

Huisartsen en patiënten denken bij plasklachten bij oudere mannen nog steeds aan prostaatkarcinoom

Inge Bouwman, Wouter van der Heide, Willem Jan van der Veen, Klaas van der Meer

Inleiding

Mictieproblemen komen vaak voor bij oudere mannen en met het stijgen van de leeftijd neemt de prevalentie toe. Bij de beoordeling van internationale onderzoeken over plasklachten bij oudere mannen worden prevalenties van 18-41% gevonden.^{1,2} Nederlandse cijfers sluiten aan bij deze bevindingen, met een prevalentie in de algemene populatie van 21-30%.³ De prevalenties van plasklachten waarmee patiënten naar de huisarts gaan, liggen veel lager. De NHG-Standaard Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen geeft een incidentiecijfer van 2-4 per 1000 mannen per jaar, oplopend van 4-9 in de leeftijdsgroep van 45-64 jaar naar 10-18 in de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder. De prevalenties waren in de genoemde leeftijdsgroepen respectievelijk 8-19 en 36-165 per 1000 mannen per jaar.⁴ Mictieproblemen zijn zelf reden genoeg om het advies van de huisarts in te winnen en behandeling te vragen, maar ze worden door patiënt en huisarts ook geplaatst in een causaal schema waarin prostaatklasten en angst voor prostaatkanker in het consult een rol spelen. Dit 'prostaatsdenken'⁵ heeft ook de eer-

ste NHG-Standaarden gedomineerd vanuit de zienswijze dat plasklachten voortkomen uit goedaardige celtoename van de prostaat. Later is de relatie tussen mictieproblemen en prostaatklasten steeds verder losgekoppeld, wat tot uiting kwam in de beschrijvende, en niet zozeer verklarende, verzamelnaam LUTS (*lower urinary tract symptoms*). Als uitvloeisel van deze 'paradigmaverschuiving'⁶ is deze loskoppeling ook in de laatste herziening van de NHG-Standaard geëxpliciteerd, met name als het gaat om de relatie tussen mictieproblemen en prostaatkarcinoom en om de voorspellende waarde daarbij van een bepaling van het prostaatspecifiek antigeen (PSA). Bemoeilijkte mictie vergroot niet de kans op aanwezigheid van prostaatkanker. Daarnaast is de PSA-bepaling weinig specifiek voor het ontdekken of uitsluiten van prostaatkarcinoom.⁷ Het huisartsgeneeskundig handelen in theorie en de dagelijkse praktijk kunnen uiteenlopen en vormen het onderwerp van dit artikel. Onze doelstelling in dit onderzoek is om te beschrijven hoe vaak mictieklachten bij oudere mannen in de praktijk voorkomen en welk beleid huisartsen hierbij voeren.

Samenvatting

Bouwman I, Van der Heide WK, Van der Veen WJ, Van der Meer K. Huisartsen en patiënten denken bij plasklachten bij oudere mannen nog steeds aan prostaatkarcinoom. *Huisarts Wet* 2007;50(7):321-5.

Inleiding Mictieproblemen komen regelmatig voor bij oudere mannen. Hoewel mictieproblemen zelf reden genoeg zijn om de huisarts advies te vragen, worden ze door patiënten en huisarts ook vaak geassocieerd met (angst voor) prostaatkanker. De mate van verwevenheid van mictieklachten en prostaatkanker in de alledaagse praktijk gaf aanleiding tot dit onderzoek. Wij gingen na hoe vaak mictieklachten bij oudere mannen voorkomen en welke beleidsmaatregelen de huisarts hierbij neemt.

Methode We bepaalden de jaarlijkse incidenties en prevalenties van mictieklachten bij mannen ouder dan 50 jaar in Noord-Nederland voor de periode van 2003 tot en met 2004. Hiertoe maakten we gebruik van de gegevens van het Registratie Netwerk Groningen (RNG). Huisartsen werd gevraagd een korte vragenlijst in te vullen over de voorgelegde patiëntgegevens van mannen die voor het eerst de huisarts bezochten in verband met mictieklachten.

