emotionele leven niet is verminderd. De huisarts zal de patiënt en zijn gezin bij de verwerking van het probleem van de chronische ziekte kunnen helpen door in te gaan op gevoelens van onmacht en angst. Met de partner kunnen eventuele relatie en seksuele problemen worden besproken. Bij mannen kan soms in een vroeg stadium impotentie voorkomen. Daarbij gaat het, naast het krijgen van inzicht in de problematiek, ook om het stimuleren van het affectieve contact tussen patiënt en partner c.q. gezin. De patiënt zal zich vrij moeten voelen zijn gevoelens bij de gezinsleden te uiten.

Zeer belangrijk is het voorkomen van onnodige afhankelijkheid van de patiënt, zowel van zijn directe omgeving als van professionele hulpverleners. Onze samenleving is geneigd chronische patiënten in een ziekenrol en een afhankelijke positie te drukken. De huisarts zal moeten bevorderen dat de Parkinson-patiënt zoveel mogelijk zichzelf leert te helpen.

In het voorafgaande zit een paradox verborgen. Enerzijds wordt goede begeleiding bepleit, anderzijds moet onnodige afhankelijkheid worden voorkomen. Goede begeleiding is vooral het stimuleren van de eigen mogelijkheden van patiënt en zijn omgeving. Als de omgeving zich bewust is van het gevaar van onnodige afhankelijkheid, kan veel schade worden voorkomen. Patiëntenverenigingen kunnen bij de begeleiding een grote rol spelen. De huisarts zal de patiënt op deze mogelijkheid kunnen wijzen. Juist lotgenoten zijn vaak het beste in staat om zich in de gevoelens die de ziekte bij patiënten oproept, in te leven en kunnen anderen veel steun bieden.

Zowel het gevaar van te weinig als van te veel hulp kan vermeden worden, indien de arts meer aandacht besteedt aan de non-professionele hulpverlening en het stimuleren van zelfzorg.

Behandelingsplan

Al of niet in overleg met de neuroloog zal de huisarts in een gesprek met de patiënt een behandelingsplan opstellen.

Dit behandelingsplan omvat de volgende elementen:

- *Het stimuleren van voldoende lichaamsvoeding.* Reëducatie van het lopen is daarbij van belang. Fysiotherapie zal dan ook in ruime mate kunnen bijdragen aan het bevorderen van activiteiten.^{8 12 13}

Fysiotherapie is gericht op:

- verbetering van de doorbloeding van het motorisch apparaat;
- ontspanning van rigide musculatuur;
- verbetering bewegingspatroon;
- verbetering ademhaling.

Soms zal passieve bewegingstherapie nodig zijn. Actieve bewegingstherapie is echter van groot belang om de patiënt te stimuleren. De noodzaak om een patiënt met de ziekte van Parkinson steeds weer te motiveren, stelt hoge eisen aan de fysiotherapeut. Soms kan oefening in een groep nuttig zijn. Ook bij bewegingstherapie zal de omgeving een belangrijke rol vervullen. De patiënt zal bijvoorbeeld dagelijks twee maal een half uur moeten wandelen.

Regelmatig overleg tussen huisarts, neuroloog en fysiotherapeut is van belang om het behandelingsplan zo nodig te wijzigen. De fysiotherapeut kan door het regelmatige en intensieve contact een belangrijke therapeutische rol vervullen. Door het lichamelijk contact en door goed te luisteren, kan een therapeutisch klimaat ontstaan, waarin de patiënt zijn gevoelens kan uiten.

- *Het bevorderen van sociale contacten.* Dit is mogelijk door de reeds genoemde begeleiding en stimulering van de zelfstandigheid door huisarts, omgeving en vooral lotgenoten.

Adres patiëntenvereniging
Parkinson Patiënten Vereniging
Postbus 46
3980 CA Bunnik

Tijdschrift:
Papaver

- *De bewaking van het verloop van het ziekteproces.* Door regelmatige spreekuurcontacten kan de huisarts het verloop van het ziekteproces volgen. De huisarts kan bovendien een coördinerende rol tussen patiënt, gezin, neuroloog en fysiotherapeut vervullen.

- *Controle van de medicamenteuze therapie.* De medicamenteuze therapie van de ziekte van Parkinson is een race met de tijd. Aangezien de werking van levodopa in de loop der tijd afneemt en de

bijwerkingen toenemen, is het zinvol om de levodopatherapie pas te beginnen, indien fysiotherapie, in combinatie met een anticholinergicum en amantidine, niet (meer) voldoende effect heeft.¹² Na vijf jaar levodopamedicatie is minder dan de helft van de patiënten nog slechts 25 procent beter dan vóór het begin van de levodopatherapie.⁵ De timing van de levodopatherapie is afhankelijk van diverse persoonlijke factoren. Afhankelijk van invaliditeit, beroep, leeftijd, levensverwachting en verwachtingen van de patiënt, zal in overleg met de patiënt het beste tijdstip voor het begin van levodopatherapie vastgesteld moeten worden.

