

Landelijk kenniscentrum nodig

Veel werkverzuim door duizeligheid

Roeland B. van Leeuwen,
neuroloog, Gelre ziekenhuizen
Apeldoorn

Tjasse D. Bruinjes,
kno-arts, Gelre ziekenhuizen
Apeldoorn

Correspondentieadres:
r.b.van.leeuwen@gelre.nl
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Het is hinderlijk, maar verder tamelijk onschuldig. Dat krijgen duizelige patiënten vaak te horen van hun arts. Onderzoek van het Apeldoorns Duizeligheidscentrum laat echter zien dat duizeligheid wel degelijk schade kan aanrichten.

Zowel huisartsen als specialisten worden frequent geconfronteerd met de klacht duizeligheid. Bij bevolkingsonderzoek in Nederland in 2004 bleek dat 7,1 procent van de mannen en 12,9 procent van de vrouwen in de veertien dagen voor het onderzoek last had van duizeligheid.¹ Huisartsen zien per jaar per duizend patiënten 27 patiënten met als nieuwe klacht duizeligheid.² Bij het ouder worden neemt de incidentie fors toe; duizeligheid is een van de meestvoorkomende klachten waarmee 75-plussers bij huisartsen komen. Naar de beperkingen die de duizelige patiënt ondervindt, is in Nederland voor zover bekend

nog geen onderzoek gedaan. Engels onderzoek toont aan dat van de werkende bevolking 20 procent recentelijk last heeft gehad van duizeligheid. De helft van deze groep werd daardoor beperkt in het dagelijks functioneren.³ Ouderen ervoeren de meeste beperkingen.

Vragenlijst

Het Apeldoorns Duizeligheidscentrum (ADC, zie kader) wilde graag meer duidelijkheid krijgen over de dagelijkse beperkingen van patiënten die wegens duizeligheid naar de tweede lijn worden verwezen. Daarom heeft het ADC zijn patiënten gevraagd de Dizziness Handicap Inventory (DHI) in te vullen. De DHI is een gestandaardiseerde vragenlijst, ontworpen om de fysieke, functionele en emotionele consequenties van duizeligheid te documenteren.⁴ De lijst is gevalideerd voor de Nederlandse taal.⁵ Het betreft 25 vragen die moeten worden beantwoord met 'nooit', 'soms' of 'vaak'. De maximumscore is 100 punten. Een totaalscore van 0-29 staat voor milde klachten, 30-59 voor matige klachten en 60-100 voor ernstige klachten.

Bij de evaluatie van de DHI-resultaten van 2242 patiënten (63,9% vrouw, gemiddelde leeftijd 54 jaar) bleek dat de gemiddelde DHI-score 40,6 was. Bijna 70 procent van de patiënten had matige of ernstige klachten. Vrouwen ervoeren significant meer beperkingen dan mannen, de invloed van leeftijd was gering. Een derde van de patiënten voelde zich gefrustreerd door de klachten en werd daadwerkelijk beperkt in sociale activiteiten. Van de patiëntengroep

Duizeligheidspoli

Het Apeldoorns Duizeligheidscentrum (ADC) is een multidisciplinaire polikliniek van Gelre ziekenhuizen. Het is een samenwerkingsproject tussen de vakgroepen kno, neurologie, biometrie (klinische neurofysiologie) en fysiotherapie. Het centrum richt zich op de diagnostiek en behandeling van patiënten met als hoofdklacht duizeligheid.

In MC Document is te zien welke behandelmethoden het Apeldoorns Duizeligheidscentrum toepast en welk onderzoek er wordt verricht. Bekijk het filmpje op www.medischcontact.nl/mc_document.



meldde 8 procent regelmatig depressief te zijn door de duizeligheid.

Werkverzuim

Er is weinig bekend over de mate van werkverzuim bij patiënten met duizeligheid. Waarschijnlijk hangt dit samen met het feit dat duizeligheid in het algemeen als een onschuldige klacht wordt gezien. Een Duits bevolkingsonderzoek naar draaiduizeligheid leidde echter tot de conclusie dat het werkverzuim onder patiënten met draaiduizeligheid 41 procent bedroeg.⁶

