

'Natte ongelukjes' bij kinderen

INLEIDING

U herkent het vast wel: ouders die bezorgd op uw spreekuur komen en melden dat hun kroost met 'natte ongelukjes' kampt, ook al is het na de zindelijkheidstraining een tijd lang goed gegaan. In Nederland zijn peuters gemiddeld zindelijk vanaf twee jaar en acht maanden.¹ Vóór deze leeftijd verlopen de mictie en defecatie reflexmatig. De prevalentie van ongewenst urineverlies bij jonge kinderen is hoog, ongeveer 7% van de 4- tot 12-jarigen.²

Onder ongewenst urineverlies verstaan we alle vormen van urineverlies overdag of dag en nacht, met als uitzondering de monosymptomatische enuresis nocturna. Enuresis nocturna betreft nachtelijk urineverlies dat minimaal twee keer per week optreedt gedurende minimaal drie opeenvolgende maanden bij kinderen ouder dan 5 jaar, bij wie een somatische ziekte is uitgesloten.³ In deze klinische les willen wij laten zien dat een goede anamnese en lichamelijk onderzoek kunnen leiden tot een betrouwbare differentiële diagnose.³

BESCHOUWING

Als een kind niet volledig continent is, kan er sprake zijn van verschillende aandoeningen. Een aangeboren of verworven anatomische afwijking van de blaas of urinewegen, of een neurologische afwijking wordt tegenwoordig vaak al tijdens de zwangerschap of vroeg in de kindertijd ontdekt. Voortdurend ononderbroken urineverlies hangt bijna exclusief samen met congenitale malformaties, zoals een ectopische ureter of (iatrogene) beschadiging van de urethrale sfincter of een vesicovaginale fistel. Anamnestic kan men dit bij de patiënten uit de casus al uitsluiten.

Men kan ook denken aan een psychische of gedragsmatige oorzaak, aan verkeerde plasgewoonten (zoals *disfunctio-*

Samenvatting

Steffens S, Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM. 'Natte ongelukjes' bij kinderen. *Huisarts Wet* 2016;59(11):508-12.

Verlies van urine bij kinderen die al zindelijk zijn komt geregeld voor. Vaak is de oorzaak niet ernstig en is deze kwaal gemakkelijk te behandelen. Aan de hand van een goede anamnese kan de huisarts erachter komen of het urineverlies te maken heeft met een anatomische of neurologische afwijking, met verkeerde plasgewoonten, gedrag of infecties. Lichamelijk onderzoek en een mictiedagboek kunnen helpen inzicht in het probleem te krijgen. Met simpele oplossingen, zoals het geven van uitleg en mictieadviezen, het behandelen van eventuele obstipatie en/of het geven van medicatie, kan de huisarts de klachten verhelpen.

Casus A

Leila, 9 jaar, meldt zich op het spreekuur met klachten van nadruppelen na het plassen. Haar moeder is erbij en vertelt dat Leila moeite had met zindelijk worden. Tot haar zesde jaar had zij enkele keren per week een natte broek en tot haar zevende enuresis nocturna. Nu vertelt ze dat ze soms ineens merkt dat ze na het plassen enkele druppeltjes urine is verloren, wat leidt tot een natte plek in haar onderbroek. Ze heeft op dat moment niet het gevoel te moeten plassen. Dit heeft ze nooit als storend ervaren, maar nu ze actief traint voor het regionale kampioenschap hardlopen, vindt ze het toch wel erg vervelend.

De anamnese levert geen aanwijzingen op voor urineweginfectie of fecale incontinentie. Wel heeft Leila last van obstipatie. Ze heeft geen last meer van enuresis nocturna en er is ook geen urineverlies op andere momenten dan direct na de mictie. De voorgeschiedenis van Leila is afgezien van de enuresis nocturna blanco. Ze komt vrijwel nooit op het spreekuur. Er zijn geen aanwijzingen dat ze last heeft van stress.

