

In dubio abstinence

Henk van Weert

'Het is tijd voor een actieve houding van huisartsen, zowel bij het begin als in het verloop van dementie', schreef Annet Wind zo'n vier jaar geleden in een commentaar in *Huisarts en Wetenschap*.¹ Herkenning van dementie, ook in een vroeg stadium, leidt tot een verbetering van de zorg, en vergemakkelijkt de acceptatie bij de naasten. De dokter kan dan met een fatsoenlijk zorgplan anticiperen op wat komen gaat. Hoe eerder, hoe beter dus lijkt het adagium en met de introductie van de POH-GGZ lijkt een screeningsprogramma, zoals Jansen et al. in deze H&W beschrijven, een goede kans te maken.² Is dementie echter wel zo'n goede 'target-disease' voor screening? Ligt het probleem van de begeleiding bij dementie bij huisartsen die de diagnose niet tijdig stellen?

Om met het laatste probleem te beginnen: huisartsen blijken redelijk goed in staat om de diagnose dementie te stellen. Afgezet tegen diagnoses van een geheugenpolikliniek blijken zij de diagnose ten onrechte te vermoeden bij ongeveer 20% van de patiënten, de positief voorspellende waarde van hun oordeel bedraagt 80%. Dit zegt natuurlijk nog weinig over patiënten bij wie huisartsen niet denken aan dementie. Volgens het screeningsonderzoek naar dementie bedraagt het percentage patiënten met (risico op) dementie, die niet als zodanig door de huisarts zijn herkend minstens 38%. Het gaat daarbij om patiënten, ouder dan 75 jaar bij wie binnen een jaar de diagnose wordt gesteld. Het is natuurlijk de vraag of de betreffende huisartsen de diagnose niet alsnog zouden hebben gesteld bij een vervolcontact. Gemiddeld genomen ziet een huisarts deze patiënten immers zo'n 8 keer per jaar.³ Een dwarsdoorsnedeonderzoek heeft de neiging om incidentie gevallen te vinden, die de huisarts nog niet had kunnen vaststellen maar die hij bij een volgend contact mogelijk wel zal overwegen. Maar dat lijkt allemaal niet het belangrijkste. Van Hout toonde eerder aan dat huisartsen het lastig vinden om de diagnose dementie mede te delen: de helft van de patiënten kreeg niet te horen waar de huisarts aan dacht.⁴ De bij screening gevonden dementie zal daar geen uitzondering op vormen. Logischerwijs heeft het niet-meedelen van een diagnose consequenties voor de begeleiding van de patiënten.

Dan blijft de vraag over of dementie geschikt is als 'target-disease' bij screening. Het gaat hierbij natuurlijk om de criteria van Wilson en Jungner, zoals testeigenschappen, belang van de aandoening en het effect van een interventie. Een echt effectieve interventie

lijkt vooralsnog niet beschikbaar en de testeigenschappen van de screeningsprocedure zijn deels onbekend. Een hoge sensitiviteit en specificiteit van rond 90% lijken haalbaar, maar ook dan moeten we ons realiseren dat we vissen in een tamelijk lege vijver. De huisarts vist de personen bij wie hij dementie vermoedt er van te voren uit. Uitgaande van een prevalentie van 40% (zoals in het onderzoek van Jansen et al. voorkwam bij 75-plussers) ontwikkelt 85% van de opgespoorde patiënten ook daadwerkelijk dementie en wordt 15% ten onrechte van dementie verdacht. Dit lijkt sprekend op de waarde van het huisartsenoordeel tijdens de reguliere zorg. Gebruikt men een dergelijke screening in jongere leeftijdsgroepen dan neemt de opbrengst fors af. In de Rotterdam Study bij 55-plussers vond men gedurende een gemiddelde follow-up van 7 jaar een incidentie van 10%, waarmee de positief voorspellende waarde van een screening zou dalen naar 50%.⁵

Het gaat hierbij echter niet alleen om de technische argumenten, maar ook om een ethische afweging, zoals de auteurs in hun bijdrage terecht vaststellen. We moeten hun advies voorlopig dan ook maar ter harte nemen en niet gaan screenen op dementie: *in dubio abstinence*. Wat we wel moeten doen is de begeleiding van de demente patiënt goed ter hand nemen. Met de bestaande standaard is de huisarts daar inhoudelijk goed voor toegerust en mogelijk kan de POH-GGZ daarin een belangrijke rol spelen. Kunnen we ondertussen nadenken over screening.

Literatuur

- 1 Wind A. Wie is er bang voor diagnostiek bij dementie? *Huisarts Wet* 2003;46:738.
- 2 Jansen APD, Van Hout HPJ, Nijpels G, Van Marwijk HWJ, De Vet HCW, Stalman WAB. Betere detectie van dementie. *Huisarts Wet* 2008;51:115-9.
- 3 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- 4 Van Hout HP, Vernooij-Dassen MJ, Jansen DA, Stalman WA. Geven huisartsen aan dementerende patiënten en hun verzorgers de juiste informatie? *Huisarts Wet* 2007;50:253-8.
- 5 Reitz C, Den Heijer T, Van Duijn C, Hofman A, Breteler MMB. Relation between smoking and risk of dementia and Alzheimer disease. *Neurology* 2007;69:998-1005.

Auteursgegevens

NHG, Huisarts en Wetenschap, postbus 3231, 3502 GE Utrecht: dr. H. van Weert, hoofdredacteur.

Correspondentie: h.vanweert@nhg.org

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.