Resultaten Ongeveer 5% mannen uit de onderzoekspopulatie (4422 mannen van 50 jaar en ouder) gingen met mictieklachten

naar de huisarts. BPH/LUTS kwam bij ruim 34 mannen per 1000 persoonsjaren voor. De prevalentie van prostaatkanker lag op iets meer dan 11 mannen per 1000 persoonsjaren. Bij ruim 20% van de mannen met mictieklachten werd de diagnose BPH/LUTS geregistreerd, 7% van de mannen kreeg de diagnose prostaatkarcinoom. Het blijkt dat mictieklachten in de praktijk vaak samenhangen met medicamenteuze behandeling gericht op BPH/LUTS (bij eenderde van de mannen), verwijzing naar de uroloog (iets meer dan 40%) en vervolgonderzoek met een PSA-bepaling (30%).

Conclusie Hoewel in theorie de relaties tussen mictieklachten en prostaatproblemen zijn losgelaten, weerspiegelen de resultaten van dit onderzoek een manier van denken en handelen waarbij plasklachten niet zozeer als opzichzelfstaande problemen worden ingeschat, maar in verband worden gebracht met prostaatkarcinoom.

UMC Groningen, disciplinegroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, 9700 AD Groningen: I. Bouwman, aios SEH; dr. W.K. van der Heide en prof. dr. K. van der Meer, huisartsen; dr. W.J. van der Veen, demograaf-epidemioloog. Correspondentie: w.k.van.der.heide@med.umcg.nl
Mogelijke belangenverstreming: niets aangegeven.

Methode

Patiëntselectie

Voor dit onderzoek maakten wij gebruik van gegevens die zijn verzameld door het Registratie Netwerk Groningen (RNG) in 2003 en 2004. Het RNG is een sinds 1989 bestaande, doorlopende, geautomatiseerde registratie van (gemiddeld) 17 huisartsen, werkzaam in praktijken in de stad Groningen, Hoogeveen en Hoogezand-Sappemeer, met een populatie van ongeveer 30.000 personen.⁸ De participerende huisartsen leggen morbiditeit per ziekte-episode vast in hun werkblad van het huisartseninformatiesysteem MicroHis. Zij classificeren diagnoses en episodenvolgens het ICPC-systeem. Jaarlijkse incidenties en prevalenties van plasklachten werden bepaald voor de periode 2003 tot en met 2004 en uitgedrukt per 1000 persoonsjaren in de leeftijdscategorie van 50 jaar en ouder. De volgende ICPC-codes werden hierbij gebruikt: U01 (pijnlijke mictie), U02 (frequente mictie/aandrang), U04 (urine-incontinentie), U05 (andere mictieproblemen) en Y06 (symptomen/klachten prostaat), alsmede enkele minder belangrijke codes: U07 (andere symptomen/klachten urine) en U13 (andere symptomen/klachten blaas). De code Y85 voor BPH/LUTS werd niet in deze selectie opgenomen omdat in het RNG afspraken gelden over het toepassen van de verschillende onderdelen van de ICPC. Deze afspraak is dat een gezondheidsprobleem aanvankelijk als symptoom of klacht geregistreerd wordt totdat door voortschrijdend inzicht en nader onderzoek eventueel ook een diagnosecode aan het dossier toegevoegd kan worden. Weliswaar kunnen we niet uitsluiten dat de code Y85 zo nu en dan wordt toegekend zonder dat er een voorgeschiedenis is van mictieklachten, maar onze belangstelling gaat uit naar het beloop van mictieklachten en de prostaatdiagnosen die daarbij gaandeweg een rol kunnen gaan spelen. Aan de hand van deze ICPC-codes stelden we een onderzoeksgroep samen van mannen van 50 jaar en ouder die in de periode 2003 tot en met 2004 voor de eerste keer de praktijk bezochten vanwege plasklachten. Wij gingen vervolgens na of deze patiënten in deze periode medicamenteus behandeld waren met α -blokkers of 5- α -reductaseremmers en of de huisartsen naar de uroloog had verwezen. Verder trokken wij na of ze in de follow-up tot en met 2005 een diagnose BPH (ICPC-code Y85) of prostaatacarcinoom (ICPC-code Y77) hadden gekregen. Wij hebben in dit onderzoek ervoor gekozen om de ICPC-codering Y85 (BPH) te gebruiken voor de naamgeving aan het symptomencomplex van mictieklachten ten gevolge van blaasuitgangsobstructie en deze te benoemen als LUTS/BPH. De aanname is hierbij dat de registrerende huisartsen impliciet deze 'verbrede' BPH-diagnose in hun codering tot uitdrukking hebben willen laten komen, congruent aan de terminologie en begripsdefinities welke worden gehanteerd in de Standaard Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen.⁴ Uit de bovengenoemde onderzoeksgroep van patiënten namen we een aselecte steekproef van 20% waarna we de gegevens van deze patiënten aan de betreffende huisartsen voorlegden. Op deze manier verkregen we een representatieve steekproef en voorkwamen we dat het onderzoek de huisartsen veel tijd zou kosten.