Casus B

Jesper, 6 jaar, heeft veel moeite om zindelijk voor urine te worden. Bijna dagelijks heeft hij een natte broek, soms wel meer keren per dag. Dagen waarop het heel goed gaat worden afgewisseld door dagen waarop het een paar keer misgaat. De defecatie verloopt normaal. Zijn moeder heeft geen idee wat de oorzaak kan zijn, maar geeft wel aan dat de juf op school zich zorgen maakt over haar zoon. Hij zou erg onrustig zijn en concentratieproblemen vertonen. De juf vraagt of het mogelijk is om Jesper te laten testen op ADHD. Anamnestic komt naar voren dat er geen sprake is van enuresis nocturna. In de familieanamnese komen geen bijzondere zindelijkheidsproblemen voor. Wel blijkt vader waarschijnlijk ADHD te hebben.

Casus C

De moeder van de 5-jarige Marieke vertelt dat haar dochttertje sinds een week meermaals per dag een natte broek heeft. Ze was vroeg zindelijk, nog voordat ze 2 jaar oud was. Ook 's nachts sliep ze zonder luier, maar ook dit gaat de laatste week niet helemaal goed. Er is geen sprake van buikpijn, wel van vaak plassen en onverwachte nycturie. Verder maakt Marieke een normale ontwikkeling door en gaat het goed op school.

De kern

- Ongewild urineverlies overdag komt bij 7% van de kinderen tussen de 4 en 12 jaar voor.
- Door middel van een anamnese, lichamelijk onderzoek, een mictiedagboek en urineonderzoek is de oorzaak meestal te achterhalen.
- Uitleg van het probleem en mictieadviezen vormen veelal de basis van behandeling.
- Obstipatie kan ongewild urineverlies nadelig beïnvloeden en moet behandeld worden.
- Kinderen met ADHD hebben vaker last van ongewild urineverlies.

nal voiding, een hypoactieve blaas en urethrovaginale reflux), blaasproblemen (een overactieve blaas, cystitis) of zeldzame hormonale/metabole afwijkingen [tabel 1].⁴

Bij Leila uit casus A sluit een normaal mictiepatroon een anatomische, hormonale of neurologische afwijking nagevoeg uit. Wel is Leila bekend met obstipatie. Obstipatie blijkt vaker voor te komen bij kinderen met urine-incontinentie en verdient dan ook extra aandacht.

Jesper uit casus B heeft last van 'ongelukjes' en vertoont ook gedragsproblemen op school. Er lijkt in deze casus dus niet enkel een lichamenlijk, maar ook een psychisch probleem te spelen.

Bij Marieke uit casus C is er sprake van een knik in het beoel van de zindelijkheid. Tot een week voor het spreekuurbezoek ging alles goed.

Voor het stellen van de diagnose zijn de anamnese, een lichamenlijk onderzoek en een urineonderzoek met een mictiedagboek [figuur 1] belangrijk.

Vervolg casus A

De uitslag van het urineonderzoek op nitriet en leukocyten is normaal. Bij lichamenlijk onderzoek valt op dat Leila een gevoelig colon heeft. De vagina lijkt normaal aangelegd. Leila lijkt dus een normaal ontwikkeld prepuberaal meisje zonder anatomische genitale afwijkingen. Het mictiedagboek laat een normaal mictiepatroon zien met een normale frequentie (zesmaal per dag), normale porties en geen nycturie. Ook de vochtinname is normaal.

Vóór de mictie is het ondergoed droog, maar na de mictie is er urineverlies.

Vervolg casus B

Het urineonderzoek bij Jesper laat geen tekenen van infectie zien. Ook hier valt bij lichamenlijk onderzoek niets bijzonders op. Penis en testes zijn normaal ontwikkeld voor zijn leeftijd.

Het mictiedagboek beschrijft op de eerste dag een volledig normaal mictiepatroon zonder natte broeken. Jesper heeft dan ook normale porties urine, een reguliere frequentie en een normale vochtinname. Opvallend is dat hij op de tweede en derde dag meer ongelukjes heeft. De porties urine die hij per keer plast zijn dan ook groter en hij heeft natte plekken in zijn broek. De mictiefrequentie op deze dagen is laag, namelijk driemaal per dag. Bij navraag geeft moeder aan dat hij bezig was met zijn spelcomputer en niet naar het toilet wilde gaan, ook niet nadat ze had aangedrongen. Er is geen sprake van nycturie of enuresis nocturna.

