

Hij wordt zo vergeetachtig...

Huisartsgeneeskundige diagnostiek bij ouderen met cognitieve achteruitgang

H.E. VAN DER HORST
A.W. WIND

Welke diagnostiek is zinvol bij mensen die zich tot hun huisarts wenden met klachten over hun geheugen? Deze vraag vormde het uitgangspunt voor een aantal bijeenkomsten van de Huisartsgeneeskundig Handelen Conferentie van de VU. Huisartsen zijn in het algemeen goed in staat met behulp van voorkennis, observatie, anamnesevragen en eventueel een eenvoudige cognitieve functietest onderscheid te maken tussen pathologische cognitieve achteruitgang en een bij de leeftijd van de patiënt passende, niet-pathologische achteruitgang. Ook de nadere diagnostiek die nodig is bij pathologische cognitieve achteruitgang, kunnen huisartsen zelf verrichten; een diagnostische verwijzing naar de tweede lijn is in de meeste gevallen niet noodzakelijk.

Van der Horst HE, Wind AW. Hij wordt zo vergeetachtig... Huisartsgeneeskundige diagnostiek bij ouderen met cognitieve achteruitgang. *Huisarts Wet* 1991; 34(11): 500-3, 519.

Vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde, Vrije Universiteit, Faculteit der Geneeskunde, Van den Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.

Mw. H.E. van der Horst, huisarts; mw. A.W. Wind, arts.

Inleiding

'Hij wordt zo vergeetachtig de laatste tijd'. Die klacht is nogal eens te horen in de spreekkamer van de huisarts. Daarnaast krijgen huisartsen vragen van patiënten over het achteruitgaan van hun eigen geheugen. In een dergelijk geval ziet de huisarts zich geplaatst voor een tweetal keuzen: wel of geen nadere diagnostiek, en wel of niet verwijzen? Over het beloop van vergeetachtigheid en dementie is nog weinig bekend en in therapeutisch opzicht heeft de geneeskunde meestal bitter weinig te bieden.

De Graaff & Hupkens hielden in 1985 een pleidooi voor een actieve benadering door de huisarts bij dementie.¹ Zij beschreven hoe de diagnostiek bij dementie eruit kan zien, maar lieten een aantal relevante aspecten liggen. Zo bleven de specifieke mogelijkheden van de huisarts met betrekking tot de diagnostiek onderbelicht.² Zulke specifieke mogelijkheden zijn bijvoorbeeld: het gebruiken van voorkennis over de patiënt (waarbij niet alleen moet worden gedacht aan de medische geschiedenis, maar aan het hele gezondheidsbeeld), het gebruiken van de tijd als diagnosticum, het gebruiken van kennis over het functioneren van de patiënt in relatie tot zijn omgeving, en het gebruiken van informatie uit die omgeving.³

Ook tijdens de consensusbijeenkomst 'Diagnostiek bij het dementiesyndroom' in 1988 bleef de rol van de huisarts onderbelicht.⁴ In het verslag van deze bijeenkomst wordt weergegeven welke diagnostiek dient plaats te vinden, maar wordt geen uitspraak gedaan over wie de diagnostiek verricht, en wanneer.^{5 6}

De Huisartsgeneeskundig Handelen Conferentie van de VU wijdde acht bijeenkomsten aan een bespreking van het onderwerp. Om te beginnen werd een inventarisatieronde gehouden om de door de deelnemers ervaren problemen en hun individuele werkwijzen in kaart te brengen. Op basis hiervan werden de volgende vragen geformuleerd:

- Wanneer welke diagnostiek bij cognitieve achteruitgang?
- Hoe kan de huisarts het onderscheid maken tussen normale cognitieve ach-

teruitgang, pathologische cognitieve achteruitgang en dementiesyndroom?

- Welke somatische aandoeningen en psychische of sociale problemen kunnen pathologische cognitieve achteruitgang veroorzaken of verergeren? Hoe kan de huisarts deze aantonen of uitsluiten?
- Welke indicaties bestaan er voor een verwijzing naar de tweede lijn?

Deze vragen zijn in een aantal discussieronden besproken. Bij elke vraag werd relevante literatuur gezocht. In zowel de *FAM-LI* als de index van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* over de jaren 1984-1989 werd gezocht op de trefwoorden dementie, M. Alzheimer, cognitieve achteruitgang en vergeetachtigheid. Op basis van eigen ervaringen en de in de literatuur gevonden gegevens werd per vraag een standpunt geformuleerd.