Volgens Van der Drift en Stooft⁸ kan in sommige gevallen in het begin volstaan worden met fysiotherapie. Juist vanwege dag- en weekschommelingen wordt op deze wijze beter een indruk gekregen van het spontaan verloop van de ziekte. Schulte formuleert de volgende principes met betrekking tot de medicamenteuze behandeling:

- begin met een anticholinergicum;
- geef niet meer dan één anticholinergicum;
- indien dit onvoldoende werkt, kan het best werkende anticholinergicum met amantidine gecombineerd worden;
- indien dit niet helpt wordt met levodopa met decarboxylaseremmer begonnen;
- bij „on off“-verschijnselen dit laatste middel weglaten.

Amantidine is vooral nuttig bij minder ernstige Parkinson-patiënten. De werking berust waarschijnlijk op indirecte verhoging van de dopamine release.⁵ Indien er al een verbetering optreedt, doet deze zich binnen 2-11 dagen voor. De werking van levodopa kan door het toevoegen van een decarboxylaseremmer, die de extracerebrale afbraak van dopamine verhindert, verbeterd worden. Er treden vooral minder perifere bijwerkingen (zoals braken en veranderingen bloeddruk) op. Bromocriptine vormt een aanvulling voor patiënten bij wie de werking van levodopa afneemt. Uit deze gegevens blijkt dat de medicamenteuze behandeling van morbus Parkinson niet eenvoudig is. De neuroloog zal in het algemeen over meer parate kennis en ervaring met de verschillende medicamenten beschikken dan de huisarts. De huisarts zal echter de patiënt kunnen helpen door na te gaan welke behandeling het beste bij de persoonlijke omstandigheden aansluit. Na het instellen van de therapie kan de huisarts dan ook vanuit de genoemde principes de patiënt verder behandelen. Door tus-

sentijdse controles en consultatie kan de neuroloog de huisarts eventueel nader adviseren.

De controle van bijwerkingen van de medicamenten verdient veel aandacht van de huisarts. Naast de bijwerkingen van de anticholinergica, zoals urinere-tentie, droge mond, en verhoogde oculaire druk, zijn vooral de bijwerkingen van levodopatherapie van belang. Het „on off”-fenomeen betreft onvoorspelbare wisselingen van het motorisch prestatieniveau, bijvoorbeeld het wisselen van akinesie en hypotoon/hyperkinesie. Soms is een klinische observatie met een „drug holiday” noodzakelijk.

Samenspel

In het rapport *Kenmerken II* wordt morbus Parkinson tot het gebied van de specialist gerekend.¹ Bij analyse van gegevens uit de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie bleek echter slechts 10 procent van de patiënten met Parkinsonisme te worden verwezen, terwijl 7 procent werd opgenomen.¹⁴ Daarbij dient te worden bedacht dat bij morbiditeitsregistratie geen scherp onderscheid wordt gemaakt tussen de klassieke morbus Parkinson en Parkinsonisme. Het grootste deel van de bij de CMR geregistreerde patiënten met Parkinsonisme bleek 75 jaar en ouder te zijn. Veelal zal het om de atherosclerotische vorm van Parkinsonisme gaan, waardoor verwijzing meestal zinloos en zelfs ongewenst zal zijn.

Wanneer zal de huisarts een patiënt naar de neuroloog verwijzen?

De belangrijkste indicatie is het overwegen van levodopatherapie. Het instellen van levodopatherapie vereist veel kennis en ervaring, terwijl meer diagnostische zekerheid noodzakelijk is. Zolang de huisarts in overleg met de patiënt het geven van levodopatherapie (nog) niet noodzakelijk acht, is verwijzing in het algemeen niet noodzakelijk. Aan de hand van de werkhypothese „Parkinsonisme” kan de huisarts zelf de patiënt behandelen. Indien, ondanks fysiotherapie, anticholinergica en eventueel amantidine, de patiënt in een voor hem onaanvaardbare leefsituatie verkeert, zal de huisarts hem naar de neuroloog verwijzen. Andere indicaties kunnen zijn: het optreden van bijwerkingen van medicamenten, en het met zekerheid willen stellen van de diagnose (bijvoorbeeld indien de huisarts een andere neurologische ziekte overweegt op grond van een onduidelijk ziektebeeld). Zoals bij elke verwijzing gaat het om het

afwegen van voor- en nadelen van een verwijzing tegen achtergrond van persoon en leefsituatie. Ook de eigen deskundigheid en ervaring van de huisarts spelen een rol. Als regel geldt dat hoe jonger de patiënt is, des te meer redenen er bestaat om de neuroloog te consulteren. Bij twijfelgevallen komt consultatie in aanmerking. In overleg met de neuroloog kan het therapeutisch beleid aangepast worden en kan worden nagegaan of verwijzing zinvol is.

