

# Gezondheidsproblemen van mensen met verstandelijke beperkingen in de huisartsenpraktijk

Henny van Schrojenstein Lantman-de Valk, Jos Straetmans, François Schellevis, Geert-Jan Dinant

## Inleiding

Mensen met verstandelijke beperkingen krijgen niet altijd de gezondheidszorg die ze nodig hebben; als zij gezondheidsproblemen hebben, blijven die nogal eens onopgemerkt en onbehandeld.<sup>1,2</sup> Door de vermaatschappelijking van de zorg zijn veel mensen met verstandelijke beperkingen verhuisd uit grote instellingen naar kleinschalige woonvoorzieningen in dorpen en steden, waar ze zich hebben ingeschreven in huisartsenpraktijken. Huisartsen hebben aangegeven dat ze behoefte hebben aan extra scholing om deze specifieke patiëntengroep de juiste zorg te kunnen geven.<sup>3</sup>

Wil men die scholing kunnen ontwikkelen, dan moet men in kaart brengen welke behoeften mensen met verstandelijke beperkingen hebben als het gaat om huisartsenzorg. Tot nu toe is over die behoeften nog maar weinig bekend.<sup>4</sup> In de literatuur vonden we bijvoorbeeld geen gegevens over de contactfrequentie van mensen met verstandelijke beperkingen met hun huisarts.

In de Tweede Nationale Studie heeft het NIVEL gedurende een jaar gegevens verzameld over alle patiëntcontacten in de deelnemende praktijken. In dit gegevensbestand onderzochten we welke zorgbehoeften mensen met verstandelijke beperkingen hadden, wat de contactfrequentie was, welke problemen ze presenterden en welke

medicatie werd voorgeschreven. Onze onderzoeksvragen waren:

- ▶ Hoe vaak hebben mensen met verstandelijke beperkingen contact met hun huisarts en hoe vaak krijgen ze medicatie voorgeschreven? Wat zijn de verschillen met mensen zonder deze beperkingen in dezelfde praktijken?
- ▶ Met welke gezondheidsproblemen komen mensen met verstandelijke beperkingen en controlepersonen bij de huisarts? Wat is de prevalentie van die gezondheidsproblemen in beide groepen?
- ▶ Waarin verschillen de recepten die de huisarts uitschrijft voor mensen met verstandelijke beperkingen van die voor controlepersonen?

## Methode

### Gegevensverzameling

Voor de beantwoording van onze vragen gebruikten we gegevens die zijn verzameld in het kader van de Tweede Nationale Studie in 2001.<sup>5</sup> Het gaat daarbij om contacten met de huisarts, diagnoses en voorgeschreven geneesmiddelen, geregistreerd in de elektronische medische dossiers van bijna 400.000 mensen in 104 huisartsenpraktijken.

In dit bestand spoorden wij mensen met verstandelijke beperkin-

## Samenvatting

Van Schrojenstein Lantman-de Valk HJM, Jos MJAA, Schellevis FG, Dinant GJ. Gezondheidsproblemen van mensen met verstandelijke beperkingen in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2008;51(2):62-5.

In dit onderzoek hebben wij geanalyseerd hoe vaak mensen met verstandelijke beperkingen bij de huisarts komen, welke gezondheidsproblemen zij dan hebben en welke medicijnen de huisarts hen voorschrijft. Wij brachten dit in kaart met behulp van gegevens uit de Tweede Nationale Studie, en gingen tevens na welke verschillen er waren met controlepersonen zonder verstandelijke beperkingen. Mensen met verstandelijke beperkingen bleken 1,7 maal zo vaak contact te hebben met hun huisarts. Ze kwamen met andere ziekten bij de huisarts en kregen viermaal zo veel herhaalrecepten. Dit betekent een extra werklast voor de huisarts.

Stichting Pepijn en Paulus, Echt; Vakgroep Huisartsgeneeskunde, School for Care and Public Health Research (Caphri), Universiteit Maastricht,

Postbus 616, 6200 MD Maastricht: dr. H.M.J. van Schrojenstein Lantman-de Valk, universitair docent; prof.dr. G-J. Dinant, hoofdleraar Huisartsgeneeskunde. Afdeling Keel-, neus- en oorheelkunde, Academisch ziekenhuis Maastricht, Maastricht: J.M.J.A.A. Straetmans, aios. NIVEL en Afdeling Huisartsgeneeskunde/EMGO Instituut, VUmc, Amsterdam: prof.dr. F.G. Schellevis, bijzonder hoogleraar Huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: henny.lantman@hag.unimaas.nl

Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.