Terminologie

In de praktijk worden allerlei termen, zoals vergeetachtigheid, dementie en cognitieve achteruitgang, door elkaar gebruikt. Omdat 'vergeetachtigheid' een te beperkte term is (het is slechts één aspect van het cognitief functioneren) en 'dementie' een diagnose aanduidt, werd gekozen voor de term 'cognitieve achteruitgang' om vroege symptomen van het dementiesyndroom aan te duiden. Deze term is nog niet erg ingeburgerd, maar geeft wel een goede ingang voor diagnostisch handelen; hij omvat de symptomen die aan de huisarts worden gepresenteerd en de symptomen die de huisarts zelf signaleert.

Onder cognitieve achteruitgang verstaan we de achteruitgang van één of meer van de volgende cognitieve functies: geheugen, aandacht, verbaal vermogen, ruimtelijk inzicht en abstractievermogen.⁷

Wanneer welke diagnostiek?

Bij een eerste oriëntatie bleek dat de meeste huisartsen het een voordeel vonden als zij de patiënt reeds langere tijd kenden, en dat zij gebruik maakten van hun voorkennis over het functioneren van de patiënt. Zeker in het beginstadium van dementie kunnen subtiele veranderingen optreden in het gedrag en/of het uiterlijk van de pa-

tiënt, die alleen opvallen als ze kunnen worden vergeleken met het verleden. Enkele huisartsen meldden echter dat het bij een sluipende achteruitgang juist moeilijk is deze veranderingen tijdig op te merken.

Tevens bleken de meeste huisartsen de tijd als diagnosticum te gebruiken: door de diagnostiek te spreiden over een aantal consulten krijgen zij meer zicht op bepaalde symptomen, mede doordat sommige symptomen zich in de loop van de tijd duidelijker gaan manifesteren.

De huisartsen vonden dat de heteroanamnese en een huisbezoek belangrijke aanvullende informatie oplevert over het functioneren van de patiënt.

Niet elke vraag van patiënten over achteruitgang van het geheugen hoeft aanleiding te zijn tot een uitgebreid diagnostisch onderzoek, en niet bij elke patiënt bij wie sprake is van pathologische cognitieve ach-

teruitgang, is het nodig het volledige diagnostisch arsenaal tot en met beeldvormende technieken te benutten. Het verhelderen van de hulpvraag (van de patiënt zelf of van zijn familie) is een eerste stap die de huisarts kan zetten om te bepalen of hij nadere diagnostiek wil verrichten (*casus 1* en 2.) Een nauwkeurige observatie tijdens het contact en een paar eenvoudige vragen kunnen duidelijk maken of er iets aan de hand is op het gebied van het cognitief functioneren. De groep vond met name de volgende symptomen relevant:

- veranderingen in presentatie en uiterlijk;
- veranderingen in taalgebruik, zoals vereenvoudigd woordgebruik, slechte zinsconstructies en naar woorden zoeken;
- afname van de concentratie;
- confabulaties;
- aanwezigheid van een façade.

Bij de anamnese vond men de volgende punten relevant:

- aard, duur en beloop van de klachten;
- het functioneren van het korte-termijn geheugen: herinnert iemand zich recente afspraken en gebeurtenissen nog?
- de invloed op het dagelijks leven: zijn de klachten zodanig dat het dagelijks functioneren wordt belemmerd?

Bij *casus 1* blijken de observatie en de anamnesevragen niets afwijkends op te leveren. Gezien de achtergrond van de vraag (ongerustheid naar aanleiding van een TV-programma), vond men het verantwoord de diagnostiek hier te beëindigen en uitleg te geven om de patiënte gerust te stellen. Sommige huisartsen zouden nog een eenvoudige cognitieve functietest willen doen als de patiënte zich niet gerust zou laten stellen. Bij *casus 2* is het duidelijk dat de cognitieve achteruitgang zodanig is, dat het dagelijks functioneren belemmerd wordt. Hier werd nadere diagnostiek zinvol geacht, waarbij te denken valt aan:

