

Verstandelijke beperking

Het lezenswaardige artikel *Gezondheidsproblemen van mensen met verstandelijke beperkingen in de huisartsenpraktijk* (H&W 2008;51:62-5) roept – zoals elke nuttige informatiebron – weer enkele nieuwe vragen op.

Ten eerste: het aantal mensen met een verstandelijke beperking dat in de huisartsendossiers opgespoord werd, circa 10 per praktijk van gemiddeld 2350 patiënten, lijkt wat aan de lage kant. Prevalentiecijfers uit 2001 komen namelijk uit op een landelijke prevalentie van bijna 7 per 1000 inwoners, dat wil zeggen 16,4 per praktijk van 2350 patiënten.¹ Wanneer men anderzijds rekening houdt met het feit dat ongeveer de helft van de mensen met een verstandelijke beperking in een instituut verblijft, dan is 10 per praktijk weer aan de ruime kant.² Hebben de onderzoekers een verklaring voor deze discrepantie? Enkele veronderstellingen van mijn kant: 1) de spreiding van mensen met een verstandelijke beperking over de huisartsenpraktijken is niet geheel gelijkmatig; 2) van de bewoners van een instelling voor (licht) verstandelijk gehandicapten is een aantal toch in de huisartsentellingen meegenomen; 3) de categorie mensen met een lichte verstandelijke beperking is moeilijk exact te definiëren; ook internationaal worden er sterk verschillende prevalentiecijfers gemeld.³

Ten tweede: als het de bedoeling is om de behoefte aan huisartsenzorg te peilen omdat de populatie verstandelijk gehandicapten geleidelijk verschuift naar de huisartsenpraktijk, zou het zeker ook interessant zijn de behoefte aan medische zorg te onderzoeken bij de mensen die nu nog in een instituut verblijven (maar mogelijk dus naar de huisartsenpraktijk zullen 'verhuizen')? Immers, juist omdat de diagnostiek bij personen met een verstandelijke beperking vaak relatief moeizaam verloopt, is er in de huisartsenregistraties mogelijk sprake van enige onderrapportage. Wellicht zijn de medische dossiers in de verstandelijk-gehandicaptenzorg in mindere mate geautomatiseerd dan de reguliere huisartsenpraktijk? Ligt hier onze volgende uitdaging?

Willy Pesch

- 1 Van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ, Van Heurn-Nijsten EWA, Wullink M. *Prevalentieonderzoek mensen met een verstandelijke beperking in Nederland*. Maastricht: Universiteit Maastricht, capaciteitsgroep huisartsgeneeskunde, 2002a.
- 2 Van der Mathijssen SW, Kwartel AJJ, Pepels CGM, Winkel EGJ, Barnhard MC, Van der Velde F. *Brancherapport Care 2000-2003 2004h*.
- 3 Roeleveld N, Zielhuis GA, Grabreëls F. *The prevalence of mental retardation: a critical review of recent literature*. *Developmental Med & Child Neurology* 1997;39:125-32.

Antwoord

Het in H&W gepubliceerde onderzoek is gebaseerd op gegevens van de Tweede Nationale Studie waarin elektronische gegevens over ruim 400.000 patiënten uit ongeveer 100 huisartsenpraktijken waren opgenomen.

U verwijst naar een ander onderzoek dat eveneens aan de afdeling Huisartsgeneeskunde van de UM werd verricht. In dat onderzoek combineerden we de gegevens van de academische huisartspraktijken verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de UM (80.000 geregistreerde patiënten) met gegevens van zorgaanbieders in Limburg. Via geboortedatum en postcode konden we alle dubbeltellingen verwijderen. We extrapoleerden deze gegevens naar de bevolking van Nederland en gebruikten daarbij twee methoden, waarin verschillen per provincie werden verdisconteerd. Ons eindresultaat was een minimum- en maximum-schatting van de prevalentie van mensen met verstandelijke beperking tussen de 0,54 en 0,69%.^{1,2}