Vervolg casus C

Het is de moeder van Marieke niet gelukt urine op te vangen. Bij lichamenlijk onderzoek valt er niets bijzonders op. Marieke is normaal ontwikkeld voor haar leeftijd en er zijn geen aanwijzingen voor anatomische afwijkingen. Marieke vertelt dat ze geen last heeft van pijn of andere klachten. Uiteindelijk heeft moeder een dag later toch urine gebracht. De urine blijkt nitrietpositief. Een positieve uitslag van de urinekweek met groei van een *Escherichia coli* bevestigt enkele dagen de verdenking op een urineweginfectie.

ONDERZOEK

Het lichamenlijk onderzoek van kinderen met urine-incontinentie dient voornamelijk ter uitsluiting van anatomische (en neurologische) oorzaken van de incontinentie. Tevens moet men letten op obstipatie. Wanneer ouders gedurende drie

Tabel 1 Oorzaken van ongewenst urineverlies bij kinderen

1) Anatomische/neurologische afwijkingen
■ aangeboren (meatus stenose, urethrastenose, urethraleppen, synechia vulvae, ectopische ureter)
■ neurologisch (spina bifida)
2) Psychisch/gedragsmatig
■ seksueel misbruik
■ ADHD
3) Verkeerde plasttechnieken
■ disfunctional voiding (DV)
■ vaginale reflux
■ hypoactieve blaas (HAB)
4) Blaasproblemen
■ overactieve blaas (OAB)
5) Urineweginfectie
6) Hormonale/metabole afwijkingen
■ diabetes insipidus
■ diabetes mellitus
■ hypercalciëmie

dagen een mictiedagboek bijhouden en de vochtinname noteren, kunnen ze het mictiepatroon en urineverlies goed in kaart brengen. In het mictiedagboek houden ze de tijdstippen waarop het kind plast bij, de hoeveelheid die het per keer plast (het mictievolumen) en de tijdstippen waarop er sprake is van ongewild urineverlies. Tevens noteren ze gedurende deze drie dagen de vochtinname. Bij obstipatie of ongewild verlies van ontlasting kunnen ze ook de tijdstippen van de defecatie vastleggen.

Bij polyurie is te overwegen om diabetes mellitus, diabetes insipidus en hypercalciëmie uit te sluiten.

Bij Leila uit casus A komt niets opvallends naar voren. Wel heeft ze last van obstipatie. Het urineonderzoek is normaal. Uit het mictiedagboek blijkt dat Leila zes keer per dag plast. Een mictiefrequentie van meer dan zeven keer per dag of minder dan viermaal per dag beschouwen we als abnormaal. Leila kan de plas prima ophouden, alleen na het plassen heeft ze elke keer natte plekken in de onderbroek.⁵

Omdat Jesper uit casus B op twee van de drie dagen van het mictiedagboek een afwijkend mictiepatroon (mictiefrequentie drie keer per dag) vertoont, is het belangrijk te letten op anatomische afwijkingen, zoals aan de externe genitalia en de wervelkolom, bijvoorbeeld een spina bifida occulta. Dergelijke afwijkingen worden niet gevonden.

Daarnaast is het belangrijk de urine te onderzoeken om

Abstract

Steffens S, Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM. Accidental wetting in children. *Huisarts Wet* 2016;59(11):508-12.

Involuntary urine loss is common in children. The cause is often not serious and it is easy to treat. An adequate history can help the general practitioner to determine whether it is caused by anatomical or neurological problems, bad toilet habits, behaviour problems, or infections. A physical examination and a micturition diary can provide additional information. The problem can be helped with simple interventions, such as explanations and advice about micturition, treatment of constipation, and/or medication.

Figuur 1 Plas-poep-dagboek

Plas-poep-dagboek⁹

Invuldatum: . . . - . . . -

Medicijnen: ja/nee

Welke:

Dag van de week: maandag/dinsdag/woensdag/donderdag/vrijdag/zaterdag/zondag *

		Drink volumen in ml.	Plas volumen in ml.	Aandrang plas 1 = geen of gestuurd 2 = beetje 3 = hoge nood	Nat † 1 = druppels 2 = flinke plek 3 = kletsnat	Ontlasting hoeveelheid: 1 = frikadel 2 < frikadel 3 > frikadel	Aandrang poep 1 = geen of gestuurd 2 = beetje 3 = hoge nood	Poep in broek ‡ 1 = veegje 2 = dun laagje 3 = hele poep
		inclusief: vla yoghurt soep	bij bedplassen netto gewicht luier gram			1, 2 of 3/type: zie plaatjes 1 - 8		
	7 uur					/		
	8 uur					/		
	9 uur					/		
Ochtend	10 uur					/		
	11 uur					/		
	12 uur					/		
	13 uur					/		
	14 uur					/		
	15 uur					/		
Middag	16 uur					/		
	17 uur					/		
	18 uur					/		
	19 uur					/		
	20 uur					/		
Avond	21 uur					/		
	22 uur					/		
	23 uur					/		
	24 uur					/		
	1 uur					/		
	2 uur					/		
Nacht	3 uur					/		
	4 uur					/		
	5 uur					/		
	6 uur					/		
Totaal								