- *Somatische anamnese*
 - klachten over bekende somatische aandoeningen;
 - andere lichamelijke klachten (tgv. verhoogde hersendruk, schildklierdysfunctie, decompensatio cordis);
 - alcoholgebruik;
 - voeding;
 - (zelf)medicatie;
 - recent(hoofd)trauma;
 - dementie in familie.
- *Psychische anamnese*
 - beleving en betekenis van de klachten voor patiënt en omgeving;
 - recente belangrijke gebeurtenissen;
 - angst of ongerustheid;
 - sombere stemming.
- *Sociale anamnese*
 - thuissituatie en primaire relaties;
 - kwaliteit van de relaties;
 - eenzaamheid;
 - sociaal functioneren.
- *Lichamelijk onderzoek*
 - onderzoek op geleide van de klachten;
 - huidturgor;
 - Parkinsonsymptomen.
- *Laboratoriumonderzoek*
 - onderzoek op geleide van de klachten;
 - glucosegehalte in bloed;
 - Hb;
 - TSH;
 - kreatinine.

Casuïstiek

1 Een 65-jarige vrouw komt op het spreekuur met de vraag of ze misschien dement aan het worden is. Bij navraag blijkt ze de avond tevoren een TV-programma over dementie gezien te hebben. Ze had altijd al een slecht geheugen en ze maakt zich nu ernstig zorgen over de vraag of ze wellicht aan het dementeren is.

2 Een 80-jarige vrouw die regelmatig de huisarts bezoekt om haar pessarium te laten schoonmaken, vermeldt terloops dat de verzorging van haar man haar de laatste tijd zwaar valt: ze moet hem met alles nalopen. Haar echtgenoot zelf heeft in geen jaren de huisarts bezocht. Bij navraag blijkt hij al jaren in toenemende mate vergeetachtig, maar de laatste tijd is het zo erg dat ze hem niet meer alleen de deur uit durft te laten gaan.

3 Bij de screening in het kader van een pathologische cognitieve achteruitgang werd bij een patiënt een hypothyreoïdie vastgesteld. Na nadere diagnostiek en vervolgens suppletie van schildklierhormoon verbeterde het algehele welbevinden van de patiënt. De omgeving kon echter geen verbetering van de cognitieve functies vast-

stellen, en hetzelfde gold voor de huisarts, die na een half jaar de cognitieve functies opnieuw testte.

4 Een 78-jarige vrouw bezoekt samen met haar zoon het spreekuur om te praten over haar vergeetachtigheid, die de laatste tijd veel problemen oplevert. Recent trad er een verergering op toen haar man, die het huishouden draaiende houdt, in het ziekenhuis werd opgenomen. In die tijd viel zij op straat, waarbij ze haar hoofd bezerde.

Uit speciële anamnese en cognitieve functietest blijkt dat er inderdaad sprake is van pathologische cognitieve achteruitgang. Deze zou vier jaar geleden vrij plotseling ontstaan zijn, nadat patiënte haar hoofd flink had gestoten. In de loop der jaren is er langzaam verergering opgetreden. Zowel haar zoon als haar echtgenoot wijten patiëntes geestelijke achteruitgang aan de herhaalde hoofdtraumata en dringen aan op specialistisch onderzoek. Op grond van dit verhaal is er een kans op het bestaan van een subduraal hematoom. Een onderzoek met beeldvormende technieken door de neuroloog brengt geen aanwijzing voor het bestaan van een ruimte-innemend proces in de schedel aan het licht.

Als observatie en speciële anamnese aanwijzingen opleveren voor het bestaan van pathologische cognitieve achteruitgang, kan de diagnostiek voortgezet worden met een algemene anamnese en een cognitieve functietest, gevolgd door lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek. De Mini-Mental-State Examination (MMS) is een cognitieve functietest die eenvoudig uit te voeren is, weinig tijd kost en gevalideerd is voor toepassing in de algemene populatie.^{8,9} Er is ons geen onderzoek bekend naar de waarde van de test bij gebruik door huisartsen.

Als observatie, speciële anamnese en cognitieve functietest het beeld van een pathologische cognitieve achteruitgang laten zien en de bovengenoemde diagnostiek geen afwijkende bevindingen oplevert, is uitgebreidere diagnostiek volgens de groep niet nodig. Dit ligt minder duidelijk als er tevens sprake is van één van de volgende situaties:

- De pathologische cognitieve achteruitgang is in korte tijd (weken tot maanden) manifest geworden. In dat geval is onderliggende organische pathologie of psychische problematiek zeer waarschijnlijk.
- Er zijn bewustzijnsstoornissen aanwezig. Dan is de kans op (acute) somatische oorzaken of eventueel psychische stoornissen groot.
- De pathologische cognitieve achteruitgang treedt op bij jongere mensen (<65 jaar). Bij jongere mensen is de kans dat een 'behandelbare' oorzaak gevonden wordt groter en zal men eerder willen verwijzen om bijvoorbeeld een hersentumor uit te sluiten.