Dit onderzoek werd uitgevoerd met subsidie van ZorgOnderzoek Nederland (ZonMw) in het kader van het programma Innovatie in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen (projectnummer 13350013).

Dit artikel is een bewerking van: Straetmans JM, Van Schrojenstein Lantman-de Valk HM, Schellevis FG, Dinant GJ. Health problems of people with intellectual disabilities: the impact for general practice. *Br J Gen Pract.* 2007;57:64-6. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

### Wat is bekend?

- ▶ Mensen met verstandelijke beperkingen krijgen niet altijd de gezondheidszorg die ze nodig hebben.
- ▶ Huisartsen krijgen, als gevolg van de vermaatschappelijking van de zorg, steeds vaker te maken met patiënten met verstandelijke beperkingen.

### Wat is nieuw?

- ▶ Mensen met verstandelijke beperkingen hebben 1,7 maal zo vaak contact met hun huisarts als mensen zonder verstandelijke beperkingen.
- ▶ Ze komen bovendien met andere ziekten bij de huisarts en krijgen vaker een herhaalrecept.
- ▶ Dit betekent een extra werklast voor de huisarts en vraagt om specifieke scholing.

gen op drie manieren op. Ten eerste doorzochten wij het elektronisch registratiesysteem op code P85 (mentale retardatie) van de International Classification of Primary Care (ICPC). Daarnaast gebruikten wij een speciaal ontwikkeld zoekprogramma dat zocht naar sleutelwoorden die verwezen naar verstandelijke beperkingen.<sup>6</sup> Tot slot gaven wij de deelnemende huisartsen ook papieren formulieren met steekwoorden die verwezen naar de internationale definitie van verstandelijke beperkingen.<sup>7</sup> Elke aldus geïdentificeerde patiënt matchten wij (voorzover mogelijk) met vijf mensen in dezelfde praktijk, zonder verstandelijke beperkingen maar van hetzelfde geslacht en binnen dezelfde leeftijdsgroep van vijf jaar. De onderzoeksopzet was dus een zogeheten 1 : 5 nested case-controlonderzoek.

### Analyses

Wij analyseerden de gegevens met SPSS 11.0 en Epistat. Met behulp van de chikwadraattoets en de gepaarde t-toets vergeleken wij contactfrequenties, diagnoses en voorgeschreven medicatie (op ATC-code). De tien diagnoses die het vaakst gesteld werden bij mensen met verstandelijke beperkingen vergeleken wij met die in de controlegroep. Van de gevonden verschillen berekenden wij de oddsratio en de p-waarde met behulp van de chikwadratverdeling en de exacte toets van Fisher.

## Resultaten

### Onderzoekspopulatie

In 87 huisartsenpraktijken vonden wij, bij een gemiddelde praktijkgrootte van 2350 patiënten, gemiddeld 10 mensen met een verstandelijke beperking (mediaan 8; spreiding 0-70). Van deze praktijken moesten wij er vier van het onderzoek uitsluiten omdat de verzamelde gegevens incompleet waren en gaven de huisartsen uit twaalf praktijken aan dat zij geen

mensen met verstandelijke beperkingen in hun praktijk hadden. In de overgebleven 71 praktijken vonden wij 868 mensen met verstandelijke beperkingen; de gematchte controlegroep bevatte 4305 personen. Bij de analyse van de medicatievoorschriften vielen nog eens twee praktijken af vanwege softwareproblemen.

### Frequentie van contacten en medicatievoorschriften

In 2001 hadden 712 van de 868 mensen uit de onderzoeksgroep (82%; 95%-BI 79-84) minstens éénmaal contact met hun huisarts, tegenover 2975 personen uit de controlegroep (69%; 95%-BI 67-70). De huisarts schreef ten minste éénmaal medicatie voor aan 645 mensen met een verstandelijke beperking (75%; 95%-BI 72-78) en aan 2505 controlepersonen (59%; 57-60). De patiënten uit de onderzoeksgroep hadden in het onderzoeksjaar gemiddeld 5,4 contacten (spreiding 0-41), de controlepersonen gemiddeld 3,2 contacten (spreiding 0-53) (gepaarde t-toets:  $p < 0,001$ ).

### Diagnoses

De tien diagnoses die het vaakst voorkwamen bij mensen met verstandelijke beperkingen (zie tabel 1) betroffen slechts 18,3% van alle contacten. De meest gestelde diagnoses bij mensen met verstandelijke beperkingen waren epilepsie en huidinfecties. De diagnoses waarin de grootste verschillen met de controlepopulatie optraden (en die niet noodzakelijk in de getoonde top-tien voorkomen), betroffen psychische, dermatologische, gastro-intestinale, neurologische en oorproblemen.