* Was het een 'gewone' dag?

† Waar was je/uw kind mee bezig toen het misging?

‡ Heb je/heeft uw kind deze dag pijn gehad: ja/nee? Zo ja, waar, wanneer, waardoor?

urinewegsinfecties uit te sluiten, zeker als er ineens klachten optreden, zoals bij Marieke uit casus C.⁶

DIAGNOSE

Bij Leila uit casus A zijn er geen aanwijzingen voor anatomische, neurologische of hormonale afwijkingen. Wel heeft ze obstipatie, wat bij kinderen met urine-incontinentie vaker voorkomt. Obstipatie kan de mictie door druk van de darmen op de urinewegen beïnvloeden. Het onderliggende mechanisme, zoals een bekkenbodempdisfunctie, kan naast urine-incontinentie eveneens obstipatie veroorzaken.

Ook kunnen mogelijk psychische factoren een rol spelen bij ongewild urineverlies. Dit lijkt bij Leila niet het geval. Vragen over mogelijk seksueel misbruik beantwoordde ze ontkennend.

Urineverlies na het plassen bij een normaal mictiepatroon kan passen bij verkeerde plasgewoonten, zoals *disfunctional voiding* (DV) of een vaginale reflux.⁷⁻⁹

Disfunctional voiding

Bij DV worden tijdens het plassen 'als gewoonte' de periurethrale gladde of dwarsgestreepte spieren aangespannen zonder dat er een aantoonbare neurologische aandoening aanwezig is. Het gevolg is dat het kind moet persen om te kunnen plassen en gefractioneerd (onderbroken) of staccato plast. Na het plassen, als de periurethrale spieren zich weer ontspannen, kan er nog een beetje urine uit de blaas lopen. DV kan ook leiden tot een residu na het plassen en daardoor oorzaak zijn van recidiverende urinewegsinfecties.

Urethrovaginale reflux

Bij een vaginale reflux kan er sprake zijn van een terugvloed van urine in de vagina, vooral bij kleine meisjes. Vaginale reflux hangt samen met het feit dat de uitgang van de urethra vlak bij de introitus vaginae ligt. Als het meisje tijdens het plassen niet met de voeten geheel op de vloer steunt of als de billen te weinig steun hebben op de rand van de toiletpot kan de urine teruglopen in de vagina. Bij het opstaan loopt deze er dan weer uit.

Bij navraag naar de mictiegewoonten blijkt Leila bij het plassen niet te persen en met een gewone straal te plassen. Ze zit wel verkeerd op het toilet. Omdat ze met haar voeten niet goed bij de grond kan, hangt ze met haar billen wat in het toilet. Er lijkt bij Leila spraken van een vaginale reflux. Ook heeft Leila last van obstipatie. Of deze het urineverlies nadelig beïnvloedt is onduidelijk.

Hypoactieve blaas

Bij Jesper lijkt er sprake te zijn van ophoudincontinentie. Jesper stelt de toiletgang zo lang uit dat hij zijn plas niet meer kan ophouden. Extreem lang ophouden kan tot een hypoactieve blaas (HAB) leiden.¹⁰ Bij een HAB is het gedrag van de bekkenbodemp hetzelfde als bij DV, met daarnaast een gede-compenseerde detrusor. Kinderen met een HAB hebben geen gevoel voor de mate van blaasvulling en urineverlies treedt veelal op door overloop van de te grote, volle blaas. De mictie



verloopt gefractioneerd, waarbij het kind moet persen om te kunnen plassen. Ook kinderen met HAB hebben vaak een residu na mictie, wat de kans op recidiverende urinewegsinfecties vergroot. Deze kinderen vertonen anatomisch geen afwijkingen. In het mictiedagboek vallen de grote mictievolumes en de lage mictiefrequentie (minder dan viermaal per dag) op.