De meeste deelnemers vonden in zo'n geval uitgebreidere diagnostiek wél wenselijk.

Normaal of pathologisch?

Men vond het vaak moeilijk uit te maken of er sprake is van normale of pathologische cognitieve achteruitgang. Met het klimmen der jaren gaat het geheugen van ieder mens achteruit. Dat kan op zichzelf lastig zijn, maar het is goed op te vangen en hoeft geen reden tot ongerustheid te zijn. De grens tussen normale en pathologische cognitieve

achteruitgang is niet scherp te trekken.¹⁰ Toch zijn er enkele punten te noemen waarop onderscheid gemaakt kan worden. Op grond van de voorgeschiedenis en het beeld dat de huisarts van iemand heeft, kan al een eerste schatting worden gemaakt van de kans op het bestaan van pathologische cognitieve achteruitgang (*kader*). De presentatie is bij normale cognitieve achteruitgang niet veranderd ten opzichte van het verleden. Het uiterlijk en de mate van verzorging zijn onveranderd, evenals het taalgebruik. De concentratie kan iets verminderd zijn ten opzichte van vroeger, maar er zijn geen opvallende concentratiestoornissen. Confabulaties passen niet bij normale cognitieve achteruitgang. Tijdens het gesprek zal de huisarts bij mensen met normale cognitieve achteruitgang nauwelijks iets merken van geheugenstoornissen.

In twijfelgevallen vond men het raadzaam een test te doen. Een cognitieve functietest levert objectieve gegevens over het cognitieve functioneren, maar geeft geen uitsluitsel over de diagnose door middel van een somscore.

Als er sprake is van pathologische cognitieve achteruitgang kan men zich afvragen of deze berust op een dementiesyndroom. Op de in 1988 gehouden consensusbijeenkomst zijn de criteria voor dementiesyndroom als volgt geformuleerd:

'De diagnose dementiesyndroom mag worden gesteld indien op grond van klinisch

onderzoek voldaan wordt aan de volgende vier criteria:

- Er is een aantoonbare stoornis van het geheugen voor recente gebeurtenissen en van het lange termijngeheugen.
- Er bestaat daarnaast tenminste één van de volgende stoornissen:
 - stoornis in het abstracte denken;
 - stoornis in het oordeelsvermogen;
 - andere stoornis van de hogere corticale functies, zoals afasie, agnosie en apraxie (vooral constructie-apraxie);
 - persoonlijkheidsverandering, dat wil zeggen verandering of scherper worden van premorbide karaktertrekken.
- De vastgestelde stoornissen hebben een duidelijk negatieve invloed op werk, sociale activiteiten en relaties van de patiënt.
- De stoornissen doen zich niet uitsluitend voor tijdens een delirante toestand.^{4,5}

De deelnemers vonden het verantwoord af te wachten bij pathologische cognitieve achteruitgang waarbij niet wordt voldaan aan deze vier criteria (en bij afwezigheid van bijkomende symptomatologie). Wel zouden na ongeveer drie maanden de opgesomde diagnostiek en eventueel de MMS moeten worden herhaald.

Somatische, psychische en sociale invloeden

Somatische aandoeningen en psychische en sociale problemen hebben niet alleen een

Kenmerken van normale en pathologische cognitieve achteruitgang¹¹⁻¹²

Normale cognitieve achteruitgang

- De patiënt:
- ervaart geen belemmering van het dagelijks functioneren;
 - heeft een goede oriëntatie in tijd en plaats;
 - vergeet relatief onbelangrijke details;
 - vergeet details van gebeurtenissen in het verleden meer dan details van recente gebeurtenissen;
 - beleeft de tekortkomingen bewust.