Uw constatering dat internationaal gevonden prevalentiecijfers erg verschillen klopt. De keuze van de onderzoekspopulatie, in dit geval zorgvoorzieningen respectievelijk huisartsen speelt daarbij beslist een rol. Uw tweede vraag moet voornamelijk bevestigend beantwoord worden. Het feit dat patiëntenregistraties in zorgvoorzieningen in mindere mate geautomatiseerd zijn maakt het niet gemakkelijk om de

zorgbehoeften van deze mensen eenduidig te onderzoeken. Gebruik van HIS'en in deze zorg zou het contact met en zorgovername door huisartsen zeker vergemakkelijken. Verfijning van het HIS op met de handicap geassocieerde aandoeningen zal daarvoor zeker nodig zijn. Waar bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk één code voor epilepsie volstaat, zal voor de populatie in instellingen meer keuzemogelijkheid nodig zijn om aard, intensiteit en risico afdoende te beschrijven. Wellicht kan men ook gezondheidsindicatoren gebruiken om de veranderingen in gezondheid van mensen met verstandelijke beperkingen in de loop van de tijd te volgen.³

Henny van Schrojenstein Lantman - de Valk

- 1 Van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ, Wullink M, Van den Akker M, Van Heurn-Nijsten EWA, Metsemakers JFM, Dinant GJ. *The prevalence of intellectual disability in Limburg, the Netherlands*. *Journal of Intellectual Disability Research* 2006;50:61-8.
- 2 Wullink M, Van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ, Metsemakers JFM, Dinant GJ. *The prevalence of intellectual disability in the Netherlands*. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2007;51:511-9.
- 3 Pesch W. *Verstandelijke beperking*. *Huisarts Wet* 2008;51:257.

PSA-testen: ook niet bij jongere mannen

Het journaalbericht naar aanleiding van een artikel over PSA-testen¹ heeft als kop: 'PSA-testen ook niet bij jongere mannen'². Net daarvoor las ik als samenvatting: 'Younger men amenable to PSA testing'.³ Het artikel uit uw journaalbericht heeft als conclusie: 'Using an age based threshold of 1.5 ng/ml, the prevalence of prostate cancer was similar to that in older men (3.0 ng/ml threshold) and some cancers of potential clinical significance were found.'¹

De enige conclusie is mijns inziens: als screening op PSA zinvol is dan moet er misschien op eerdere leeftijd mee worden begonnen. De opmerking dat het de

standaard ondersteunt is onjuist. Was schrijver van het journaalbericht een van de opstellers van de standaard? Verder is BMJ een van de bladen die kennis aan een ieder ter beschikking stelt: in uw elektronische versie is een hyperlink naar het oorspronkelijke artikel meer op zijn plaats dan een link naar de standaard.

P. Hardus

- 1 Lane JA, et al. Detection of prostate cancer in unselected young men: prospective cohort nested within a randomised controlled trial. *BMJ* 2007;335:1139.
- 2 Blanker M. PSA-testen: ook bij niet jongere mannen. *Huisarts Wet* 2008;51:9.
- 3 Rees J. Younger men amenable to PSA testing. *Practitioner* 2008;252:17.

Antwoord

Het advies voor het gebruik van de PSA-bepaling in de NHG-Standaard, waarvan ik geen opsteller ben, maar wel als referent mijn commentaar heb mogen geven, is zeer terughoudend. Redenen daarvoor zijn (onder andere) het ontbreken van bewijs voor screening en de beperkingen

die de PSA-bepaling heeft. Dit is overigens in overeenstemming met de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Urologie.¹

De opbrengst van screening (weergegeven in aantal relevante tumoren) is zeer matig bij mannen jonger dan vijftig jaar.² In die groep is er dus geen aanvullend argument waardoor screening wel geadviseerd zou moeten worden. De lage prostaatkankerprevalentie (1,1%) in die groep zou huisartsen vooral moeten steunen in hun beleid, waarbij geruststelling belangrijker is dan een zoektocht naar een tumor die in de helft van de gevallen niet relevant is.