Tevens is er bij Jesper mogelijk sprake van ADHD. Kinderen met ADHD hebben vergeleken met kinderen zonder ADHD negen keer vaker incontinentieproblemen.¹⁰

Urinewegsinfectie

Bij Marieke uit casus C is een urinewegsinfectie de oorzaak van het urineverlies. Het is belangrijk altijd een urinewegsinfectie uit te sluiten, zeker als het kind eerst helemaal geen zindelijkheidsproblemen had en die ineens wel krijgt. De klachten van Marieke zouden ook kunnen passen bij een overactieve blaas (OAB).⁹ De urineuitslag zou dan normaal geweest zijn en het ontstaan minder acuut. Bij een OAB is er sprake van een heftige aandrang (*urgency*), die gepaard kan gaan met ongewild urineverlies. Bij OAB zien we in het mictiedagboek een hoge mictiefrequentie (meer dan zevenmaal per dag) en kleine mictievolumes.

BEHANDELING EN ADVIEZEN

In alle casus kan de huisarts aan de hand van de anamnese, het lichamelijk onderzoek, het mictiedagboek en het urineonderzoek de meest waarschijnlijke diagnose stellen en een geschikte behandeling inzetten.

In het geval van DV en urethrovaginale reflux is het belangrijk om uitleg en goede toiletadviezen te geven. Het kind moet recht op het toilet zitten, met de bovenbenen horizontaal (eventueel met een voetenbankje). Wanneer ouders het kind vragen om tijdens het plassen te fluiten of te neuriën kunnen ze voorkomen dat het kind gaat persen. Ze kunnen het toilet ook leuk aankleden, zodat het kind de tijd neemt om te plassen. Ze moeten streven naar een plasfrequentie van zes tot zeven keer per dag, wat alleen kan als het kind ook voldoende drinkt.⁹ In het geval van obstipatie, zoals bij Leila, moet de huisarts ook defecatieadviezen geven en de defecatie eventueel medicamenteus ondersteunen.

Bij Jesper is het van belang dat hij gaat inzien dat het eindelijk uitstellen van het plassen tot de incontinentieproblematiek leidt. Ook bij hem vormen uitleg van het probleem en mictieadviezen behandeling van eerste keus. Daarnaast is het zinvol om kinderen met ADHD bij dit soort klachten te begeleiden.

Bij Marieke is een behandeling van de urineweginfectie op zijn plaats. Mocht Marieke OAB hebben gehad, dan moet de huisarts ook mictieadviezen geven en het probleem uitleggen. Tevens moet het kind proberen de mictie uit te stellen en de blaas te trainen, bij uitzondering ondersteund met een anticholinergicum (oxybutinine). Voor uitleg, mictieadviezen en blaastraining kan de huisarts het kind eventueel ook verwijzen naar de bekkenfysiotherapeut.¹¹

Wanneer deze adviezen niet tot een verbetering van de incontinentie leiden, dan moeten de huisarts de kinderen met DV, HAB en OAB verwijzen naar de tweede lijn (kinderarts). Flowmetrie en een echo van de blaas kunnen in de tweede lijn soms nodig zijn om de diagnose nog meer te ondersteunen. In de tweede lijn zal in de meeste gevallen worden overgegaan tot urotherapie, een multidisciplinaire behandeling die de disfunctie van de blaas kan verbeteren door cognitieve training, gedragsbeïnvloeding en fysiotherapie.

CONCLUSIE

De huisarts kan met een goede anamnese en lichamelijk onderzoek achterhalen waarom een kind 'natte ongelukjes' heeft. Vaak kan de huisarts het kind en de ouders relatief eenvoudige oplossingen aanbieden, die het probleem verhelpen. ■