Pathologische cognitieve achteruitgang

- De patiënt:
- ervaart een belemmering van het dagelijks functioneren;
 - heeft een gestoorde oriëntatie in tijd en/of plaats;
 - vergeet ook belangrijker zaken;
 - vergeet met name recente gebeurtenissen;
 - beleeft de tekortkomingen niet altijd bewust.

causale rol bij het dementiesyndroom; het beloop kan ook negatief worden beïnvloed door allerlei aandoeningen.¹³

De Graaff & Hupkens geven een overzicht van de belangrijkste somatische oorzaken van dement gedrag.¹ Dit overzicht hebben wij als uitgangspunt genomen voor het volgende lijstje van behandelbare somatische oorzaken van cognitieve achteruitgang:

- intoxicatie (medicijnen en alcohol);
- anemie;
- diabetes mellitus;
- hypo- en hyperthyreoïdie;
- chronische nierfunctiestoornis;
- M. Parkinson;
- subduraal hematoom;
- tumor cerebri.

Bij het opstellen van de lijst is rekening gehouden met de prevalentie van de diverse aandoeningen^{14 15} en met de verwachte invloed op de cognitie. Bij pathologische cognitieve achteruitgang zou de huisarts deze aandoeningen moeten aantonen dan wel uitsluiten.

Met betrekking tot de psychische en sociale oorzaken van pathologische cognitieve achteruitgang vond de groep het belangrijk te letten op de volgende gebeurtenissen: verhuizing, overlijden van een belangrijk persoon en pensionering van de patiënt of diens partner. Als belangrijke psychische en sociale problemen werden genoemd: eenzaamheid, gestoord verlopend rouwproces, relatieproblematiek, angst, depressie en psychotische decompensatie.

Cognitieve achteruitgang die door deze problemen veroorzaakt wordt, heeft een aantal kenmerken:

- een duidelijk beginpunt;
- een vrij kort bestaan (weken tot maanden);
- concentratieproblemen (geen zin in, geen aandacht voor de testsituatie);
- stoornissen in het korte-termijn geheugen én stoornissen in het lange-termijn geheugen;
- discrepantie in ernst van de stoornissen van de verschillende cognitieve functies;
- discrepantie tussen gedrag en gevonden stoornissen (bijvoorbeeld iemand die bij het testen gedesoriënteerd in plaats lijkt, maar die gewoonlijk wel gemakkelijk overal de weg weet te vinden).

In de literatuur worden deze kenmerken beschreven als specifiek voor een depressie.^{16 17} De groep was echter van mening dat deze kenmerken veelal ook gelden voor cognitieve achteruitgang ten gevolge van andere psychische en sociale problemen.

Een dementiesyndroom op basis van somatische aandoeningen of psychische en sociale problemen, wordt 'behandelbaar' genoemd.¹⁸ De resultaten van een behandeling die in zo'n geval wordt ingesteld, vallen echter nogal eens tegen.^{19 20} Dit komt overeen met de ervaring van de deelnemers, zoals in *casus 3*.

Verwijzing naar de tweede lijn

Bij een ongecompliceerd dementiesyndroom vond men een verwijzing naar de tweede lijn in het algemeen niet zinvol: de kans dat verdere diagnostiek alsnog iets oplevert, is dan uiterst gering. Als er een indicatie bestaat voor diagnostiek die de huisarts niet zelf kan uitvoeren, is een verwijzing naar de tweede lijn wél aangegeven (*casus 4*). Ook bij interne, neurologische of psychiatrische symptomen die de huisarts niet kan duiden of behandelen, werd een verwijzing naar de tweede lijn wenselijk geacht. Dat geldt eveneens als er ernstige problemen in de sociale omgeving bestaan of dreigen te ontstaan, die de huisarts zelf niet (voldoende) kan beïnvloeden.

Een verwijzing hoeft alleen plaats te vinden als verwacht wordt dat de tweede lijn de problemen wel c.q. beter kan beïnvloeden. Soms dringt de patiënt of de omgeving aan op specialistisch onderzoek. Per geval kan bekeken worden in hoeverre de huisarts hieraan moet meewerken.

Tenslotte

De resultaten van deze HGH-conferentie zijn in uitgebreidere vorm beschreven in de klapper 'Richtlijnen voor huisartsgeneeskundige diagnostiek bij ouderen met cognitieve stoornissen', die verkrijgbaar is bij de tweede auteur.²¹ Momenteel is een onderzoek gaande bij de vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde van de Vrije Universiteit naar de bruikbaarheid en de validiteit van deze richtlijnen.