8 procent raakt door duizeligheid volledig arbeidsongeschikt

Het ADC heeft recentelijk ook onderzoek verricht naar de mate van arbeidsverzuim onder de patiënten. In de eerste acht maanden van 2010 werden 440 patiënten beoordeeld, van wie er 226 full- of parttime werkten. Van deze groep was 55 procent vrouw. Verzuim kwam voor bij 72 procent van de patiënten. De mate en duur van dit verzuim staan in de *tabel*. Bij verdere analyse bleek er geen relatie te bestaan tussen werkverzuim en geslacht of leeftijd. Van de gehele groep van 226 patiënten was 8 procent volledig arbeidsongeschikt geraakt door de duizeligheid. Wij concluderen dat het werkverzuim onder patiënten verwezen naar de tweede lijn vanwege duizeligheid, hoog is. Verder onderzoek bij grotere groepen patiënten, ook in de eerste lijn,

beeld: Thinksock



Werkverzuim onder patiënten ADC

gemiddelde score Dizziness Handicap Inventory (in punten)	43,4
patiënten met milde duizeligheid (0-29 punten)	26,5%
patiënten met matige duizeligheid (30-59 punten)	50,0%
patiënten met ernstige duizeligheid (60-100 punten)	23,5%
mannen	45,6%
vrouwen	54,4%
patiënten uit de eigen regio	32,7%
second opinion	67,3%
wel werkverzuim	70,4%
geen werkverzuim	29,6%
mate van werkverzuim 0-25%	13,9%
mate van werkverzuim 25-50%	6,3%
mate van werkverzuim 50-100%	14,6%
mate van werkverzuim 100%	65,2%
duur werkverzuim <1 maanden	26,9%
duur werkverzuim 1-3 maanden	19,2%
duur werkverzuim 3-6 maanden	17,3%
duur werkverzuim 6-12 maanden	14,7%
duur werkverzuim >1 jaar	21,8%
wel arbeidsongeschikt	8,0%
niet arbeidsongeschikt	92,0%

De gegevens van 226 werkende patiënten verwezen naar het Apeldoorns Duizeligheidscentrum.

is noodzakelijk om economische gevolgen voor patiënt en maatschappij in beeld te brengen.

Diagnose

Gezien de impact van duizeligheid op sociaal functioneren en werkverzuim, lijkt het raadzaam om de zorg voor de duizelige patiënt te verbeteren. Op basis van onze ervaringen in het ADC stellen we een aantal problemen vast: het stellen van een juiste diagnose, onbekendheid met behandelingsopties en de overtuiging van artsen dat het een onschuldige klacht betreft. Allereerst de diagnose. Duizeligheid is een symptoom, en vaak is het moeilijk om de achterliggende oorzaken te achterhalen. Die zijn divers. Vestibulaire, maar ook bijvoorbeeld

cerebrale, cardiale, medicamenteuze en psychogene factoren kunnen een rol spelen. Bij bijna 40 procent van de nieuwe patiënten met duizeligheid stelt de huisarts geen diagnose; een duidelijk behandeladvies

blijft in een dergelijke situatie uit. Indien verwezen wordt naar de tweede lijn, dan blijkt 55 procent van de door huisartsen gestelde diagnoses niet overeen te komen met de diagnoses in het ziekenhuis.⁷ Een zeer gerichte anamnese levert uiteindelijk meestal toch een diagnose op. Aanvullend lichamelijk onderzoek is, zo blijkt uit de ervaringen van het ADC, doorgaans van beperkte waarde bij de diagnostiek van de duizelige patiënt.

Behandelopties

Een goede diagnose is zo belangrijk omdat de meeste vormen van duizeligheid goed behandelbaar zijn.⁸ Bijna de helft van alle patiënten verwezen naar de tweede lijn heeft een perifeer vestibulair syndroom (zie *figuur*). Benigne paroxysmale positieduizeligheid (BPPD) is de meest frequent voorkomende perifeer vestibulaire aandoening. Vaak wordt hier een afwachtend beleid afgesproken. De aandoening kan

echter veel beperkingen en verzuim geven. Bij ouderen is er een toegenomen kans op vallen, met alle consequenties van dien. Canalith repositiemanoeuvres, zoals de epleymanoeuvre, zijn echter effectief en makkelijk uitvoerbaar.⁹

Vestibulaire migraine is een aandoening die vaak niet wordt herkend, maar wel medicamenteus kan worden behandeld. De ziekte van Ménière kan vandaag de dag, indien medicamenteuze therapie onvoldoende effect heeft, worden behandeld met gentamicine-injecties intratympanaal.¹⁰ Bij een neuritis vestibularis is het starten van vestibulaire revalidatie met behulp van fysiotherapie van groot belang; op die manier kan er snel een centrale compensatie worden bereikt.¹¹

Bij hyperventilatie en angststoornissen is het van belang dat er inzicht komt bij de patiënt in de relatie tussen de angst en de duizeligheid. Dan kan nader worden bekeken of er behandelopties zijn. Tot slot kan één patiënt last hebben van twee soorten duizeligheid, bijvoorbeeld door BPPD en een angststoornis. Het is belangrijk dat dit wordt onderkend, en dat beide klachten separaat worden behandeld.

