

COMPLEXE  
OUDERENZORG:

# GEEF UW GRENS AAN

Hoe regel je de zorg voor kwetsbare ouderen die steeds meer tijd vergt? Wat doe je als bewoners van een nieuwe, kleinschalige instelling 'zomaar' als patiënt bij je worden ingeschreven? De dilemma's in de ouderenzorg zijn er niet minder op geworden, blijkt uit de tweede LHV-ledenpeiling over dit onderwerp. Huisartsen worden soms onder druk gezet zorg te leveren die hun capaciteit te boven gaat. LHV-bestuurder Geert-Jan van Loenen: "We moeten ons bij iedere patiënt afvragen: kan ik de zorg leveren waar deze patiënt recht op heeft?"



**H**uisartsen schieten nogal eens in de 'zorgreflex', zegt Jan Brouwer, huisarts in Schalkhaar. Hij spreekt uit ervaring. In zijn woonplaats werd een kleinschalige woonzorgvoorziening voor ouderen geopend en de eerste vier bewoners werden bij hem als patiënt ingeschreven. Minstens één van hen had intensieve zorg nodig, duidelijk méér dan huisartsgeneeskundige basiszorg. Neem je dan de tijd om principes uit te vechten?

Het dilemma van Brouwer is er een waar huisartsen regelmatig tegenaan lopen in de ouderenzorg. Vorig jaar werd een ledenpeiling over de Wlz gehouden; dit jaar zoomde de enquête specifiek in op ouderenzorg. Er

**Wat betekenen woonsituatie en indicatie voor de huisartsenzorg?**



Voor patiënten in een zorginstelling die toelating heeft voor Wlz-behandeling en die ook daadwerkelijk Wlz-behandeling geeft (verpleeghuizen of de verpleegafdeling van een verzorgingshuis), heeft u als huisarts geen verantwoordelijkheid voor het leveren van medische zorg. Het is wel mogelijk die toch te leveren, maar let dan op goede afspraken met de instelling. De zorg moet in dit geval in rekening worden gebracht bij de instelling, niet bij de zorgverzekeraar. En u dient uw patiënt uit te schrijven uit uw praktijk.

In alle andere woonsituaties (thuis of elders met of zonder Wlz-zorg) komt de basisgeneeskundige zorg van een huisarts. Sinds 1 oktober informeert het CIZ huisartsen – na toestemming van de patiënt – over het geïndiceerde Zorgprofiel (voorheen zorgzwaartepakket). U kunt ook bij de patiënt zelf hiernaar informeren.

Bij (potentieel) complexe problematiek is het belangrijk afspraken met een specialist ouderengeneeskunde te maken.

Op de site van de LHV vindt u een stroomschema van mogelijke woonsituaties met en zonder Wlz-indicaties en alle keuzes en afspraken die daarbij komen kijken: [lhv.nl/woonsituatie](http://lhv.nl/woonsituatie)

blijkt maar beperkte verbetering te zijn: 44 procent ziet geen positieve verandering ten opzichte van een jaar geleden in de zorg voor ouderen met een complexe zorgvraag. De enquête werd ingevuld door 1139 huisartsen, van wie driekwart praktijkhouder. De belangrijkste problemen die gesignaleerd worden zijn de onevenredig grote tijdsinvestering bij ouderen (75%), de moeite om kortdurende opname te regelen (56%) en de moeite om opname in een zorginstelling te regelen (40%). Huisartsen die werken met een praktijkondersteuner die zich voornamelijk richt op ouderenzorg zijn weliswaar iets positiever, maar signaleren dezelfde problemen.

■ **TOTAAL ONDOORZICHTIG**

“We begrijpen het ideële uitgangspunt van de overheid”, zegt LHV-bestuurder Geert-Jan van Loenen. “Langer thuis wonen is mooi en het is opvallend hoe massaal huisartsen zich inzetten om de zorg voor ouderen goed te regelen. Maar: daarvoor moeten wel alle voorzieningen op orde zijn. De transitie is simpelweg veel te weinig gefaciliteerd, waardoor de organisatie van de ouderenzorg op dit moment totaal ondoorzichtig is en op heel veel plekken nog niet goed geregeld. Voorzieningen, zoals het kortdurend eerstelijnsverblijf, laten sterk te wensen over, zo blijkt uit de peiling. Per 1 januari gaat een andere regeling gelden voor de kortdurende opvang. Dat betekent

alleen niet automatisch dat er voldoende beschikbare eerstelijnsbedden zullen zijn of dat we als huisarts weten waar we met onze oudere patiënt terecht kunnen. We moeten dit goed met elkaar in de gaten houden. Het gevolg van gebrekkige voorzieningen is dat mensen met complexe problematiek soms eerder naar het ziekenhuis gaan in plaats van langer thuis wonen. Zo kan de transitie nog een hele dure variant worden.”

