

# Optimalisering van de zorg aan CVA-patiënten in de huisartsenpraktijk

Trudi van den Bos, Anne Visser-Meily, Job van Exel

## Inleiding

Door de vergrijzing zal het aantal CVA-patiënten fors stijgen. Naar schatting groeit het aantal patiënten tussen 2000 en 2020 met 27%, van circa 118.000 in 2000 tot circa 152.000 in 2020.<sup>1</sup> CVA-patiënten ervaren een zware ziektelast: een CVA kan leiden tot lichamelijke, cognitieve en emotionele stoornissen. Het is één van de belangrijkste oorzaken van invaliditeit en sterfte in Nederland. In de nabije toekomst dreigt een kloof te ontstaan tussen vraag en aanbod in de zorg voor deze patiënten.<sup>2</sup>

De zorg voor CVA-patiënten valt grotendeels onder de regie van

## Samenvatting

Van den Bos GAM, Visser-Meily JMA, Van Exel NJA. Optimalisering van de zorg aan CVA-patiënten in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2007;50(11):552-6.

Door de vergrijzing zal het aantal CVA-patiënten fors stijgen. De zorg voor deze patiëntengroep valt grotendeels onder regie van de huisarts. Als *stroke services* landelijk zijn geïmplementeerd, zal het beroep op de eerstelijnszorg verder toenemen. Daardoor dreigt in de nabije toekomst een kloof tussen vraag en aanbod in de zorg voor CVA-patiënten.

Huisartsen kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de optimalisering van de zorg over de hele zorgketen en daarmee de zorg in de thuissituatie op langere termijn waarborgen. Instrumenten hiervoor zijn: effectieve preventie van cardiovasculaire risicofactoren op basis van multidisciplinaire richtlijnen en meer aandacht voor therapietrouw bij het opvolgen van leefstijladviezen of preventieve medicatie; betere samenwerking in de acute zorgketen; verdergaande delegatie van de chronische zorg aan de praktijkondersteuner; tijdige onderkenning van overbelasting van mantelzorgers en praktische en emotionele ondersteuning. Als huisartsen hun praktijk en organisatie meer inrichten op de toenemende zorgvraag van CVA-patiënten en hun mantelzorgers, zal hun tot op heden weinig uitgesproken positie in de zorg voor CVA-patiënten plaatsmaken voor een herkenbare en sturende positie.

AMC, afdeling Sociale Geneeskunde, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam; prof.dr. G.A.M. van den Bos, hoogleraar sociale geneeskunde; UMCU, afdeling revalidatie & sportgeneeskunde; dr. J.M.A. Visser-Meily, revalidatiearts; Erasmus MC, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg; N.J.A. van Exel, gezondheidseconoom.

Correspondentie: g.a.vandenbos@amc.uva.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

de huisarts. Het merendeel van de patiënten keert na ziekenhuisopname en revalidatiebehandeling terug naar huis. Na de landelijke implementatie van *stroke services* zal de druk op de eerstelijnszorg verder toenemen. Huisartsen kunnen helpen om de zorg in de thuissituatie op langere termijn te handhaven door optimalisering van de zorg over de volle breedte: preventieve, acute en chronische zorg, en ondersteuning van de mantelzorg.

## Preventieve zorg

De huisarts heeft een uitgesproken verantwoordelijkheid bij de preventie van CVA's, met name door cardiovasculair risicomanagement en het stimuleren van een gezonde leefstijl. Vaak is het medisch handelen in overeenstemming met de richtlijnen rond cardiovasculaire risicofactoren zoals hypertensie, cholesterol en diabetes mellitus – maar verbeteringen zijn mogelijk.<sup>3</sup> Zo kunnen huisartsen het opstellen van een cardiovasculair risicoprofiel vaker overlaten aan de praktijkassistente of praktijkondersteuner. Versterking van de praktijkondersteuning zorgt voor inbedding van preventie in het huisartsgeneeskundig handelen, zoals een verbeterde opsporing van diabetespatiënten. Daarnaast kan de huisarts meer advies geven over het verlagen van cardiovasculaire risico's door een gezondere leefstijl, al dan niet gecombineerd met medicamenteuze behandeling.