Nascholing en onderzoek

In Nederland is er relatief weinig nascholing op het gebied van duizeligheid. Dit geldt zowel voor fysiotherapeuten als voor huisartsen en medisch specialisten. Met name de vestibulaire revalidatie dient op korte termijn door de fysiotherapeuten te worden opgepakt; het effect is overtuigend aangetoond. En mogelijk zouden fysiotherapeuten ook een rol kunnen krijgen bij de behandeling van BPPD, middels repositiemanoeuvres.

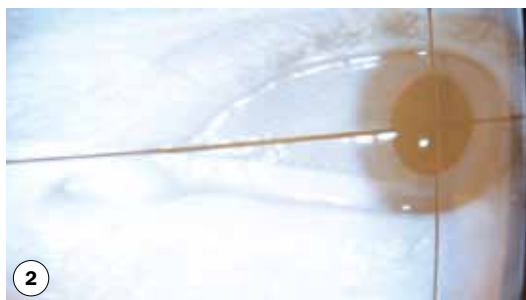
De nascholingen voor huisartsen zouden zich meer kunnen richten op de diagnostiek en de behandeling van duizeligheid, met veel aandacht voor veelvoorkomende aandoeningen als BPPD, neuritis vestibularis, vestibulaire migraine en de ziekte van Ménière.

Behalve de nascholing schiet ook het onderzoek op het gebied van duizeligheid in Nederland

Onderzoek en nascholing schieten in Nederland tekort

Prikkeling van het evenwichtsorgaan door middel van water (1) laat de oogbewegingsafwijking nystagmus zien (2), die hersteld wordt door canalith repositiemanoeuvres (3).

beeld: RosaMedia



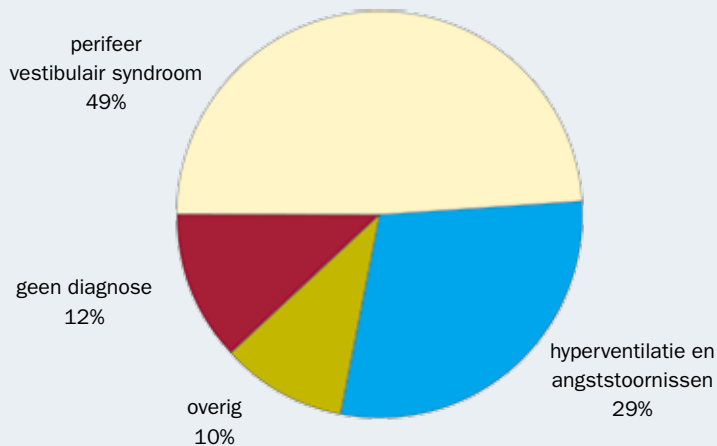
Kwaliteit van sterven

De Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE) heeft de mogelijkheden tot het oprichten van een levenseindekliniek onderzocht. Het is een controversieel plan waar de voor- en tegenstanders al direct hun stellingen over hebben ingenomen, variërend van 'een veilige plek kunnen bieden' tot aan 'een tunnelvisie waarin de dood de enige uitkomst is'. Ik persoonlijk schaar me in het kamp van de voorstanders van een levens-eindekliniek. De doodswens van mensen met chronische psychiatrische klachten, beginnende dementie of een voltooid leven is legitiem. De huidige praktijk, die het uitvoeren van deze wens niet toelaat, zet een groep mensen in de kou en negeert hun lijden. Dat is onnodig wreed en daarom niet vol te houden. Bij het streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven hoort ook een zo hoog mogelijke kwaliteit van sterven. Een levenseindekliniek met medische en psychologische deskundigen kan dat bieden en aldus garant staan voor een waardig afscheid van het leven.

De wilsbeschikking van het individu moet hierbij prevaleren. Want uiteindelijk moet iemand zelf kunnen bepalen wanneer zijn of haar leven voltooid is. Als iemand een testament opstelt mag hij of zij daarin al zijn bezit weggeven en al zijn laatste wensen kenbaar maken. Er wordt strikt op toegezien dat aan al deze wensen wordt voldaan, behalve aan de wens om te mogen sterven als de betreffende persoon dementerend wordt. Dan worden ineens andere standaarden aangelegd. Vaak tot groot verdriet van de directe familie die deze laatste wens van de betrokkene wél respecteert en vervuld wil zien. Of op afzienbare termijn een levens-eindekliniek wordt geopend, is niet zeker. Dat de discussie geopend is, wel. Een discussie waaraan ik graag deelneem.