■ **ONDER DRUK GEZET**

De helft van de huisartsen die de enquête invulden, levert zorg in een (kleinschalige) woonvoorziening. Jan Brouwer is een van hen. Hij zag in Schalkhaar het oude

### Hoe maak ik afspraken met de specialist ouderengeneeskunde?

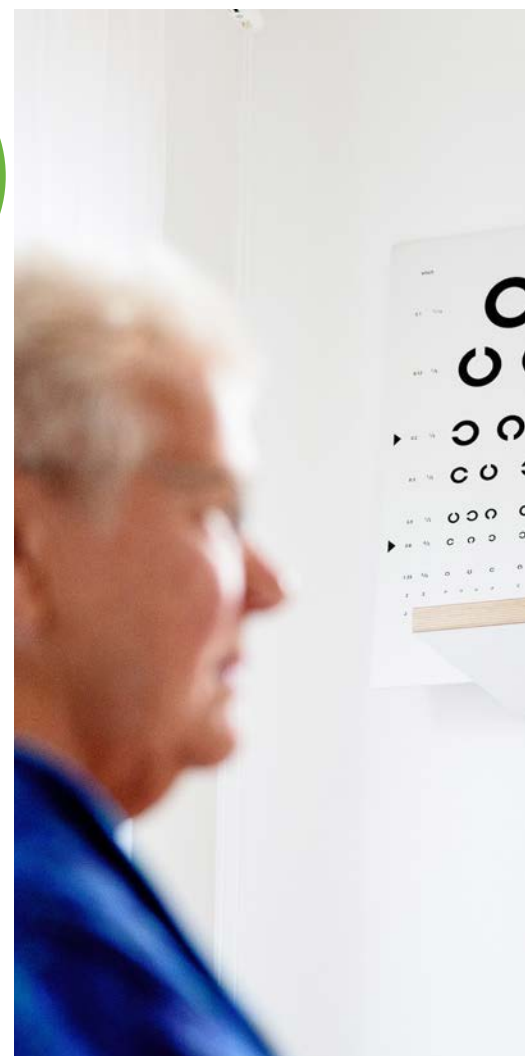
Bij patiënten die thuis, in een aanleunwoning of in een instelling zonder Wlz-behandeling wonen, kunt u samenwerken met de specialist ouderengeneeskunde. U bent als huisarts het eerste aanspreekpunt. Als u inschat dat de zorgzwaarte de huisartsgeneeskundige zorg te boven gaat, kunt u de specialist ouderengeneeskunde inschakelen. Hij of zij kan desgewenst een consult doen, een geriatrisch assessment uitvoeren of (tijdelijk) de zorg overnemen. Goede afspraken over de werkwijze en de verdeling van verantwoordelijkheden zijn belangrijk. De LHV-Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde biedt hiervoor handvatten:

[lhv.nl/samenwerkingmetso](http://lhv.nl/samenwerkingmetso)

### Mag ik specialistische zorg verlenen?

Als huisarts bent u verplicht alle patiënten basiscare huisartsenzorg te bieden. Daarnaast kunt u kiezen voor aanvullend of bijzonder aanbod. Het aanvullend aanbod bestaat bijvoorbeeld uit een zorgprogramma dat specifiek op ouderen is gericht en vaak door een POH wordt uitgevoerd. Eventueel bijzonder aanbod bestaat uit extra specialistische zorg die valt onder het aanbod van de specialist ouderengeneeskunde. Als u deze zorg verleent, moet u aantoonbaar competent zijn en de zorg ook in de avond-, nacht- en weekenddiensten goed hebben geregeld.

In de LHV-notitie *Aanbod huisartsenzorg voor ouderen* staan de uitgangspunten en grenzen van de huisartsenzorg op deze drie niveaus omschreven. [link](#)



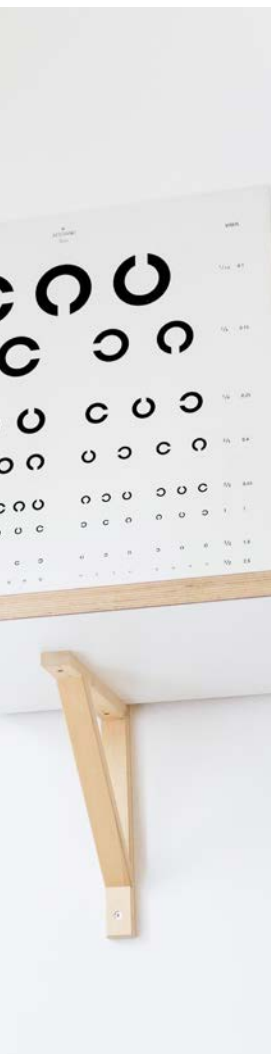
gemeentehuis verbouwd worden tot 'zorg-huis'. "Ik vroeg me al af wanneer ze me zouden gaan bellen." Toen de eerste bewoner zich meldde voor inschrijving bij de huisartsenpraktijk, nam Brouwer contact op met de zorgonderneming. Zijn 'onderbuikgevoel' zei dat het niet om een gewone thuissituatie ging en dat is precies waar hij onenigheid over kreeg. "Ik vond dat het om een instelling ging, de manager zei dat het een thuissituatie betrof. We bleven *on speaking terms*, maar ik werd ernstig onder druk gezet: ik zou mijn zorgplicht niet nakomen, asociaal zijn, niet doen wat huisartsen in het zuiden des lands heel gewoon vinden, et cetera. Ik voelde me gechanteerd, maar heb steeds volgehouden dat ik eerst wilde dat de zorg op orde was en dan pas patiënten wilde inschrijven. Er bleek een woud aan regels te zijn. De Wlz-zorg