In tegenstelling tot wat vaak wordt beweerd, krijgt de huisarts een grote verantwoordelijkheid toebedeeld op het gebied van gezonde leefstijl. Uit de enquête die TNS NIPO in 2006 uitvoerde ter gelegenheid van het 50-jarig jubileum van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), blijkt een brede consensus onder huisartsen én Nederlanders over de preventieve rol van huisartsen.<sup>4</sup> De overgrote meerderheid vindt dat de huisarts een 'gezonde leefstijl' bij zijn patiënten aan de orde moet stellen. Huisartsen (95%) zijn hierover zelfs stilliger dan de algemene bevolking (85%).

Aandacht voor therapietrouw is daarbij essentieel. De mate waarin de patiënt leefstijladviezen of preventieve medicatie opvolgt, bepaalt voor een belangrijk deel het succes van de preventieve zorg. Therapietrouw is een groot, en vaak onderschat probleem. Meer dan 50% van de patiënten neemt de geneesmiddelen niet volgens voorschrift in of stopt de behandeling voortijdig.<sup>5</sup> Therapietrouw kan verbeteren door heldere communicatie en gezamenlijke besluitvorming, waarbij de huisarts zijn patiënt respecteert als partner met eigen deskundigheid en overtuigingen.

Uit onderzoek blijkt dat burgers meer vertrouwen hebben in gezondheidszorginterventies dan in strategieën op het terrein van de openbare gezondheid.<sup>6</sup> Preventieve interventies vanuit de huisartsenzorg hebben daarom meer kans van slagen dan alge-

mene voorlichting.

In 2006 zijn de afzonderlijke richtlijnen geïntegreerd in de multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement.<sup>7</sup> Effectieve preventie van cardiovasculaire risicofactoren door de huisarts kan veel gezondheidswinst opleveren en daarmee op zijn minst uitstel van de vraag naar zorg.

### Acute zorg

Jaarlijks krijgen tussen de 34.000<sup>1</sup> en 41.000<sup>8</sup> personen in Nederland een beroerte. Tot voor kort was er voor CVA-patiënten in de acute fase geen effectieve behandeling beschikbaar. Dit is veranderd door de ontwikkeling van *stroke units* en behandeling met trombolyse.<sup>9,10</sup> De gewijzigde inzichten zijn verwerkt in de NHG-Standaard CVA<sup>11</sup> en de Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) TIA/CVA van het NHG en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN).<sup>12</sup> CVA-patiënten moeten altijd verwezen worden naar een stroke unit – tenzij de uitvalsverschijnselen gering zijn of spontaan sterk verbeteren. Patiënten moeten binnen drie uur na het ontstaan van de uitvalsverschijnselen opgenomen zijn op de stroke unit om in aanmerking te komen voor trombolyse. Door de strenge voorwaarden voor trombolyse komt maar 20% tot 25% patiënten hiervoor in aanmerking. Momenteel varieert het percentage CVA-patiënten dat trombolyse krijgt, sterk per ziekenhuis: van 0% tot 17%.<sup>13</sup>

Gebrek aan kennis blijkt een belangrijke oorzaak te zijn van vertraging van het spoedvervoer bij een beroerte.<sup>14</sup> Dat geldt zowel voor professionals als voor het publiek. In 2005 voerde de Nederlandse Hartstichting de landelijke publiekscampagne 'Herken een beroerte FAST'. In de campagne maakte men de *face-arm-speech-time-test* (FAST-test) bekend bij het brede publiek. Een groot deel van de patiënten wordt nog steeds niet direct in het ziekenhuis opgenomen. Naar schatting gaat dat om 30% tot 50% van alle patiënten die een beroerte krijgen.<sup>2</sup> We kunnen dus nog veel verbeteren in de acute zorgketen.