Deelnemers

Aan de Huisartsgeneeskundig Handelen Conferentie van de Vrije Universiteit wordt deelgenomen door mw. A.J. Arbouw, mw. H. Benard, mw. A.H. Blankenstein, A.J. Gercama, G.E. Hagenbeek, mw. H.E. van der Horst, J.Th. Koop, mw. O.J.M. Lackamp, mw. F.G. Pingen, H.O. Sigling, J.G. Streefkerk, H. de Vries en mw. A.W. Wind.

Literatuur

- ¹ De Graaff WJ, Hupkens PEM. Dementie als huisartsgeneeskundige opgave. Een pleidooi voor een actieve benadering. Huisarts Wet 1985; 28(suppl 9): 25-9.
- ² Fossan G. Dementia in the elderly: the role of the general practitioner. Scand J Prim Health Care 1989; 7: 3-4.
- ³ Van Staveren G, De Haan M, Slort W. Het gezondheidsbeeld: een bruikbaar instrument voor de huisarts? Huisarts Wet 1985; 28: 338-40.
- ⁴ Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing. Diagnostiek bij het dementiesyndroom. Utrecht: CBO, 1988.
- ⁵ Schulte BPM. Consensus diagnostiek bij het dementiesyndroom. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 981-5.
- ⁶ Wind AW, Van der Horst HE. Consensus diagnostiek bij het dementiesyndroom [Ingezon]. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 1423-4.
- ⁷ Cummings JL, Benson DF. Dementia: a clinical approach. Boston: Butterworths, 1983.
- ⁸ Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Minimal state', a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-98.
- ⁹ O'Connor DW, et al. The reliability and validity of the Mini-mental state in a British community survey. J Psychiatr Res 1989; 23: 87-96.
- ¹⁰ Jolles J. Vroege diagnostiek met behulp van neuropsychologisch onderzoek. In: Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing. Diagnostiek bij het dementiesyndroom. Utrecht: CBO, 1988: 59-68.
- ¹¹ Kral VA. Benign senescent forgetfulness. In: Katzman R, Terry RD, Bicks KL, eds. Aging, vol 7. Alzheimer's disease: Senile dementia and related disorders. New York: Raven Press, 1978.
- ¹² Jonker C. Dementie? Een praktische handleiding voor de diagnostiek. Mod Geriatr 1987; 5(suppl): 2-3.

Vervolg op pag. 519.

Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek Kwartalblad, verschijnt sinds maart 1991. Redactie-adres: Verlengde Groenestraat 75, 6525 EJ Nijmegen; administratie: Uitgeverij Van Gorcum, Postbus 43, 9400 AA Assen. Abonnementen voor particulieren NLG 45,-.

Nieuwsbrief Landelijk Steunpunt Rouwbegeleiding Verschijnt 5 maal per jaar. Redactie en abonnementenadministratie: LSR, Maliebaan 66, 3581 CT Utrecht; telefoon: 030-343.868. Te bestellen door NLG 15,- over te maken op giro-nummer 4616384 van Landelijk Steunpunt Rouwbegeleiding, Utrecht, onder vermelding van 'Nieuwsbrief'.

Orthopedisch maatschoeisel in de medische praktijk Postema K, Toornend JLA, Zilvold G, Schaars AH. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1991; 281 pagina's, prijs NLG 77,50. ISBN 90-313-1103-0.

Het onderzoek van oor, gehoor en evenwichtsorgaan [Serie Lege Artis]. Phaff Ch, Van der Beek J, Hendriks JT. Utrecht: Bunge, 1991; 45 pagina's, prijs NLG 24,50, BEF 490,-. ISBN 90-6348-226-4.

Oogheelkunde [Serie Lege Artis]. Van de Beek G, Dekkers NWHM, Schifffers H. Utrecht: Bunge, 1991; 76 pagina's, prijs NLG 24,50, BEF 490,-. ISBN 90-6348-236-1.

Jaarverslag 1990 Huisartsen Peilstation Samenwerkingsproject van de GGD Groningen-Goorecht Plus en de Regionale Huisartsen Vereniging Groningen en Omstreken. Groningen, 1991; 28 pagina's. Correspondentie: GGD Groningen-Goorecht Plus t.a.v. J. Broer (projectcoördinator huisartsenpeilstation), Postbus 154, 9700 AN Groningen; telefoon 050-673348.

In het eerste registratiejaar van dit regionale peilstationproject werden door tien huisartsen vier onderwerpen uitgebreid geregistreerd: advies tot stoppen met roken, cholesterolbepaling, sportblessures en seksueel geweld in de huisartspraktijk.