is bedacht als antwoord op de vraag naar zorg op maat, maar is op dit moment nog totaal niet te overzien. Het werd een studie op zich. Daarbij had ik veel aan de hulpmiddelen op de website van de LHV, met name de handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde. Daarin staat de taakverdeling tussen die twee. Dat helpt om je taken af te bakenen. Zorg die te complex is, moet je niet willen leveren, ook omwille van de patiënt. Daarover kun je bijvoorbeeld afspraken maken met een specialist ouderengeneeskunde, maar dan moet die er wel zijn. Het probleem is dat er een groot tekort is aan specialisten ouderengeneeskunde." Brouwer en zijn collega's in de huisartsenpraktijk kwamen uiteindelijk, na ruggenspraak met de LHV en de inspectie, tot een tijdelijke oplossing: de instelling heeft een bewonerstop inge-

voerd, tot de zorg beter is geregeld. Tot die tijd levert de huisartsenpraktijk calamiteitenzorg, die zich beperkt tot medische hulp bij acuut ontstane problemen. Brouwer stemde dat af met waarnemers en huisartsenpost.

#### ■ GRENZEN

"Wat in Schalkhaar is gebeurd, toont precies aan waar de problemen rond de ouderenzorg om draaien", zegt Geert-Jan van Loenen. "De zorg die anderen moeten leveren, zoals thuiszorg en specialistische zorg, is vaak niet goed georganiseerd. Vanwege hun 'zorgreflex' leveren huisartsen daarom soms zorg die hun competentie te boven gaat. We moeten ons bij iedere patiënt afvragen: kan ik de zorg leveren waar deze patiënt recht op heeft? Niet alleen tijdens de uren dat ik zelf werk, maar ook als



## Mag ik zorg weigeren die elders niet goed is geregeld?

Zorg weigeren is moeilijk omdat je als arts een zorgplicht hebt, zegt Aimée de Heij, jurist bij de LHV. Huisartsen die onder druk worden gezet om bijvoorbeeld in een nieuwe woonvoorziening zorg te leveren die de huisartsgeneeskundige basiszorg te boven gaat, moeten in ieder geval alles hebben gedaan wat in hun vermogen ligt om tot werkbare afspraken te komen. Als het dan nog niet lukt, bijvoorbeeld omdat er geen specialist ouderengeneeskunde beschikbaar is, houdt het op, zegt de Heij. “Je kunt als huisarts niet worden gedwongen zorg te leveren die je capaciteit te boven gaat. Het verschilt echter per situatie hoe ver je zorgplicht gaat. Het beste advies dat ik kan geven, is: ga in gesprek met de zorginstelling, stel kritische vragen en verdiep je in de manier waarop je zorg gefinancierd gaat worden. Doe dit vóór je een overeenkomst

aangaat of zelfs zonder overeenkomst al in de zorgplichtmodus schiet.”

De Heij krijgt veel vragen van huisartsen over tijdelijke of structurele woonsituaties van ouderen. Wat haar opvalt: die vragen gaan niet alleen over welke afspraken gemaakt kunnen worden, maar ook vaak over de manier waarop huisartsen benaderd worden. “Huisartsen krijgen nogal eens te horen van instellingen: ‘Wij gaan binnenkort open en jij moet hier de huisartsgeneeskundige zorg gaan leveren’. De bejegening kan dus nogal dwingend zijn, en gaat uit van een vanzelfsprekendheid zonder overleg. Daar hoeft je als huisarts zeker niet zomaar mee akkoord te gaan. Je kunt, op basis van de hulpmiddelen op de LHV-site, voorwaarden formuleren op basis waarvan jij in die instelling zorg wil leveren en daarover het gesprek aangaan.”

### Hoe maak ik afspraken met een instelling?

Als u zorg verleent aan bewoners van een zorginstelling of kleinschalige woonvoorziening, is het belangrijk afspraken te maken over onder meer randvoorwaarden en praktische werkwijze. Daarvoor kunt u de Modelovereenkomst Huisartsenpraktijk-Zorginstelling van de LHV gebruiken. Dit geldt zowel voor zorginstellingen waar de medische zorg die u levert onder de Zvw valt als voor zorginstellingen waar de medische zorg die u levert onder de Wlz valt (in Wlz-instellingen/verpleeghuizen). [lhv.nl/overeenkomstmetzorginstelling](http://lhv.nl/overeenkomstmetzorginstelling)

anderen mijn werk doen als ik er niet ben? Dat ouderenzorg bij huisartsen hoort, staat op geen enkele manier ter discussie, maar dan gaat het om basisgeneeskundige huisartsenzorg. Huisartsen die daarnaast een extra aanbod willen realiseren, moeten dat goed afstemmen met de huisartsenpost en de waarnemer. Want je kunt zelf wel gespecialiseerd zijn in ouderenzorg, als jouw waarnemer dat niet is, is er alsnog een probleem als je er zelf een dag niet bent. Met andere woorden: we moeten ervoor waken dat we ons als huisartsen vergalopperen, want daar lijdt ook de patiënt onder.”  
Zorg weigeren is moeilijk (zie kader: ‘Mag

ik zorg weigeren die elders niet goed is geregeld?’, maar voorwaarden stellen kan wél, zegt Van Loenen. “Stel grenzen. Wat huisartsen in de basiszorg niet kunnen leveren, moeten anderen doen. Als er geen specialist ouderengeneeskunde is, betekent dat dus bijvoorbeeld dat mensen eerder worden doorverwezen naar het ziekenhuis.”