Aysel Erbudak,
voorzitter raad van bestuur
Slotervaartziekenhuis

Oorzaken duizeligheid van patiënten ADC



SAMENVATTING


- De klacht duizeligheid leidt tot beperkingen en verlies van kwaliteit van leven.
- Bij verwezen patiënten met duizeligheid is er een hoog werkverzuim; 8 procent raakt volledig arbeidsongeschikt.
- Meer wetenschappelijk onderzoek op het gebied van duizeligheid is nodig, evenals betere nascholing voor artsen en gestroomlijnde voorlichting aan de patiënt.
- Er moet een landelijk kenniscentrum duizeligheid worden opgericht

tekort. In het Maastricht UMC+ en het VUmc wordt wetenschappelijk onderzoek verricht, in de overige academies is de aandacht voor duizeligheid beperkt. Het is niet duidelijk waarom dit zo is. Mogelijk speelt mee dat medicatie geen rol van betekenis speelt en dat sponsoring van trials door de farmaceutische industrie derhalve niet aan de orde is.

De voorlichting aan patiënten met duizeligheid is ten slotte ook niet gestroomlijnd; hun klacht kan immers vele oorzaken hebben die onder meerdere specialismen vallen. Er is niet één patiëntenvereniging die voor hun belangen opkomt (behalve voor patiënten met de ziekte van Ménière). En er is niet één loket waar de duizelige patiënt terecht kan. In Amerika bestaat zo'n loket overigens wel: de Vestibular Disorders Association.

Landelijk kenniscentrum

Om te bereiken dat kennis over duizeligheid toeneemt bij professionals, dat er meer nascholing en onderzoek komt en dat de voorlichting aan patiënten verbetert, is het noodzakelijk dat er een landelijk kenniscentrum duizeligheid in het leven wordt geroepen. Dit centrum moet duizeligheid meer onder de aandacht brengen, zowel bij professionals als bij verzekeraars en de politiek. Er is financiële ondersteuning nodig om een dergelijk kenniscentrum van de grond te tillen, waarbij verzekeraars en de overheid een belangrijke rol kunnen spelen.

Medisch specialisten van het Apeldoorns Duizeligheidscentrum willen het voortouw nemen bij het oprichten van een dergelijk kenniscentrum. De duizelige patiënt verdient meer steun, letterlijk en figuurlijk. 



Voor de referenties en andere artikelen bij dit onderwerp gaat u naar www.medischcontact.nl.

Referenties

1. Linden MW van der, Westert GP, Bakker DH de, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartsenpraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM 2004.
2. Verheij AAA, Weert HCPM van, Lubbers WJ, Sluisveld ILL van, Saes GAF, Eizinga WH, Boukes FS, Lieshout J van. NHG-Standaard Duizeligheid. Huisarts Wet 2002; 45(110): 601-9.
3. Yardley L, Owen N, Nazareth I, Luxon L. Prevalence and presentation of dizziness in a general practice community sample of working age people. Br J Gen Pract 1998; 48: 1131-5.
4. Jacobson GP, Newman CW. The development of the Dizziness Handicap Inventory. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1990; 116: 424-7.
5. Vereeck L, Truijten S, Wuyts F, Heyning P van de. Test-retest reliability of the Dutch version of the Dizziness Handicap Inventory. B-ENT 2006; 2: 75-80.
6. Neuhauser HK, Radtke A, Breuvart M von, Lezius F, Feldmann M, Lempert Th. Burden of Dizziness and Vertigo in the Community. Arch Intern Med 2008; 168(19): 2118-24.
7. Leeuwen RB van, Tabink IC, Oostenbrink P, Bruintjes TJ D. Nieuw houvast. Medisch Contact 2001; 56: 1533-5.
8. Leeuwen RB van, Bruintjes TJ D, Verhagen WIM. De patiënt met duizeligheid: een praktische aanpak. Tijdschr Neurol Neurochir 2008; 109: 2000-8.
9. Hilton M, Pinder D. The Epley maneuver (canalith repositioning maneuver) for benign paroxysmal positioning vertigo. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 1.
10. Stokroos R, Kingma H. Selective ablation by intratympanic gentamicin in patients with unilateral active Meniere's disease: a prospective, double blind, placebo controlled, randomized clinical trial. Acta Otolaryngol 2004; 124: 172-5.
11. Hillier SL, Hollohan V. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. Cochrane Database as Systematic Reviews 2007, Issue 4.