Daarnaast zijn er grote verschillen in hoe de regio's het landelijke protocol toepassen.<sup>14</sup> In verschillende regio's waren de huisartsen niet betrokken bij de regionale afspraken, wat indruist tegen de landelijke transmurale afspraken. Om onnodige gezondheidsschade te voorkomen, is het cruciaal dat huisartsen betrokken zijn in de acute CVA-zorgketen.

### Chronische zorg

Tot voor kort was de zorg voor CVA-patiënten sterk versnipperd en was er weinig coördinatie en afstemming tussen de betrokken hulpverleners en voorzieningen. Dit is de laatste jaren sterk verbeterd. De organisatie van de zorg in *stroke services* gaf meer samenhang in de zorg.<sup>9</sup> Via doorbraakprojecten is de kennis over de nieuwe organisatie aangeboden aan meerdere regio's in Nederland.<sup>13</sup> De landelijke implementatie van *stroke services* brengt belangrijke verschuivingen in de zorg teweeg. Patiënten blijven aanzienlijk korter in het ziekenhuis, waardoor het beroep op de eerstelijnszorg en de mantelzorg toeneemt.<sup>15,16</sup>

De ketenzorg voor CVA-patiënten, met vaak het ziekenhuis als

### De kern

- ▶ Er dreigt een kloof te ontstaan tussen vraag en aanbod in de zorg voor CVA-patiënten.
- ▶ Huisartsen kunnen bijdragen aan continuering van zorg in de thuissituatie door de hele zorgketen te optimaliseren.
- ▶ Sterkere praktijkondersteuning leidt tot een betere inbedding van preventie in het huisartsgeneeskundig handelen en een effectievere preventie van cardiovasculaire risicofactoren.
- ▶ Huisartsen moeten structureel betrokken zijn bij regionale afspraken over de acute zorg.
- ▶ De huisarts moet de chronische zorg gericht delegeren aan de praktijkondersteuner.
- ▶ Het monitoren en ondersteunen van mantelzorgers is een belangrijk onderdeel van de begeleiding van chronisch zieken en van het takenpakket van praktijkondersteuners.

voortrekker, is gericht op een goede samenwerking, samenhang en netwerkvorming tussen ziekenhuisvoorzieningen en andere intra- en extramurale voorzieningen. Patiëntgerichte ketens lijken in de praktijk voornamelijk nog begrensd te zijn tot de medisch-curatieve sector, de behandeling van CVA-patiënten in de acute ziekenhuisfase en revalidatiefase. De huisarts blijft hierin tot nu toe enigszins buiten beeld. Er is nog weinig bekend over de gevolgen van een CVA en de benodigde zorg op langere termijn. In de huidige richtlijnen, ook die van het NHG, is de chronische zorg nog nauwelijks uitgewerkt.

Het *disease management*-model biedt in de chronische fase minder houvast. Terwijl in de acute fase van een CVA de klinische prognose centraal staat en in de revalidatiefase de functionele prognose, moet de patiënt in de chronische fase leren omgaan met blijvende beperkingen. De zorg verschuift dan van *disease management* naar *disability management*, die bij CVA-patiënten al in een vroeg stadium is aangewezen. Bij andere chronische aandoeningen is een ziektegeoriënteerde benadering met curatieve behandelingen en controles veel langer mogelijk. Het model van *disease management* benadrukt therapeutische verbetering, terwijl bij *disability management* het accent ligt op de versterking van autonomie, zelfmanagement en *empowerment*. Doel is de zorg zo te arrangeren dat deze aansluit op de behoeften, voorkeuren en woon- en leefsituatie van CVA-patiënten.