LITERATUUR

- 1 Beltman M, Deurloo JA, Van Leerdam FJM, Wierenga-van der Hoeven CJ, Bulk-Bunschoten AMW, Kamphuis M. Jeugdgezondheidszorgrichtlijn 'Zindelijkheid urine en feces'. Ned Tijdschr Geneesk 2012;156:A4814.
- 2 NHG-Standaard Enuresis nocturna. Huisarts Wet 2006;49:663-71.
- 3 Ab E, Van Diemen-Steenvorde JAAM, De Jong TPVM. Urineverlies op kinderleeftijd; het belang van een goede mictieanamnese. Ned Tijdschr Geneesk 2002;146:193-6.
- 4 Overeem K, Van Duijn B. Een jong meisje met verkleefde schaamlippen. Huisarts Wet 2011;54:29-31.
- 5 KIT-team JBZ. mictielijst kinderen. [http://www.jeroenboschziekenhuis.nl/Afdelingen-Kindergeneeskunde-Kinder-Incontinentie-Team-\(KIT\)](http://www.jeroenboschziekenhuis.nl/Afdelingen-Kindergeneeskunde-Kinder-Incontinentie-Team-(KIT)).
- 6 NHG-Standaard Urineweginfecties (derde herziening). Huisarts Wet 2013;56:270-80.
- 7 Wolthuis DW, De Vries TW. Urethrovaginale reflux als oorzaak van urine-incontinentie bij meisjes. Ned Tijdschr Geneesk 2007;151:2466-8.
- 8 Mattsson S, Gladh G. Urethrovaginal reflux - a common cause of daytime incontinence in girls. Pediatrics 2003;111:136-9.
- 9 Richtlijn Urine-incontinentie bij kinderen. NVU 2008. www.kwaliteitskoepel.nl/.../2011/Urine+incontinentie+bij+kinderen
- 10 Colaco M, Dobkin RD, Sterling M, Schneider D, Barone J. The relationship between temperament, gender and childhood. Clin Pediatr (Phila) 2013;52:753-8.
- 11 Amira PA, Dušan P, Gordana ML, Sandra T, Ivanišević I. Bladder control training in girls with lower urinary tract dysfunction. Int Braz J Urol 2013;39:118-26.

Ferdinand Schreuder

Geneeskunde en getallen: geen goed duo

Huisartsgeneeskunde is geen exacte wetenschap. We leggen wel van alles vast in maat en getal, maar laten ons handelen toch vooral bepalen door gesprekken met patiënten, afspraken met collega's, eigenbelang en contracten met verzekeraars. Daarnaast zijn veel metingen onbetrouwbaar en zijn ziekte-definities geen onwrikbare gegevens: bij 80% van mijn consulten is er geen sprake van een bekende lichamelijke ziekte. Nu zijn al die vaagheden in de dagelijkse praktijk best te hanteren, maar voor wie het geneeskundig proces wil beheersen is dat een harde dobber: beleidsmakers, wetenschappers en financiers lukt het maar

niet het geneeskundig handelen te richten en te kaderen. Als ze inzetten op meer en beter meten komen ze bedrogen uit.

De diagnose "myocardinfarct" is gaan berusten in troponinebepalingen: de planning van het aantal CCU-bedden blijkt dan te veranderen. Borstkanker wordt in een steeds vroeger stadium ontdekt: chirurgen, oncologen en farmaceuten publiceren trots de verbetering in prognose maar moeten dan ook hun capaciteit uitbreiden. Sinds het op de markt komen van SSRI's is het aantal depressies enorm gestegen.

Ook de dokters zelf komen in de spreekkamer niet verder met hun meet: de risicotabel voor het cardiovasculair risicomanagement lijkt de kansen op hart- en vaatziekten exact te kunnen weergeven, maar belangrijke factoren als etniciteit, stress en voeding zijn er onvoldoende in verdisconteerd. De be-

handeldrempel die vervolgens gebruikt wordt is gebaseerd op niet exacte overwegingen als "ongewenste medicalisering", "werkbaarheid" en "financiële haalbaarheid". Bloeddrukmetingen in de spreekkamer zijn berucht onbetrouwbaar. De mooie plaatjes en exacte getallen die we terugkrijgen als we een botdichtheidsmeting laten doen voorspellen de kans dat we met onze adviezen en medicijnen een patiënt kunnen helpen een botbreuk te voorkómen bijzonder slecht. Meestal worden klinische beslissingen voor COPD-patiënten niet beïnvloed door alle cijfertjes die een spirometrie oplevert. We scoren wat af met de 4DKL, MRC, CCQ, MMSE, SIMMS, et cetera, maar zouden die scores nu écht meer inzicht geven in het lijden van onze patiënt dan een goed gesprek?

Maat en getal: ze passen niet in het consult.