Wat is bekend?

- ▶ Mannen met plasklachten hebben naast klachten ook vaak angst voor prostaatkanker.
- ▶ Bemoeilijkte mictie vergroot niet de kans dat er prostaatkanker aanwezig is.
- ▶ In de NHG-Standaard Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen wordt screening op prostaatkanker afgeraden.

Wat is nieuw?

- ▶ Bij 30% van de oudere mannen die met plasklachten bij de huisarts komen, wordt toch een PSA-bepaling gedaan.
- ▶ Daarbij is een niet goed te interpreteren rectaal toucher een belangrijke motivatie, maar ook de onzekerheid bij de patiënt of de dokter.
- ▶ Voor de dagelijkse praktijkvoering moet gelden dat tijdens het consult nadrukkelijk het onderscheid tussen plasklachten en prostaatkanker aan de orde komt.

Vragenlijst

De huisartsen werd gevraagd om per voorgelegd patiëntdossier een korte vragenlijst in te vullen, waarin de volgende vragen aan de orde kwamen: 'Is er bij uw patiënt serum-PSA bepaald nadat hij uw spreekuur voor het eerst bezocht in verband met mictieklachten?' (zo ja: datum PSA-bepaling); 'Wat was de reden om deze PSA-bepaling aan te vragen?' (keuze uit: rectaal toucher (RT) niet goed te interpreteren; RT suspect voor prostaatacarcinoom; verzoek van patiënt; geruststelling dokter; of anders); 'Had de betreffende patiënt ten tijde van de PSA-bepaling volgens u ernstige comorbiditeit die de levensverwachting negatief beïnvloedde?'; 'Hoe hoog was de PSA-waarde?' (keuze uit: ≤ 4 ng/ml; > 4 en ≤ 10 ng/ml; > 10 ng/ml; onbekend). We tonen de resultaten van deze vragenlijsten, maar we laten ook hieraan gekoppelde gegevens uit de registratie zien wat betreft prostaatacarcinoom en BPH. Tot slot extrapoleren we de resultaten van de steekproef over de periode 2003 tot en met 2004 naar het niveau van de populatie van het RNG.

Resultaten

Ruim 5% van de mannen uit de onderzoekspopulatie van 4422 mannen ouder dan 50 jaar ging met mictieklachten naar de huisarts, waarbij de prevalentie van de verschillende vormen schommelde rond 1%. De incidenties waren niet beduidend lager dan de prevalenties, wat er op kan duiden dat mictieklachten doorgaans geen chronisch beloop hebben. Dat gold tenminste voor ongeveer 80% van de gevallen waar aanvankelijke mictieklachten niet gaandeweg veranderen in BPH/LUTS.

BPH/LUTS kwam bij ruim 34 mannen per 1000 persoonsjaren voor waarbij de prevalentie van prostaatkanker op iets meer dan 1% lag (tabel 1).

Tabel 2 toont gegevens over de mate van verwevenheid tussen plasklachten enerzijds en prostaatdiagnosen anderzijds. Uit deze tabel blijkt dat bij ruim een vijfde van de mannen met plasklachten BPH/LUTS is geregistreerd, terwijl prostaatacarcinoom in 7% van de gevallen voorkwam. Eenderde van de mannen met plas-

klachten (33%) is behandeld met middelen bij BHP/LUTS (α -blokkers of 5- α -reductaseremmers), en bij deze prescripties is in 37% BHP/LUTS als indicatie geregistreerd, in 28% 'symptomen/klachten prostaat' en in 18% 'frequente mictie/aandrang' of 'ander mictieprobleem'. Bovendien zijn de patiënten veelvuldig naar de uroloog verwezen (41%), waarbij de meest geregistreerde verwijscategorieën betrekking hebben op plasklachten uit het ICPC-hoofdstuk 'U' (33%), hematurie (8%), urineweginfecties (11%), symptomen en klachten van de prostaat (16%) en BHP/LUTS (10%).