In de chronische zorg heeft een ziektegerichte benadering (ketenzorg) dan ook niet de voorkeur. De huisarts kan een patiëntgerichte netwerkgorg organiseren door behandelaars met een brede oriëntatie en integrale visie op zorg.<sup>17</sup>

De nadere vormgeving van de chronische zorg vraagt een richtinggevend kader voor de coördinatie van de zorg in de thuissituatie rond de as huisarts-verpleging. Praktijkondersteuners kunnen een centrale rol vervullen in de chronische zorg in de thuissituatie; zij krijgen dan meer zelfstandig de taak te zorgen voor de begeleiding van chronisch zieken. De huisarts moet de chronische zorg dan actiever delegeren aan de praktijkondersteuner.

Bij de begeleiding moet de aandacht uitgaan naar het leren omgaan met blijvende beperkingen, zelfmanagement en psycho-

sociale zorg. De reguliere zorg geeft nog te weinig aandacht aan de psychosociale problemen van CVA-patiënten.<sup>18,19</sup> Huisartsen herkennen depressieve klachten bijvoorbeeld niet goed.<sup>20</sup> En patiënten met depressieve klachten na een beroerte gaan vaak niet naar de huisarts.<sup>21</sup> De ontwikkeling van een screeningsset naar onder meer depressie, mobiliteit en dagbesteding is in een vergaand stadium.<sup>19</sup> De praktijkondersteuner kan dan op vaste tijdstippen het functioneren monitoren, waardoor zij gericht kan verwijzen naar professionals in de eerste en tweede lijn.

Naast een begeleidende functie kunnen praktijkondersteuners de zorg in de *cure*- en *care*-sector coördineren en de zorg afstemmen tussen het medische systeem van de Zorgverzekeringswet en het maatschappelijke domein van de WMO. Verder kunnen zij als consultant optreden voor andere hulpverleners.

Om tegemoet te komen aan de toenemende zorgvraag van CVA-patiënten, zijn verdergaande taakdelegatie en uitbreiding van het takenpakket van praktijkondersteuners noodzakelijk. Het NHG pleit in zijn standpunt over de zorg voor chronisch zieken dan ook voor taakdelegatie om fragmentatie van zorg te voorkómen.<sup>22</sup> Uitgangspunt daarbij is de generalistische benadering met aandacht voor de persoonlijke context van de patiënt en comorbiditeit. De praktijkondersteuners krijgen de zorg voor de geprotocolleerde begeleiding van patiënten met chronische aandoeningen; de huisarts heeft de zorginhoudelijke regie en de medische eindverantwoordelijkheid.

Praktijkondersteuners die de chronische zorg meer zelfstandig tot taak krijgen, moeten hiervoor goed toegerust zijn. De opleiding moet explicieter aandacht geven aan de niet-medische, chronische gevolgen van een CVA en de daarmee samenhangende competenties. Daarnaast is onderzoek nodig naar de wetenschappelijke onderbouwing van de chronische zorg en de ontwikkeling van richtlijnen.

## Mantelzorg

Om de zorg in de thuisituatie ook op langere termijn te waarborgen, is gerichte ondersteuning van mantelzorgers nadrukkelijk ook een verantwoordelijkheid van de huisarts. In de NHG-Standaard CVA uit 2004 adviseert het NHG om de patiënt en diens partner regelmatig te controleren. Voor veel mantelzorgers van CVA-patiënten is de zorg zwaar, resulterend in gezondheidsproblemen, depressieve klachten, relationele problemen, verstoring van het dagelijks leven of verminderde sociale contacten.<sup>23,24</sup>

Om zulke problemen te signaleren bestaan diverse vragenlijsten. Twee instrumenten zijn bruikbaar in de huisartsenpraktijk: de Self-Rated Burden Scale (SRB, één vraag) voor de screening van mantelzorgers met problemen en de Caregiver Strain Index (CSI, dertien ja/nee-vragen) voor de nadere diagnostiek.<sup>25</sup> Met de SRB scoren mantelzorgers de zwaarte van hun belasting op een visueel analoge schaal van 0 (helemaal niet zwaar) tot 100 (veel te zwaar). De CSI vraagt mantelzorgers aan te geven welke aspecten zij als belastend ervaren, en geeft vanwege de brede diagnostiek – op lichamelijk, emotioneel, psychisch, sociaal en materieel gebied – richting aan mogelijke interventies.