#### ■ PRAKTIJKONDERSTEUNER

In de ledenpeiling gaf iets meer dan de helft van de huisartsen aan te werken met een praktijkondersteuner (-somatic) die zich inzet voor de zorg van oudere patiën-

ten. Van Loenen: “In mijn eigen praktijk moest deze manier van werken de taken van de huisarts eigenlijk verlichten. Maar de praktijkondersteuner met de focus op zorg voor ouderen dreigt nu – in ieder geval op de plek waar ik werk – de meest overbelaste zorgverlener van de praktijk te worden. Wij moeten de taak van onze POH voortdurend begrenzen. Je kunt maar beter voorzichtig zijn met de term ‘POH ouderenzorg’, want als je iemand zo noemt gaan anderen daar gebruik van maken voor je ’t weet.”

Ook Jan Brouwer werkt met een POH die zich toelegt op de zorg voor ouderen. “Wij staan nu voor het dilemma: gaan we onze ouderenzorgmodule volledig uitrollen, met zorginterviews, lange huisbezoeken, etc? Veel huisartsen zijn er enthousiast over, maar ik heb al twee onderzoeken

*“De praktijkondersteuner dreigt de meest overbelaste zorgverlener van de praktijk te worden”*



## Moet ik een hoog complex, laag complex of palliatief bed regelen?

Soms is kortdurend verblijf in een eerstelijns zorginstelling medisch noodzakelijk voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet in hun eigen woonomgeving kunnen blijven, maar die niet in aanmerking komen voor opname in een ziekenhuis of andere instelling met medisch specialistische behandeling of revalidatiezorg.

Het Afwegingsinstrument Eerstelijns verblijf (ELV) helpt bij de besluitvorming over welke voorziening de aangewezen is voor de betreffende patiënt. Uit het afwegingsinstrument, dat de vorm van een stroomschema heeft, blijkt bijvoorbeeld dat een hoog complex bed geïndiceerd is als de opname een gevolg is van elkaar beïnvloedende meervoudige problematiek. U bepaalt uiteindelijk als huisarts, waardoor vaste stelligheid niet aan de orde is. Per 1 januari valt het eerstelijns verblijf onder de Zorgverzekeringswet.

Zie [lhv.nl/afwegingsinstrument](http://lhv.nl/afwegingsinstrument)

## UIT DE LEDENPEILING

**53%** kan goed of (ruim) voldoende zorg bieden aan ouderen met een complexe zorgvraag

**28%** ziet meer aandacht in het algemeen in de zorg voor kwetsbare ouderen

**75%** vindt de tijdsinvestering voor de zorg aan kwetsbare ouderen onevenredig groot

**82%** heeft nog nooit hoeven besluiten een behandelingsovereenkomst niet aan te gaan vanwege een te complexe zorgvraag

**51%** is betrokken bij een structureel samenwerkingsverband rond de zorg voor kwetsbare ouderen

**52%** heeft een module ouderenzorg bij de verzekeraar gecontracteerd

**68%** levert geen zorg in een Wlz-instelling

gezien waaruit blijkt dat de kwaliteit van leven van de patiënt er niet beter van wordt. Dat is teleurstellend.”

### ■ MINDER PATIËNTEN PER HUISARTS

“Veel van problemen in de ouderenzorg liggen buiten de invloedssfeer van de huisarts en die van de LHV”, zegt Van Loenen. “Anderen zijn daar nu aan zet. Met de waarschuwingssignalen uit de peiling dringen we er bij de staatssecretaris Van Rijn van

Volksgezondheid op aan dat de ergste perikelen in de ouderenzorg snel worden opgelost. Het budget moet adequaat verschoven worden. De overheid kan niet de bedden in verpleeg- en verzorgingshuizen sluiten en het geld daarvan vervolgens in de pocket houden. Dat geld is nodig op de plekken waar deze patiënten nu terecht komen of blijven, dus in hun eigen huis met intensievere zorg of bijvoorbeeld in een kleinschalige instelling. Zeker in het begin van

zo'n grote transitie moet je rekenen met startkosten. Het bezuinigingseffect tekent zich pas na een paar jaar af.”

De LHV maakt zich samen met Verenso hard voor goede verwijsmogelijkheden voor huisartsen naar de specialist ouderengeneeskunde. Ook is de LHV gestart met het project ‘meer tijd voor de patiënt’. Van Loenen: “Aan de hand van een business case onderzoeken we welke oplossingen haalbaar zijn zodat de huisarts ook daadwerkelijk meer tijd krijgt voor zijn patiënten. Een van die oplossingen is minder patiënten per huisarts.”

Ook Brouwer is voorstander van minder patiënten per huisarts. “Praktijkverkleining naar 1000 tot 1500 patiënten zal zeker helpen, uiteraard zonder dat dat leidt tot minder inkomsten. Maar het zal niet meevallen om snel veel meer huisartsen op te leiden. Evenals specialisten ouderengeneeskunde.” Van Loenen ziet voor dat laatste wel mogelijkheden: “Als er bedden in de tweede lijn vrijkomen, komen er specialisten ouderengeneeskunde vrij. Zij kunnen heel mooi de *linking pin* zijn tussen de eerste en de tweede lijn; hun expertise komt in beide gremia optimaal tot z'n recht.”