De neuroloog zal vooral als begeleider van de huisarts optreden.¹⁴ De huisarts heeft weliswaar minder ervaring met het klassieke ziektebeeld, maar hij heeft anderzijds ook een aantal voordelen ten opzichte van de neuroloog. De huisarts beschikt over inzicht in ziekte- en gezondheidsgedrag van patiënt en gezin. Hij heeft meer inzicht op de dag-weekschommelingen van de patiënt en kent zijn persoonlijke omstandigheden. Deze gegevens zijn van groot belang, bijvoorbeeld om het tijdstip vast te stellen, waarop met levodopatherapie begonnen wordt.

De ziekte van Parkinson is een goed voorbeeld van een chronische ziekte waarbij de behandeling op de persoonlijke omstandigheden afgestemd dient te worden. Informatie, begeleiding en tertiaire preventie behoren zeker tot de taak van de huisarts. Tenslotte zal de huisarts, bijvoorbeeld door informatie over Parkinson Patiënten Vereniging, de zelfzorg kunnen stimuleren. Indien verwijzing geïndiceerd is, zal het belang van de Parkinson-patiënt het beste gediend zijn met een duidelijk gestructureerde samenwerkingsvorm tussen neuroloog en huisarts.

Jacobs en De Melker onderscheiden verschillende samenwerkingsvormen, waarbij de onderlinge taakverdeling tussen huisarts en specialist wordt afgestemd op de behoefte van de patiënt en de aard en omvang van het probleem.¹⁵ Bij chronische patiënten zou van gezamenlijke behandeling gesproken kunnen worden. Bij deze samenwerkingsvorm wordt de patiënt door de specialist een of twee maal per jaar voor controle en advies gezien, terwijl de huisarts de verdere controle op zich neemt. Indien zich problemen voordoen, kan de huisarts via consultatie of tussentijds specialistisch bezoek nadere adviezen krijgen. Een dergelijke gestructureerde samenwerkingsvorm biedt een aantal voordelen. In de eerste plaats is er sprake van duidelijke taakverdeling tussen de verschillende hulpverleners, hetgeen langs elkaar heen werken kan voorkomen,

terwijl de huisarts als gezinsarts zijn coördinerende functie kan blijven vervullen. Juist bij de ziekte van Parkinson, waarbij het gezin zo belangrijk is voor de behandeling, kan de huisarts die functie benutten, zowel bij de diagnostiek als bij de behandeling. Bovendien is coördinatie met de fysiotherapeut in deze opzet beter mogelijk. Juist bij chronische patiënten is behandeling zo dicht mogelijk bij het eigen leefmilieu van het grootste belang.

Indien huisarts en neuroloog tot een goede taakverdeling komen, zal de vraag of de huisarts een bepaalde patiënt al of niet moet verwijzen, naar de achtergrond verschuiven. Vaak vormt de belasting van specialistisch onderzoek en van controles voor de huisarts een reden om patiënten niet te verwijzen.

Wil een dergelijke samenwerkingsvorm kans van slagen hebben, dan zal de huisarts door literatuurstudie op de hoogte moeten blijven van de problemen van Parkinson-patiënten. Bovendien zullen huisarts en neuroloog hun wederzijdse hulpverleningsactiviteiten op elkaar moeten afstemmen. Bij verwijzing zal de huisarts een duidelijk en concreet voorstel moeten formuleren met betrekking tot de wijze van samenwerken en de onderlinge taakafbakening. Indien de neuroloog de huisarts „buiten spel” zet, zal nader contact nodig zijn.

Slotbeschouwing

In het kader van dit artikel zijn slechts enkele algemene aspecten ter sprake gekomen. Voor de beschrijving van de pathofysiologie, de differentiële diagnostiek en de medicamenteuze en eventueel operatieve behandeling van de ziekte van Parkinson wordt naar de literatuur verwezen.^{5 7 8 13 16}

Omdat de ziekte van Parkinson een progressieve ziekte is, met belangrijke consequenties voor de patiënt en zijn omgeving, vraagt de begeleiding door de huisarts veel tijd, invoelend vermogen en vakkennis. Uit onze beschouwing zal duidelijk zijn geworden dat de behandeling van morbus Parkinson veel meer omvat dan het voorschrijven van verschillende medicamenten. Goede informatie, ingaan op de emotionele problemen van de patiënt en een goede coördinatie van de verschillende hulpverleners zijn evenzeer van belang als het bepalen van de juiste keuze en dosering van de medicamenten.

Literatuur op p. 100.