Het is belangrijk om de zorgbelasting gestructureerd en op gezette tijden te monitoren om overbelasting bij mantelzorgers te voorkómen en om mantelzorgers bij te staan voor wie de zorg te zwaar is. Bij de ondersteuning moet de huisarts goed kijken naar de behoeften van de verschillende groepen mantelzorgers.<sup>26</sup> Vooral de partners van CVA-patiënten hebben een zware taak, vaak mede gezien hun leeftijd en gezondheidstoestand. Zij moeten hun rol van partner gaan combineren met de rol van zorgverlener én met die van zorgvrager, omdat ook zij ondersteuning nodig hebben.<sup>27</sup> Daarnaast zou er meer aandacht moeten komen voor jonge kinderen van een ouder met CVA. Zij krijgen zorgtaken en verantwoordelijkheden die niet altijd passen bij hun leeftijd en ontwikkeling, en lopen daardoor extra risico op emotionele en gedragsmatige problemen.<sup>28,29</sup>

Het monitoren en ondersteunen van mantelzorgers hoort uitdrukkelijk bij de begeleiding van chronisch zieken en bij het takenpakket van praktijkondersteuners. Begeleiding is (h)erkenning, steun, informatie en advies, maar ook coördinatie van praktische hulp vanuit thuiszorgorganisaties of vrijwillige thuiszorg, en doorverwijzingen naar patiëntenverenigingen en Steunpunten mantelzorg. Daarnaast zijn er respijtzorgvoorzieningen die de zorg van mantelzorgers tijdelijk kunnen overnemen, bijvoorbeeld met een oppas thuis, ondersteunende begeleiding, dagbehandeling, dagopvang, korte opname of vakantieopvang. Meer respijtzorg is gewenst, en dan vooral in flexibelere vorm. De behoefte aan respijtzorg ontstaat vaak acuut, terwijl aanvraagprocedures lang duren.<sup>30</sup> Veel mantelzorgers houden de zorg alleen vol als ze deze af en toe uit handen kunnen geven aan vrijwilligers of aan de professionele zorg.

## Conclusie

Onder invloed van de vergrijzing en de landelijke implementatie van stroke services komen steeds meer CVA-patiënten onder de regie van huisartsen. Om de zorg op langere termijn te waarborgen, kunnen huisartsen een belangrijke bijdrage leveren aan de optimalisering van de zorg over de hele zorgketen.

*Preventieve zorg:* er is meer aandacht nodig voor preventie van cardiovasculaire risicofactoren op basis van de multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomangement. Vooral oog voor het



Foto: Francesco Cinque

goed opvolgen van leefstijladviezen en voor therapietrouw bij preventieve medicatie is van belang.

*Acute zorg:* een groot deel van de CVA-patiënten wordt niet direct opgenomen in het ziekenhuis, ondanks het belang daarvan. Om vertraging in de behandeling en onnodige gezondheidsschade te voorkomen, is het cruciaal dat huisartsen betrokken zijn in de acute CVA-zorgketen.

*Chronische zorg:* de huisarts kan chronische zorg actiever delegeren aan de praktijkondersteuner. De zorg zou meer gericht moeten zijn op het leren omgaan met blijvende beperkingen, zelfmanagement en psychosociale zorg. Regelmatig monitoren van het functioneren en controle van leefstijladviezen en medicatie zijn belangrijk om CVA-patiënten gericht te begeleiden of te verwijzen als het functioneren achteruitgaat.