## Reactie van het Ministerie van VWS

Ouderen wonen langer thuis, een maatschappelijke ontwikkeling die al vanaf het begin van de jaren tachtig te zien is. 80% van de 80+ers woont thuis. Hoewel er meer ouderen zijn gekomen, kiezen steeds minder mensen voor een plek in een instelling. De zorg in Nederland wordt daar op aangepast. De signalen uit de peiling worden door het ministerie aangepakt: vanaf 2017 wordt het bijvoorbeeld mogelijk dat specialisten ouderengeneeskunde die niet in dienst zijn van een verpleeghuis, in de wijk kunnen worden inge-

zet. Ook vindt het ministerie dat de zorg en opvang voor patiënten die vanwege medische redenen tijdelijk niet thuis kunnen wonen - het eerstelijnsverblijf - beter moet worden geregeld. Daarom wordt per 2017 deze zorg vanuit de Zorgverzekeringswet gefinancierd. Er is hier ook meer geld voor uitgetrokken. Hierdoor wordt onnodige ziekenhuisopname voorkomen, kan er een soepele overgang naar de langdurige zorg tot stand komen en bovenal komt er meer duidelijkheid voor patiënten en zorgverleners.

**Verkorte productinformatie Lyrica** (opgesteld: juli 2015). **De volledige productinformatie (SPC) is op aanvraag verkrijgbaar. Samenstelling:** Lyrica 25, 75, 150 en 300 mg harde capsules bevatten respectievelijk 25, 75, 150 en 300 mg pregabalin. Bevat 0,6 lactose als hulpstof. **Indicaties:** Behandeling van perifere en centrale neuropathische pijn bij volwassenen, adjuvante therapie bij volwassenen met partiële epilepsie met of zonder secundaire gegeneraliseerde aanvallen en behandeling van gegeneraliseerde angststoornis (GAD) bij volwassenen. **Farmacotherapeutische categorie:** Anti-epileptica, andere anti-epileptica, ATC code: N02AX16. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of één van de hulpstoffen. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Diëtische patiënten die in gewicht toenemen tijdens de pregabalinbehandeling kunnen een aanpassing van hun bloedsuikervervalende geneesmiddelen nodig hebben. Er zijn post-marketing meldingen geweest van overgevoeligheidsreacties, inclusief gevallen van angio-oedeem. Pregabalin dient onmiddellijk te worden gestaakt indien zich symptomen van angio-oedeem voordoen, zoals zwellingen in het gezicht, rondom de mond of in de bovenste luchtweg. Bij de behandeling met pregabalin zijn duizeligheid en slaperigheid opgetreden, wat het optreden van toevallen bij oudere patiënten kan doen toenemen. Er zijn ook post-marketing meldingen geweest van verlies van bewustzijn, verwachtheid en geestelijke achterlatting. Daarom dient patiënten aangeraden te worden om voorzichtig te zijn tot ze vertrouwd zijn met de mogelijke effecten van het geneesmiddel. In gecontroleerde onderzoeken werd bij een groter gedeelte van de patiënten die met pregabalin werden behandeld in vergelijking met de patiënten die placebo kregen waargenomen dat in een meerderheid van de gevallen bij het voortzetten van de dosering geen veranderingen werden waargenomen. In klinische studies van opgebouwd langdurige toetsen werden uitgevoerd, waar de incidentie van verminderde gezichtscherpte en veranderingen van het gezichtsveldd groot in de patiëntengroep die met pregabalin werd behandeld dan in de placebogroep. De incidentie van fundoscopische veranderingen was groter in de placebogroep. Tijdens de postmarketingervaring zijn ook bijwerkingen van het gezichtsvermogen gemeld, inclusief verlies van het gezichtsvermogen, waargenomen bij andere veranderingen van de gezichtscherpte, waarvan de meeste tijdelijk waren. Het staken van de behandeling met pregabalin kan resulteren in het verdwijnen van deze visuele symptomen. Gevallen van nierfalen bij oudere patiënten kan doen toenemen. Er zijn ook post-marketing meldingen van het stoppen met pregabalin tevens bijwerkingen van deze bijwerking. Er zijn onvoldoende gegevens bekend met betrekking tot het stoppen van anti-epileptische co-medicatie na het berekenen van een controle van de aanvallen met pregabalin in de combinatie-therapie, met als doel monotherapie met pregabalin te bereiken. Na stopzetting van korte- en langetermijnbehandelingen met pregabalin zijn abstinentieverschijnselen waargenomen bij sommige patiënten. De volgende voorvallen zijn gemeld: slapeloosheid, hoofdpijn, misselijkheid, angst, diarree, griepsyndroom, zenuwachtigheid, depressie, pijn, hyperhidrose en duizeligheid, wat doet denken aan fysieke afhankelijkheid. De patiënt dient hiervan op de hoogte gebracht te worden bij het begin van de behandeling. Comorbiditeit, inclusief status epilepticus en tonsil-clonische aanvallen, kunnen voorkomen tijdens het gebruik van pregabalin of kort na het stoppen van de behandeling met pregabalin. Er zijn gegevens die doen vermoeden dat de incidentie en ernst van de abstinentieverschijnselen na het staken van een langdurige behandeling met pregabalin, dosistegaderende kunnen zijn. Er zijn post-marketing meldingen geweest van congestief hartfalen bij een aantal patiënten die pregabalin kregen. Pregabalin dient met voorzichtigheid te worden gebruikt bij oudere cardiovasculair gezondheidsproblemen. Tijdens de behandeling van centrale neuropathische pijn veroorzaakt door letsel van het ruggenmerg was de incidentie van bijwerkingen in het algemeen, centraal zenuwstelsel-gerelateerde bijwerkingen en in het bijzonder slaperigheid verhoogd. Dit kan toe te schrijven zijn aan het bijkomend effect van gelijktijdig toegevoegde geneesmiddelen (bijv. geneesmiddelen tegen specifieke) die nodig zijn voor deze aandoening. Dit dient overwogen te worden bij het voorschrijven van pregabalin bij deze aandoening. Het optreden van suicidale ideëring en gedrag is gemeld bij patiënten die behandeld werden met anti-epileptica bij verschillende indicaties. Een meta-analyse van gerandomiseerde placebocontroleerde onderzoeken met anti-epileptica laat ook een kleine toename van het risico zien op suicidale ideëring en gedrag. Het mechanisme achter dit risico is niet bekend en de beschikbare gegevens sluiten de mogelijkheid van een toegenomen risico voor pregabalin niet uit. Patiënten dienen daarom nauwkeurig gecontroleerd te worden op tekenen van suicidale ideëring en gedrag en een geschikte behandeling dient te worden overwogen. Patiënten (en hun verzorgers) dienen erop gewezen te worden