De enquête onder huisartsen over 20% van de 242 patiënten met mictieklachten (n = 49) wees uit dat bij 15 mannen PSA werd bepaald (tabel 3). De voornaamste reden om PSA te laten bepalen was een niet goed te interpreteren rectaal toucher (5 mannen). Een verzoek van de patiënt of geruststelling van de dokter was bij 2 mannen een reden tot diagnostiek. Twee van de drie mannen bij wie ter geruststelling van de dokter een PSA-bepaling werd gedaan, hadden ernstige comorbiditeit die de levensverwachting

negatief beïnvloedde. Dat laatste was ook het geval bij een man bij wie het rectaal toucher niet goed te interpreteren was. Een interessant gegeven uit een koppeling van deze enquêtegegevens met de registratiegegevens was dat 'pijnlijke mictie' bij geen van de mannen met een PSA-bepaling als klacht was geregistreerd, terwijl deze klacht veelvuldig (33%) voorkwam bij mannen zonder een PSA-bepaling. Het merendeel van de mannen had een normale PSA-waarde ≤ 4 ng/ml. Bij mannen met een verhoogde PSA-waarde was het rectaal toucher niet goed te interpreteren of deed een prostaatacarcinoom vermoeden. Een normale PSA-waarde sloot niet in alle gevallen een prostaatacarcinoom uit – bij één man werd BHP/LUTS geregistreerd. Bij één van de drie mannen met een verhoogde waarde werd een prostaatacarcinoom vastgesteld. Voor de onderzoekspopulatie van 4422 mannen van 50 jaar of ouder, uit een praktijkpopulatie van 33.234 personen (data van het RNG) voerden wij een berekening uit om de steekproef van 20% van toepassing te laten zijn in de gehele populatie. Bij een

prevalentiecijfer van mictieklachten van 26%⁵ en ervan uitgaande dat de RNG-gegevens representatief zijn voor de gemiddelde praktijk, worden 30 mannen gediagnosticeerd met BHP/LUTS en 5 mannen met prostaatacarcinoom, terwijl hun PSA niet werd bepaald. Binnen de groep van mannen bij wie wél het PSA werd bepaald, zijn er 5 mannen met BHP/LUTS en geen mannen met prostaatacarcinoom, wanneer het PSA-gehalte lager was dan 4 ng/l. Bij PSA-waarden ≥ 4 ng/l worden op deze manier 5 mannen gediagnosticeerd met BHP/LUTS en 5 mannen met prostaatacarcinoom.

Tabel 1 Gemiddelde leeftijd en gemiddelde prevalenties en incidenties van mictieklachten en prostaatacarcinoom van de onderzoeksgroep (n = 4422), per 1000 persoonsjaren per jaar*

Klacht/diagnose (naar ICPC)	Gemiddelde leeftijd in jaren	Prevalentie	Incidentie
Mictieklachten:			
- pijnlijke mictie (U01)	66	12	10
- frequente mictie/aandrang (U02)	65	10	9
- urine-incontinentie (U04)	74	10	5
- ander mictieprobleem (U05)	69	11	9
- symptomen/klachten prostaat (Y06)	65	15	11
- alle mictieklachten	68	54	33
Diagnoses:			
- BHP/LUTS (Y85)	69	34	18
- prostaatacarcinoom (Y77)	72	11	4

* Gegevens verzameld door huisartsen van het Registratie Netwerk Groningen in 2003 en 2004 van mannen ouder dan 50 jaar.