*Ondersteuning van mantelzorgers:* veel mantelzorgers van CVA-patiënten ervaren een grote zorglast. Het is van belang om de zorgbelasting gestructureerd te monitoren om overbelasting bij mantelzorgers te voorkomen en om mantelzorgers bij te staan als de zorg te zwaar wordt. Het ondersteunen van mantelzorgers is uitdrukkelijk onderdeel van de begeleiding van chronisch zieken en behoort daarmee tot het takenpakket van praktijkondersteuners.

Dankzij verdere optimalisering van de zorg voor CVA-patiënten kan de tot nu toe weinig uitgesproken positie van de huisarts plaatsmaken voor een geprononceerde, herkenbare en ook sturende positie in de eerstelijnszorg.

#### Literatuur

- 1 Struijs JN, Van Genugten MLL, Evers SMAA, Ament AJ, Baan CA, Van den Bos GAM. Modeling the future burden of stroke in the Netherlands: the impact of aging, hypertension and smoking. *Stroke* 2005;36:1648-55.
- 2 Van den Bos GAM, Visser-Meily JMA, Struijs JN, Baan CA, Triemstra AHM, Sixma HJ, et al. Zorgen voor CVA-patiënten. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Arbeidsmarkt en Zorgvraag. Achtergrondstudies. Den Haag: RVZ, 2006, 161-226.
- 3 Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM, redactie. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht: NIVEL; Nijmegen: Centre for Quality of Care Research (WOK), 2004.
- 4 Lems S. De huisarts-patiëntrelatie anno 2006. Utrecht: NHG; Amsterdam: TNS NIPO, 2006.
- 5 Herings RMC, Leufkens HGM, Heerdink ER, Klungel OH, Breekveldt-Postma NP. Chronische farmacotherapie voortgezet. Utrecht: PHARMO Instituut; Universiteit Utrecht, 2002.
- 6 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Volksgezondheid en Zorg. Zoetermeer: RVZ, 2001.
- 7 Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement 2006. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; Nederlands Huisartsen Genootschap, 2006.
- 8 Bots ML, Berger-Van Sijl M, Jager-Geurts MH, Bos M, Reitsma JB, Breteker MMB, et al. Incidentie van cerebrovasculaire ziekte in Nederland in 2000. In: Jager-Geurts MH, Peters RJG, Van Dis SJ, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2006, cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2006, 35-56.
- 9 Huijsman R, Klazinga NS, Scholte op Reimer WJM, Van Wijngaarden JDH, Van Exel NJA, Van Putte-Boon C, et al. Beroerte, beroering en borging in de keten: resultaten van de Edisse-studie van drie regionale experimenten met stroke-service. Den Haag: ZonMw, 2001.
- 10 Van Exel NJA, Koopmanschap MA, Scholte op Reimer WJM, Niessen LW, Huijsman R. Cost-effectiveness of integrated stroke services: a

#### Abstract

Van den Bos GAM, Visser-Meily JMA, Van Exel NJA. Optimising care of CVA patients in general practice. *Huisarts Wet* 2007;50(11):552-6.

As a consequence of the ageing of the population and the nationwide implementation of stroke services, GPs will have to take responsibility for an increasing number of stroke patients. In the near future there is the threat of an expanding gap between supply and demand in the health care of stroke patients. To ensure care in the long term, general practitioners could substantially contribute to optimising care across the whole chain of health care: effective prevention of cardiovascular risk factors based on multidisciplinary guidelines and more attention to patients' adherence to lifestyle advice and preventive medication; improvement of coordination in acute health care; further delegation of chronic care tasks to the nurse practitioner; adequate support for informal carers. Targeting the practice and organisation of GP care on meeting the increasing demands of stroke patients and their informal carers, will also result in a more pronounced and directing position of general practitioners in the care of stroke patients living at home.