dat incident of zich tekenen van suicidale ideëring of gedrag voordoen of medisch advies ingevonden dient te worden. Er zijn post-marketing meldingen van voorvallen die verband houden met een verminderde werking van het onderste gedeelte van het maagdarmskanaal (bv. darmobstructie, paralytische ileus, constipatie) wanneer pregabalin gelijktijdig werd toegevoegd met geneesmiddelen die constipatie kunnen veroorzaken zoals opioïde analgetica. Wanneer pregabalin en opioïden samen gebruikt worden, kunnen maagtegenoverwogen worden om constipatie te voorkomen (vooral bij vrouwenlijke patiënten en oudere). Gevallen van verhoogde bloeddruk zijn gemeld bij oudere patiënten die behandeld werden met anti-epileptica bij verschillende indicaties. Deze patiënten dienen gecontroleerd te worden op symptomen van verhoogd gebruik, misbruik of afhankelijkheid van pregabalin (ontwikkeling van tolerantie, gebruik van meer dan de voorgeschreven dosering en shopping zijn gemeld). Gevallen van encefalopathie zijn gemeld, voornamelijk bij patiënten met een onderliggende aandoening die het optreden van encefalopathie kan beïnvloeden. Lyrica bevat lactosomonohydraat. Patiënten met zeldzame erfelijke problemen van galactose-intolerantie, Lapp-lactase deficiëntie of glucose-galactose malabsorptie mogen dit geneesmiddel niet innemen. **Interacties:** Angegen pregabalin voornamelijk onveranderd wordt uitgescheiden in de urine, nagenoeg niet wordt gemetaboliseerd bij de mens, *in vitro* het geneesmiddelenmetabolisme niet rarm en niet aan plasma-eiwitten wordt gebonden, is het onwaarschijnlijk dat het farmacokinetische interacties tussen zou brengen of er onderhevig aan zou zijn. Pregabalin kan de effecten van ethanol en lorazepam versterken. Tijdens post-marketing ervaring zijn er meldingen geweest van ademhalingsstilstand en coma bij patiënten die pregabalin en andere CNS-antidepressieve geneesmiddelen gebruikten. Pregabalin lijkt een additieve werking te hebben op de versterking van de cognitieve en algemene motorische functie, veroorzaakt door opycodone. Er zijn geen specifieke farmacodynamische interactiestudies uitgevoerd bij oudere vrijwilligers. Interactiestudies zijn alleen bij volwassenen uitgevoerd. **Bijwerkingen:** In het klinisch onderzoeksprogramma waren de bijwerkingen meestal mild tot matig in intensiteit. De opgesomde bijwerkingen kunnen ook verband houden met het onderliggende ziektebeeld en/of gelijktijdig toegevoegde geneesmiddelen. De meest voorkomende bijwerkingen die resulteerden in stopzetting van de pregabalinbehandeling waren duizeligheid en slaperigheid. Zeer vaak ( $\geq 1/10$ ), duizeligheid, slaperigheid, hoofdpijn. Vaak ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ) nasofaryngitis, toegenomen eetlust, edemie, verwarving, geïrriteerde/desoriënteerde, slapeloosheid, afgenomen libido, ataxie, abnormale coördinatie, tremor, dysartrie, algemene onrust, geheugenstoornis, concentratiestoornis, parethesie, hypoaesthesie, sedatie, evenwichtsstoornis, lethargie, wazig zien, diplopie, vertigo, braken, misselijkheid, constipatie, diarree, fatulentie, abdominale distensie, droge mond, spierkramp, artralgie, nagel-, pijn in ledematen, cervical spasme, erectiele disfunctie, perifere oedeem, oedeem, abnormale gal, vallen, een dronken gevoel hebben, zich abnormaal voelen, vermoeidheid gewichtstoename. Soms ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$ ) neutropenie, overgevoeligheid, anorexia, hypoglykemie, hallucinaties, paniekaantallen, rusteloosheid, agitatie, depressie, tremeerageslagenheid, opgewekte stemming, agressie, stemmingswisselingen, depersonalisatie, moeilijk op woorden kunnen komen, abnormale dromen, toegenomen libido, anorgasmie, apathie, syncope, stupor, myoclonus, verlies van bewustzijn, psychomotorische hyperactiviteit, dyskinesie, posturale duizeligheid, intermittente tremor, myastagmie, cognitieve functiestoornis, geestelijke stoornis, spraakstoornis, hypoaesthesie, hyperaesthesie, brandend gevoel, agastie, malaise, perifere gevoelsverlies, abnormaal zien, opswellingen, gezichtsvoelideterie, verminderde gezichtscherpte, oogpijn, asthenopie, fotopsie, droge ogen, verhoogde traanvorming, oogirritatie, hyperacusis, tachycardie, eerstegraads atrioventriculaire blok, sinusbradycardie, congestief hartfalen, hypotensie, hypertensie, opvliegers, blozen, perifere kou, dyspnoe, epistaxis, hoesten, verstopte neus, rhinitis, snurken, droge neus, gastro-oesofageale refluxaandoening, toegenomen speekselproductie, orale hypoaesthesie, papulose huiduitslag, urticaria, hyperhidrose, jeuk, zwelling van gewrichten, myasthenia, spiercontracties, nekpijn, spierstijfheid, urine-incontinentie, dysurie, seksuele disfunctie, vertraagde ejaculatie, dysmenorroe, pijn in de borst, generaliseerd oedeem, gezichts-oedeem, beklend gevoel op de borst, pijn, koorts, dorst, koude rillingen, asthenie, verhoogd creatininefosfatasie in het bloed, verhoogd alanine-aminotransferase, verhoogd aspartaataminotransferase, verhoogd glucose in het bloed, verhoogd aantal bloedplaatjes, verhoogd creatinine in het bloed, verlaagd kalium in het bloed, gewichtstoename. Zelden ( $< 1/1000$ ) angio-oedeem, allergische reactie, disinhibitie, toevallen, parosmia, hypoknemie, dysurie, verlies van het gezichtsvermogen, keratitis, ocellitis, afwijkende visuele diepteperspectief, mydriasis, strabismus, visuele hallucinaties, QT-verlenging, sinus tachycardie, sinus-arritmie, longoedeem, toegenomen keel, ascites, pancreatitis, gezwollen tong, dysfaagie, syndroom van Stevens-Johnson, angsttoestand, rabdomyolysis, nierfalen, oligurie, urineerretentie, amenorroe, galactorroe, groter worden van de borsten, gynaecomastie, afname van het aantal witte bloedcellen. **Allevingsstatus:** UR. **Registratienummers:** EU/1/04/29/001-043-046. **Vergoeding en prijs:** Lyrica wordt volledig vergoed binnen het SVS. Voor prijzen wordt verwezen naar de website [www.lyrica.nl](http://www.lyrica.nl). **Voor medische informatie over dit product belt u met 0800-MEDINFO (8334638).** **Registratiehouder:** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Verenigd Koninkrijk. **Neem voor correspondentie en inlichtingen contact op met de lokale vertegenwoordiger: Pfizer bv, Postbus 37, 2900 AA Capelle a/d IJssel.**