Dermatoveneerologie voor de eerste lijn 5e herz. dr. Van Everdingen JJE, Sillevius Smitt JH. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1991; 271 pagina's, prijs NLG 46,50. ISBN 90-313-1219-3.

Oncologie 4e herz. dr. Zwaveling A, Bosman FT, Schaberg A, Van de Velde CJH, Wagener DJTh, red. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1991; 730 pagina's, prijs NLG 97,50. ISBN 90-6016-561-6.

Determinanten van het delegeren

Vervolg van pag. 487.

⁶ Gustafsson JE. PML. A computer program for conditional estimation and testing in the RASCH model for dichotomous items. Göteborg: University of Göteborg, Institute of Education, 1979.

⁷ Knottnerus JA, Volovics A. Correlatie en regressie. Huisarts Wet 1988; 31: 18-22.

⁸ Foets M, Hutten J, Sixma H, Stokx L. De huisartsenenquête van de Nationale Studie. Datareductie door schaalconstructie. Utrecht: Nivel, 1991.

⁹ Bowling A. Delegation to nurses in general practice. J Coll Gen Pract 1981; 31: 485-90. ■

Hij wordt zo vergeetachtig...

Vervolg van pag. 503.

¹³ Teri L, Hughes JP, Larson EB. Cognitive deterioration in Alzheimer's disease: behavioral and health factors. J Gerontol 1990; 45: P58-63.

¹⁴ Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al, eds. Morbidity figures from general practice. Data from 4 general practices 1978-1982. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.

¹⁵ Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1982; 25: 401-14.

¹⁶ Haggerty Jr JJ, Golden RN, Evans DL, et al. Differential diagnosis of pseudodementia in the elderly. Geriatrics 1988; 3: 61-74.

¹⁷ Wells CE. Differential diagnosis of Alzheimer's dementia: Affective disorder. In: Reisberg B, ed. Alzheimer's disease. New York, London: Free Press, 1983.

¹⁸ Frederiks JAM. Dementie. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 2199-205.

¹⁹ Clarfield AM. The reversible dementias: do they reverse? Ann Intern Med 1988; 109: 476-86.

²⁰ Rabins PV. The reversible dementias. In: Arie T, ed. Recent advances in psychogeriatrics. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1985.

²¹ Wind AW. Richtlijnen voor huisartsgeneeskundige diagnostiek bij ouderen met cognitieve stoornissen. Vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde Vrije Universiteit. Amsterdam, 1990. ■

Het Nederlands Huisartsen Genootschap nodigt zijn leden uit voor het bijwonen van de Ledenvergadering 1991 op donderdag 12 december 1991 van 19.00-21.00 uur, ten kantore van het NHG, Domus Medica, Lomanlaan 103 te Utrecht.

Agenda

- 1 Opening door de voorzitter.
- 2 Vaststelling van het verslag van de 35ste Ledenvergadering d.d. 20 december 1990.
- 3 Mededelingen.
- 4 Jaarverslag 1990 plus voortgang beleid:
 - standaarden;
 - preventie;
 - deskundigheidsbevordering;
 - praktijkvoering.
- 5 Bekrachtiging NHG-standaarden.
- 6 Financieel jaarverslag 1990 van de penningmeester.
- 7 Begroting 1992.
- 8 Verslag van de AAC over beheer van de geldmiddelen van het NHG.
- 9 Décharge van de penningmeester.
- 10 Rondvraag en sluiting.

Als u aan deze uitnodiging gevolg wenst te geven, gelieve u zich schriftelijk aan te melden bij het NHG-bureau, t.a.v. mw. J. Bladt, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht vóór vrijdag 15 november 1991. U ontvangt vervolgens de benodigde stukken voor de vergadering.

Standaarden – Oproepen

• Leden voor de werkgroepen standaarden-ontwikkeling

Voor de volgende werkgroepen vragen wij behalve ter zake deskundige huisartsen ook geïnteresseerde (niet specifiek deskundige) collegae, die bereid zijn actief aan de ontwikkeling van een standaard bij te dragen.

- Bloedonderzoek bij Klachten van Algemene Aard;
- Begeleiding van Patiënten na een Hartinfarct;
- Maagklachten;
- Varices;
- Begeleiding van Carcinoompatiënten.

Aanmeldingen op korte termijn, NHG-bureau, t.a.v. mw. A. Heessels, secretaresse van de afdeling, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; telefoon 030-881700.