### Prevalentie

Dermatomyose en acute bovensteluchtweginfecties hadden over beide groepen genomen de hoogste prevalentie: respectievelijk 87 en 84 per 1000 mensen met verstandelijke beperkingen en respectievelijk 44 en 52 per 1000 controlepersonen (chikwadraattoets:  $p < 0,001$ ). De diagnose waarbij het verschil tussen beide groepen het grootst was, was epilepsie: de prevalentie onder mensen met verstandelijke beperkingen was 72 per 1000 praktijkpatiënten, in de controlegroep 2 per 1000. Een ander relevant prevalentieverschil betrof obstipatie, relevant omdat miskende obstipatie potentieel letaal is (acute buik door ileus): de prevalentie van obstipatie was 45 per 1000 praktijkpatiënten bij

Tabel 1 Voorkomen van de tien meest gestelde diagnoses in de huisartsenpraktijk per duizend patiëntcontacten per jaar

Diagnose	Met verstandelijke beperkingen (n = 868)	Controlegroep (n = 4305)
1 Epilepsie	172,8	3,2
2 Dermatomyose	123,2	55,5
3 Diabetes mellitus	111,7	61,5
4 Acute bovensteluchtweginfectie	109,4	62,4
5 Overmatig cerumen	95,6	29,5
6 Contacteczeem/ander eczeem	86,4	51,3
7 Geen ziekte	76,0	20,6
8 Slapeloosheid en andere slaapproblemen	69,1	20,4
9 Andere huidinfectie/erysipelas	69,1	9,7
10 Medicatie/voorschrift/injectie	67,9	23,0

Alle diagnoses werden vaker gesteld bij mensen met verstandelijke beperkingen (chikwadraattoets:  $p < 0,001$ ).

mensen met verstandelijke beperkingen tegenover 9 per 1000 bij controlepersonen.

#### Medicatievoorschriften

De deelnemende huisartsen gaven in totaal 3014 recepten aan 562 mensen met verstandelijke beperkingen (66%; 95%-BI 63-69). Het ging daarbij met name om neuroleptica, anti-epileptica en laxantia (tabel 2). Van de controlepersonen kregen er 2191 (52%; 95%-BI 50-53%) in totaal 9206 recepten van hun huisarts (chikwadraattoets:  $p < 0,001$ ). Patiënten met verstandelijke beperkingen kregen vaker een recept dan die in de controlegroep: over het onderzoeksjaar gerekend gemiddeld 4,3 tegenover 3,1 recepten (gepaarde t-toets:  $p = 0,001$ ). Mensen met verstandelijke beperkingen verlieten de huisarts echter vaker zonder recept: het percentage contacten waarbij de huisarts een recept uitschreef was bij mensen met verstandelijke beperkingen kleiner dan bij de controlepersonen. Welk soort recept de huisarts bij een gegeven diagnose gaf, verschilde echter niet significant tussen de beide groepen.

De deelnemende huisartsen schreven in totaal 4608 herhaalrecepten uit voor 440 mensen met verstandelijke beperkingen (52%; 95%-BI 48-55) en 6771 herhaalrecepten voor 1374 controlepersonen (32%; 95%-BI 31-34) (tabel 3). In totaal kregen de 853 personen in de onderzoeksgroep gemiddeld 5,4 herhaalrecepten en de 4240 controlepersonen gemiddeld 1,6 herhaalrecepten (chikwadraattoets:  $p < 0,001$ ).

#### Discussie

Mensen met verstandelijke beperkingen legden 1,7 maal zo veel gezondheidsproblemen aan de huisarts voor als controlepersonen. Daarbij ging het met name om epilepsie en om dermatologische en psychische problemen. Het gevonden morbiditeitspatroon van mensen met verstandelijke beperkingen is in overeenstemming met de bevindingen van eerdere onderzoeken.<sup>3</sup>

Van de mensen met verstandelijke beperkingen kreeg 75% medicatie voorgeschreven, tegenover 59% van de mensen in de controlegroep. Het grotere aantal recepten kan slechts gedeeltelijk verklaard worden door de hogere contactfrequentie: mensen met verstandelijke beperkingen hadden ook vaker contacten waarbij de huisarts geen recept uitschreef. Huisartsen schrijven dus niet vaker medicatie voor aan mensen met verstandelijke beperkingen dan aan anderen. Er was geen verschil tussen beide groepen in het soort recept per gestelde diagnose; de arts schrijft dus ook niet anders voor aan mensen met verstandelijke beperkingen. Wel kregen deze patiënten bijna viermaal zoveel herhaalrecepten als de controlepersonen, en meestal ging het dan om chronische psychiatrische medicatie en anti-epileptica.