# VAN DER SCHOOT ARCHITECTEN bv BNA SCHIJNDEL

**Al 35 jaar  
gespecialiseerd!**



**Bent u op zoek naar een betrouwbare Architect, gespecialiseerd in Huisartsenpraktijken, Gezondheidscentra, AHOED en Apotheek(houdend)?**

**Nieuwbouw, verbouw, renovatie, restauratie, interieur, exterieur, casco, turn-key, installaties**

**Koop- of huurcontract, vergunningen, bouwmanagement, toezicht, directievoering, aanbesteding, budgetbewaking, controle, oplevering**

**Geïntegreerd ontwerp, hoogst mogelijke kwaliteit, voor elk budget dienstverlenend, onafhankelijk, integriteit en ontzorgd**

Neem contact op met ir. Gijs Jan van der Schoot  
[Info@vanderschootarchitecten.nl](mailto:Info@vanderschootarchitecten.nl) T + 31 (0)73 54 93 841

**[www.VanderSchootArchitecten.nl](http://www.VanderSchootArchitecten.nl)**



## FINANCIËEL ADVISEURS VOOR HUISARTSEN

Sibbing & Wateler is een onafhankelijk financieel adviesbureau, gespecialiseerd in de praktijkbegeleiding van vrije medische beroepsbeoefenaren, waaronder huisartsen. Wij bieden u een gevarieerd dienstenpakket voor al uw financiële zaken, nu en in de toekomst.

Wilt u meer weten over onder meer praktijk-vestiging, HOED-begeleiding, salarissen en (maatschaps)contracten, financiële planning, fiscaliteiten, pensioen, assurantiën en hypotheek? Neem dan vrijblijvend contact met ons op.