Dat jongere mannen ontvankelijk (amenable) zijn voor screening, zoals de titel van het referaat van Rees suggereert,³ leid ik niet af uit de gegevens van Lane et al.: slechts 36% ging uiteindelijk akkoord met screening; 64% dus niet.²

Het al dan niet includeren van mannen in een screeningsprogramma hangt af van meer dan alleen de gevonden prostaatkankerprevalentie. Mocht uit de grote

screeningsonderzoeken (de resultaten daarvan laten nog enkele jaren op zich wachten) blijken dat prostaatkanker-screening effectief is, dan zal de leeftijds-grens mede op basis van het onderzoek van Lane bediscussieerd kunnen worden, maar er zal aanvullend bewijs nodig zijn om die grens aan te passen. Ik deel de conclusie van Hardus dus niet.

Bij een positief effect zal er bovendien een landelijke screening opgezet moeten worden. Tot die tijd: gewoon niet doen, zo'n PSA-bepaling.

Marco Blanker

- 1 Nederlandse Vereniging voor Urologie. Richtlijn diagnostiek en behandeling van LUTS/BPH. Hoofdstuk 5 Aanvullende diagnostiek. Utrecht, 2006.
- 2 Lane JA, et al. Detection of prostate cancer in unselected young men: prospective cohort nested within a randomised controlled trial. *BMJ* 2007;335:1139.
- 3 Rees J. Younger men amenable to PSA testing. *Practitioner* 2008;252:17. (Online geraadpleegd op 11 maart 2007.)

POEM

Partnerassistentie bij zelfonderzoek naar melanomen

Vraagstelling

Wat is de waarde van partnerassistentie bij het aanleren en uitvoeren van zelfonderzoek van de huid, met als doel het vroeger opsporen van melanomen?

Betekenis voor huisarts en patiënt

Vroege opsporing van (terugkerende) melanomen is van belang voor de prognose en behandelmogelijkheden. De nog steeds stijgende sterfte bij mannen op middelbare leeftijd aan melanomen benadrukt het belang van vroege opsporing. De Nederlandse Melanoom Werkgroep (NMW) heeft richtlijnen opgesteld voor de follow-up van primaire melanomen¹ en adviseert daarbij om de patiënt instructies te geven voor zelfonderzoek.

Daarnaast adviseren zij ook regelmatig huidonderzoek bij familiäre risicopatiënten. Volgens deze trial zouden de frequentie en effectiviteit van zelfonderzoek verbeteren als de partner erbij wordt betrokken. Huisartsen kunnen patiënten erop wijzen dat het tot betere opsporing leidt als ze hun partner systematisch bij het zelfonderzoek betrekken.

Inleiding Omdat melanomen meer voorkomen naarmate de leeftijd toeneemt, is te verwachten dat door de vergrijzing het aantal melanomen nog flink stijgt. De mortaliteit ten gevolge van melanomen daalt als men ze in een vroeg stadium ontdekt door middel van zelfonderzoek van de huid (SSE = skin self-examination). Als de partner bij het onderzoek betrokken is, stimuleert dit de SSE. De hypothese is dat beide partners zich op deze manier verantwoordelijk voelen om

SSE uit te voeren. Ook kunnen huidgedeelten, die de patiënt zelf niet goed kan bekijken, beter worden onderzocht.

Patiëntenpopulatie Een RCT van 130 patiënten tussen 40 en 70 jaar. Deze groep werd gerekruteerd uit 682 ziekenhuispatiënten die ooit de diagnose melanoom kregen en jaarlijks een dermatologisch onderzoek ondergingen. De belangrijkste inclusiecriteria waren: een melanoom minstens 6 maanden geleden behandeld, een positieve familieanamnese voor melanomen, aanwezigheid van meer dan 50 naevi of 2 of meer atypische naevi. Patiënten met een ernstige visuele beperking, geen inwonende partner of ernstige comorbiditeit werden uitgesloten van het onderzoek.

Onderzoeksopzet De patiënten werden gerandomiseerd naar het individueel ontvangen van de interventie (n = 65) of samen met de partner (n = 65). De