Ons onderzoek heeft bruikbare informatie opgeleverd over de contactfrequentie en de diagnoses van mensen met verstandelijke beperkingen in de huisartsenpraktijk. Het onderzoek geeft voor het eerst inzicht in het voorschrijfgedrag en de bijbehorende extra werklast voor de huisarts bij deze categorie patiënten.

Omdat de onderzoeksgegevens afkomstig zijn uit de Tweede

Nationale Studie van het NIVEL gaan we ervan uit dat de externe validiteit van de resultaten ruim voldoende is.

Een beperking van ons onderzoek is dat de proefpersonen met verstandelijke beperkingen – bij gebrek aan een goede methode – zijn geselecteerd op drie niet-gestandaardiseerde manieren. De huisartsen die in 2001 aangaven dat hun praktijk geen mensen met verstandelijke beperkingen bevatte, hebben – gezien het sindsdien gegroeide aantal verhuizingen uit instellingen naar kleinschalige woonvoorzieningen – zulke mensen inmiddels waarschijnlijk wel in hun praktijk. Voor verder onderzoek naar de gezondheid van deze mensen en naar hun behoeften aan doelgerichte gezondheidszorg is het aan te bevelen consensus te bereiken over het identificeren van deze categorie patiënten in huisartsenpraktijken.

Tabel 2 Aantal recepten per ATC-groep per duizend patiënten per jaar

Geneesmiddelen	Mensen met verstandelijke beperkingen (n = 701)	Controlegroep (n = 2936)	p*
1 Neuroleptica	444	192	< 0,001
2 Antibiotica	256	239	0,013
3 Anti-epileptica	194	11	< 0,001
4 Anti-inflammatoire middelen en antireumatica	182	204	0,640
5 Geslachtshormonen en andere geneesmiddelen voor het genitale systeem	181	204	0,696
6 Corticosteroiden en andere huidpreparaten	174	110	< 0,001
7 Anti-astmamedicatie	174	169	0,078
8 Dermatologische antimycotica	149	86	< 0,001
9 Laxantia	143	46	< 0,001
10 Geneesmiddelen voor oogheelkundig gebruik	143	72	< 0,001

\* Chikwadraattoets

Tabel 3 Aantal herhaalrecepten per ATC-groep per duizend patiënten per jaar

Geneesmiddelen	Mensen met verstandelijke beperkingen (n = 440)	Controlegroep (n = 1374)	p*
1 Neuroleptica	1929	391	< 0,001
2 Anti-epileptica	1127	41	< 0,001
3 Psychoanaleptica	504	158	< 0,001
4 Anti-astmamedicatie	461	365	< 0,001
5 Geslachtshormonen en andere geneesmiddelen voor het genitale systeem	361	394	0,416
6 Analgetica	318	191	< 0,001
7 Antacida en geneesmiddelen tegen dyspepsie	282	211	0,016
8 Laxantia	257	1	< 0,001
9 Geneesmiddelen tegen schildklierandoeningen	234	51	< 0,001
10 Diuretica	216	124	< 0,001

\* Chikwadraattoets

Een andere beperking van ons onderzoek is dat communicatieproblemen tussen mensen met verstandelijke beperkingen en huisartsen het bemoeilijken om diagnoses te stellen, en daarmee ook het onderzoek naar gezondheidsproblemen en medicatievoorschriften. Om meer inzicht te krijgen in deze communicatieproblemen en de gevolgen daarvan zou men de contacten tussen de patiënt met verstandelijke beperkingen en de huisarts verbatim moeten onderzoeken.

In de serie Project Individuele Nascholing (PIN) van het NHG verscheen in 2006 een eerste module over huisartsenzorg voor mensen met verstandelijke beperkingen.<sup>9</sup> Extra scholing over de gezondheidsproblemen van mensen met verstandelijke beperkingen kan huisartsen vertrouwer maken met ziekten die specifiek in deze groep voorkomen. De eerstelijnszorg voor mensen met verstandelijke beperkingen zal daar beslist beter van worden.

#### Literatuur

1 Baxter H, Lowe K, Houston H, Jones G, Felce D, Kerr M. Previously unidentified morbidity in patients with intellectual disability. *Br J Gen Pract* 2006;56:93-8.