**’n hele zorg minder®**

**PRAKTIJKVESTIGING  
FINANCIËLE PLANNING  
ASSURANTIËN**

Telefoon: (0318) 544 044 - [www.sibbing.nl](http://www.sibbing.nl)

**VERKORTE PRODUCTINFORMATIE TIOTRUS ZONDA®**

**Handelsnaam:** Tiotrus 10 microgram/dosis inhalatiepoeder in harde capsules. **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling:** Elke capsule bevat 16 microgram tiotropiumbromide, overeenkomend met 13 microgram tiotropium. De afgeleverde dosis (de dosis die het mondstuk van de Zonda-inhalator verlaat) is 10 microgram tiotropium per capsule. **Indicaties:** Tiotrus is geïndiceerd als een bronchusverwijder voor de onderhoudsbehandeling ter verlichting van symptomen bij patiënten met chronische obstructieve luchtwegaandoeningen (COPD). Tiotrus is geïndiceerd voor gebruik bij volwassenen. Tiotrus capsules mogen alleen gehaleerd worden met behulp van de Zonda-inhalator. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof tiotropiumbromide, atropine of derivaten zoals ipratropium of oxitropium, of voor één van de in rubriek 6.1 van de volledige SPC vermelde hulpstoffen, waaronder lactosemonohydraat dat melkeiwit bevat. **Belangrijkste waarschuwingen en voorzorgen:** Tiotropiumbromide, als een bronchusverwijder in eenmaal daagse onderhoudsdosering, dient niet te worden gebruikt als aanvangsbehandeling van acute episoden van bronchospasmen, dat wil zeggen "noodtherapie". Na toediening van tiotropiumbromide inhalatiepoeder kunnen onmiddellijke overgevoeligheidsreacties optreden. Het gebruik van tiotropiumbromide moet onmiddellijk worden gestaakt als er een overgevoeligheidsreactie of allergische reactie ontstaat. De gebruikelijke handelingen moeten bij de patiënt worden uitgevoerd. Overeenkomend met de anticholinergie werking dient tiotropiumbromide met voorzichtigheid te worden gebruikt bij patiënten met nauwe-kamerhoek glaucoom, prostaathyperplasie of blaasobstructie. Zoals ook bij andere inhalatietherapieën kunnen paradoxale bronchospasmen optreden met toename van piepende ademhaling of benauwdheid na een dosering. Tiotrus moet onmiddellijk worden gestaakt, de patiënt moet worden beoordeeld en indien nodig moet een alternatieve behandeling worden ingesteld. Tiotropium dient met voorzichtigheid te worden gebruikt bij patiënten met een recent myocardiinfarct ( $< 6$  maanden), onstabiele of levensbedreigende cardiale ritmie of cardiale aritmie waarvoor in het afgelopen jaar een interventie of verandering in medicamenteuze behandeling nodig is geweest, of ziekenhuisopname voor hartfalen (NYHA-klasse III of IV) in het afgelopen jaar. Patiënten dienen gewaarschuwd te worden om te voorkomen dat het inhalatiepoeder in de ogen komt. Ze dienen te worden geïnformeerd dat dit kan leiden tot de vorming van neerslag of dat dit nauwe-kamerhoek glaucoom, pijn of een onaangenaam gevoel in de ogen, tijdelijk wazig zien, visuele halo's of gekleurde beelden gecombineerd met rode ogen door zwelling van de conjunctiva en oedeem van de cornea, kan verergeren. Indien zich een combinatie van deze oogsymptomen ontwikkelt, dienen patiënten onmiddellijk het gebruik van tiotropiumbromide te staken en een arts te raadplegen. Een droge mond, die wordt waargenomen bij de behandeling met anticholinergica, kan op de lange termijn leiden tot caries. Patiënten met zeldzame erfelijke aandoeningen als galactose-intolerantie, Lapp lactasedeficiëntie of glucose-galactose malabsorptie dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken. **Belangrijkste bijwerkingen:** Veel van de genoemde bijwerkingen kunnen worden toegeschreven aan de anticholinergie eigenschappen van tiotropiumbromide. Ernstige bijwerkingen overeenkomstig de anticholinergie effecten zijn onder andere glaucoom, obstipatie en darmobstructie waaronder paralytische ileus en urineretentie. Een vaak voorkomende bijwerking is droge mond. Andere zeldzame of soms voorkomende bijwerkingen zijn onder andere atriumfibrilleren, supra-ventriculaire tachycardie, tachycardie, hartkloppingen, glaucoom, verhoogde oogdruk, bronchospasmen, obstipatie, intestinale obstructie en urineretentie. De hulpstof lactose kan sporen van melkeiwitten bevatten wat reacties kan veroorzaken bij mensen met ernstige overgevoeligheid of allergie voor melkeiwitten. Zoals bij elke inhalatietherapie kunnen, na inname van de dosis, paradoxale bronchospasmen optreden met een onmiddellijke verergering van piepende ademhalen en benauwdheid. Paradoxale bronchospasmen reageren op een snelwerkende bronchusverwijder en moeten onmiddellijk worden behandeld. Tiotrus moet onmiddellijk worden gestopt, de patiënt moet worden beoordeeld en, indien noodzakelijk, een alternatieve therapie moet worden ingesteld. **Afleverstatus:** UR. **Registratiehouder:** Teva Nederland BV, Swensweg 5, 2031 GA Haarlem, Nederland. **Datum laatste herziening SPC:** 28 juni 2016. Raadpleeg voor volledige productinformatie de geregistreerde samenvatting van productkenmerken (SPC) RVG 116447, te vinden op [www.cbg-meb.nl](http://www.cbg-meb.nl) of neem contact op met Teva Nederland BV. Tel. 0800 0228 400 (NL/RESP/16/0044).