- prospective study in 411 Dutch patients. *OJM* 2005;98:415-25.
- 11 Wiersma Tj, Pleumeekers HJCM, Beusmans GHM, Schuling J, Goudswaard AN. Samenvatting van de standaard 'CVA' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:2850-6.
  - 12 Giesen AGM, Franke CL, Wiersma Tj, Van Binsbergen JJ, Boiten J, Flikweert S, et al. Landelijke Transmurale Afspraak TIA/CVA Huisarts Wet 2004;47:521-6.
  - 13 Nieboer A, Pepels R, Kool T, Huijsman R. Stroke services gespiegeld. Rotterdam: iBMG EUR; Utrecht: Prismant, 2005.
  - 14 Wimmers RH, De Loor S, Frank CL. De tijd dringt. *Med Contact* 2005;60:1584-6.
  - 15 Struijs JN, Van Genugten ML, Evers SM, Ament AJ, Baan CA, Van den Bos GAM. Future costs of stroke in the Netherlands: the impact of stroke services. *Int J Technol Assess Health Care* 2006;22:518-24.
  - 16 Van Exel NJA, Koopmanschap MA, Brouwer WBF. Kostbaar ontslag: korte verpleegduur brengt mantelzorgers in de problemen. *Med Contact* 2003;58:1272-4.
  - 17 Nieuwenhuijzen Kruseman AC, Van Bussel BCT, Pijpers E. De zorg voor de chronisch zieken. *Med Contact* 2006;61:1803-6.
  - 18 De Boer J, Boersma SN, De Gucht VMJ, Maes, S, Schulte-Van Maaren YWM. Psychosociale problemen bij hart- en vaatziekten. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2005.
  - 19 Van Erp J, Hinnen C, Sanderma R. Psychosociale zorg bij hart- en vaatziekten. Bilthoven: Nederlandse Hartstichting 2006.
  - 20 Nuyen J, Volkens AC, Verhaak PFM, Schellevis FG, Groenewegen PP, Van den Bos GAM. Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric comorbidity. *Psychol Med* 2005;35:1185-95.
  - 21 Aben I. Post-stroke depression. The need for a biopsychosocial approach [Proefschrift]. Universiteit Maastricht, 2004.
  - 22 Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standpunt Zorg voor patiënten met een veel voorkomende chronische aandoening in de eerste lijn. Utrecht: NHG, 2005.
  - 23 Van Exel NJA, Koopmanschap MA, Van den Berg B, Brouwer WBF, Van den Bos GAM. Burden of informal care giving for stroke patients: identification of caregivers at risk of adverse health effects. *Cerebrovasc Dis* 2005;19:11-7.
  - 24 Visser-Meily JMA. Caregivers, partners in stroke rehabilitation [Proefschrift]. Universiteit Utrecht, 2005.

- 25 Van Exel NJA, Scholte op Reimer WJM, Brouwer WB, Van den Berg B, Koopmanschap MA, Van den Bos GAM. Instruments for assessing the burden of informal care giving for stroke patients in clinical practice: A comparison of CSI, CRA, SCO and self-rated burden. *Clin Rehabil* 2004;18:203-14.
- 26 Van den Bos GAM. Met het oog op mantelzorg. *Bijblijven* 2006;22:6-12.
- 27 Visser-Meily A, Post M, Gorter JW, Berlekom SB, Van den Bos T, Lindeman E. Rehabilitation of stroke patients needs a family-centred approach. *Disabil Rehabil* 2006;28:1557-61.

- 28 Visser-Meily A, Post M, Meijer AM, Maas C, Ketelaar M, Lindeman E. Children's adjustment to a parent's stroke: determinants of health status and psychological problems, and the role of support by the rehabilitation team. *J Rehabil Med* 2005;37:236-41.
- 29 Visser-Meily JMA, Post MW, Meijer AM. Mantelzorg bij CVA-patiënten, de gevolgen van een beroerte voor partners en kinderen. *Bijblijven* 2006;22:37-42.
- 30 Koopmanschap MA, Van Exel NJA, Van den Bos GAM, Van den Berg B, Brouwer WBF. The desire for support and respite care: preferences of Dutch informal caregivers. *Health Policy* 2004;68:309-20.