- 2 Lindsay P, Burgess D. Care of patients with intellectual or learning disability in primary care: no more funding so will there be any change? *Br J Gen Pract* 2006;56: 84-6.
- 3 Phillips A, Morrison J, Davis RW. General practitioners' educational needs in intellectual disability health. *J Intellect Disabil Res* 2004;48(Pt 2):142-9.
- 4 Cooper S-A, Melville C, Morrison J. People with intellectual disabilities: their health needs differ and need to be recognized and met. *BMJ* 2004;329:414-5.
- 5 Van Schrojenstein Lantman-de Valk HM, Metsemakers JF, Haveman MJ, Crebolder HF. Health problems in people with intellectual disability in general practice: a comparative study. *Fam Pract* 2000;17:405-7.
- 6 Poortvliet MC, Verheij RA, Schellevis FG. Het verbeteren van de problemlijst met een elektronisch zoekprogramma. *Huisarts Wet* 2005;48:391-4.
- 7 Lennox NG, Diggins JN, Ugoni AM. The general practice care of people with intellectual disability: barriers and solutions. *J Intellect Disabil Res* 1997;41(Pt 5):380-90.
- 8 Luckasson R, Borthwick-Duffy S, Buntinx WHE, Coulter D, Craig E, Reeve A, et al. Mental retardation. In: American Association of Mental Retardation. Definitions, classification and systems of support. Washington: AAMR, 2002.
- 9 Wullink M, Van Schrojenstein Lantman-de Valk HJM, Dinant GJ. Huisartsenzorg voor mensen met verstandelijke beperkingen. Project Individuele Nascholing. Utrecht: Nederlands Huisartsengenootschap 2006.

# Ernst en gevolgen van urine-incontinentie bij zwangere vrouwen

C Woldringh, M van den Wijngaart, ALM Lagro-Janssen

## Inleiding

Urine-incontinentie komt op alle leeftijden voor. Bij jonge vrouwen varieert de prevalentie van 15% tot 18%.<sup>1,2</sup> Met het ouder worden stijgen deze percentages van 25-30% bij vrouwen in de middelbare leeftijd tot 30-40% bij 65-plussers.<sup>3,4</sup> De impact op de kwaliteit van leven is groot.<sup>5</sup>

Een of meerdere doorgemaakte bevallingen beschouwt men als een belangrijke risicofactor voor urine-incontinentie, in het bijzonder voor stressincontinentie (SUI).<sup>1,2,6</sup> Vooral de eerste bevalling is riskant.<sup>1</sup> Dit verhoogde risico ontstaat doordat de bevalling schade aanricht bij de bekkenbodem. Oorzaken van die beschadiging zijn obstetrische factoren zoals een vaginale geboorte, een hoog geboortegewicht, een tangverlossing, een langdurige bevalling of langdurig persen en het gebruik van prostaglandinen om weeën kunstmatig op te wekken.<sup>6-9</sup>

Ook de zwangerschap op zich kan een risicofactor zijn. Stressincontinentie na de bevalling is in de meeste gevallen al tijdens de zwangerschap ontstaan<sup>7,10,11</sup> en incontinentie is tijdens de zwangerschap een sterke voorspeller voor stressincontinentie in de eerste twaalf maanden na de bevalling.<sup>7</sup> Als voorspellers voor urineverlies tijdens de zwangerschap noemt men eerdere

perioden van incontinentie en aantal eerdere geboorten en nycturie.<sup>12,13</sup> De kwaliteit van de bekkenbodemspieren speelt hierbij een belangrijke rol: vrouwen die in de maand voorafgaand aan de twintigste week van de zwangerschap continent waren, hebben beter functionerende bekkenbodemspieren dan degenen die dat niet waren.<sup>14</sup> Meestal verdwijnen incontinentieverschijnselen binnen drie maanden na de bevalling.<sup>7,10</sup> Vrouwen bij wie dat niet het geval is, hebben meer kans op een blijvende incontinentie.<sup>11</sup> Tot slot gelden sommige kenmerken van de moeder zelf als risicofactor voor urine-incontinentie, zoals overgewicht en eerdere infecties aan de urinewegen.<sup>15-17</sup>

In de meeste onderzoeken meet men de ernst van de incontinentie door de frequentie en hoeveelheid van het urineverlies te inventariseren of door het urineverlies met een padtest te meten. Ook gebruikt men de impact van urine-incontinentie op de kwaliteit van het leven steeds meer als maat voor de ernst van incontinentie.<sup>18</sup> Daarnaast groeit het besef dat de gevolgen van incontinentie voor het welbevinden niet alleen worden bepaald door de ernst van de incontinentie, maar ook door iemands psychosociale aanpassing aan de incontinentie.<sup>19</sup> Men gaat er meestal vanuit dat zwangere vrouwen hun urine-incontinentie niet als een pro-