# Interpersoonlijke psychotherapie voor depressieve ouderen

Anneke van Schaik, Harm van Marwijk

## Inleiding

Depressie is een veel voorkomende aandoening onder ouderen die naar de huisarts gaan. In een recent Nederlands onderzoek vond men een prevalentie van 13,7% voor een depressieve stoornis en 10,2% voor een *subthreshold* depressie.<sup>1</sup> Depressieve ouderen lijden onder hun klachten en zijn er door beperkt, zij maken meer gebruik van (para)medische voorzieningen en kunnen een zwaar beroep doen op partners en familieleden. Als een depressie onbehandeld blijft, stijgt de kans op mortaliteit door comorbide somatische aandoeningen of suïcide.<sup>2</sup> Redenen genoeg dus om de depressiezorg voor ouderen te optimaliseren.

Depressies bij ouderen blijven vaak onopgemerkt. Daarom kan een vorm van screening of verbeterde opsporing nuttig zijn. Als de praktijkondersteuner voor ouderen goed oplet en de instrumenten krijgt om opsporing te verbeteren, kan dat al veel schelen. Daarnaast pleiten wij ervoor de richtlijnen voor de depressiebehandeling uit de NHG-Standaard Depressie ook zo veel mogelijk bij ouderen te implementeren.<sup>3</sup> In deze herziene versie van de standaard heeft psychotherapie als behandeloptie een prominentere plaats gekregen dan in de eerste versie. Interpersoonlijke psychotherapie (IPT), cognitieve gedragstherapie (CGT) en de hiervan afgeleide *problem solving therapy* (PST) zijn geprotocolleerde

## Samenvatting

Van Schaik, DJF, Van Marwijk, HWJ. Interpersoonlijke psychotherapie voor depressieve ouderen. *Huisarts Wet* 2007;50(11):556-60.

Antidepressieve medicatie is vaak de eerste keus bij de depressiebehandeling, maar heeft zeker bij ouderen nadelen. Er bestaan vormen van geprotocolleerde psychotherapie die ook bij ouderen werkzaam zijn gebleken. In de eerstelijns praktijk zijn die echter nauwelijks beschikbaar.

Dit artikel bespreekt een onderzoek naar de haalbaarheid en effectiviteit van een laagdrempelig aangeboden, evidence-based vorm van psychotherapie. In een gerandomiseerde gecontroleerde trial vergeleken wij interpersoonlijke psychotherapie (IPT), uitgevoerd door GGZ-medewerkers in de huisartsenpraktijk, met de gebruikelijke zorg door de huisarts. Het aanbieden van deze gespreksvorm bleek goed haalbaar. De interventie had effect bij patiënten met een matige tot ernstige depressie, maar dit effect was bescheiden. Deze bevinding komt overeen met

de resultaten van andere eerstelijnsprojecten die enkelvoudige depressiebehandelingen op hun effectiviteit onderzochten. Toch kan de depressiebehandeling als geheel wel degelijk sterk verbeteren als artsen enkelvoudige behandelingen stapsgewijs en onder strakke begeleiding inzetten, rekening houdend met de voorkeuren van de patiënt. Recent grootschalig onderzoek in de Verenigde Staten heeft aangetoond dat dergelijke *collaborative care*-projecten ook bij ouderen goede resultaten geven. Een volgende stap is dan ook onderzoek naar deze complexe vorm van *disease management* voor depressie in de Nederlandse situatie.

GGZ Buitenamstel, A.J. Ernststraat 887, 1081 HL Amsterdam: D.J.F. van Schaik, psychiater bij GGZ Buitenamstel en senior onderzoeker bij het EMGO Instituut; VUmc, EMGO Instituut, afdeling Huisartsgeneeskunde: H.W.J. van Marwijk, huisarts en senior onderzoeker.  
Correspondentieadres: a.van.schaik@ggzba.nl.  
Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.