Tabel 2 Medicamenteuze behandeling en verwijzing naar de uroloog bij mannen met plasklachten uit de onderzoeksgroep (n = 4422) (2003-2004), uitgesplitst naar BHP/LUTS of prostaatacarcinoom in de follow-up (2003-2005)

	n	%	Medicatie voor BHP/LUTS, %	Verwijzingen, %
BHP/LUTS	76	22	74	55
Prostaatacarcinoom	26	7	31	77
Géén BHP/LUTS of prostaatacarcinoom	256	73	21	34
Alle patiënten	353	100	33	41

Tabel 3 Resultaten van de enquête onder huisartsen over PSA-bepalingen bij geselecteerde oudere mannen met plasklachten (n = 49)

	Aantal
Geen PSA bepaald	34
Wel PSA bepaald	15
PSA-waarde:	
- < 4 ng/ml	12
- ≥ 4 ng/ml	3
Reden om PSA te bepalen:	
- rectaal toucher niet goed te interpreteren	5
- rectaal toucher niet goed te interpreteren en verzoek van de patiënt	1
- rectaal toucher doet prostaatacarcinoom vermoeden	1
Verzoek van de patiënt	2
Geruststelling van arts	3
Onduidelijk/andere redenen	3

Discussie

Hoewel in de standaard wordt geconstateerd dat bemoeilijkte mictie en prostaatacarcinoom twee aparte entiteiten zijn wat betreft ontstaanswijze en vóórkomen, blijkt uit onze gegevens dat mictieklachten in de praktijk vaak samenhangen met medicamenteuze behandeling gericht op BHP, verwijzing naar de uroloog en vervolgonderzoek met een PSA-bepaling. Bij 30% van de oudere mannen die met plasklachten bij de huisarts kwamen, werd een PSA-bepaling gedaan. Daarbij was een niet goed te interpreteren rectaal toucher een belangrijke motivatie, maar ook onzekerheid bij de patiënt of de dokter. Deze bevinding geeft overigens een lager percentage PSA-aanvragen dan eerdere onderzoeksgegevens uit Nederland waaruit naar voren komt dat 65% van de huisartsen altijd een PSA-onderzoek laat doen bij een, hypothetische, 50-jarige patiënt met plasklachten.⁹ De registrerende huisartsen zijn in die zin in te delen als een aparte, wellicht kritischer, groep die op dit punt niet vergelijkbaar is met de Nederlandse huisarts. Uit buitenlands onderzoek blijkt dat in

Abstract

Bouwman I, Van der Heide WK, Van der Veen WJ, Van der Meer K. GPs and patients still think that lower urinary tract symptoms are an indication of prostate cancer. *Huisarts Wet* 2007;50(7):321-5.

Objective Lower urinary tract symptoms (LUTS) are a common problem in older men. Though these symptoms themselves are reason enough for consulting a general practitioner, there is often an association made – by both the patient and doctor – with prostate cancer. This study was carried out to (a) measure the extent to which LUTS and prostate cancer are associated in everyday practice and (b) to measure the incidence of micturition problems in general practice and to describe the way they are managed by the GP.

Methods The yearly incidence and prevalence of LUTS was determined for men over 50 years of age in the north of the Netherlands between 2003 and 2005. We used data from the Registration Network Groningen (RNG). General practitioners were asked to complete a questionnaire about measuring Prostate Specific Antigen (PSA) in older men during their first consultation for LUTS.

Results The study population consisted of 4422 men aged over 50. Approximately 5% of all older men consulted their GP regarding LUTS, with a prevalence of 34 per 1000 person-years. The prevalence of prostate cancer was approximately 11 per 1000 person-years. At least 20% were diagnosed with Benign Prostate Hypertrophy (BPH)/LUTS while 7% had prostate cancer. In their daily practice, GPs in the north of the Netherlands often prescribe medication for BPH/LUTS in men with LUTS (32.9% of all men), refer patients to a urologist (40.8%) and measure PSA (30%). The reason for PSA testing was most often an inconclusive rectal examination. BPH and prostate cancer were found both in patients who had had PSA measurement taken and in those who had not.

Conclusion Even though there is no evidence of a direct connection between LUTS and prostate disease, the results of this study show a mindset in treatment in which LUTS are not thought of as an independent problem but are associated with prostate cancer.

Australië bijna de helft van alle mannen tussen 60 en 69 jaar op PSA wordt getest.¹⁰ Van een groep Ierse huisartsen bepaalde 80% PSA bij mannen met mictieklachten en ging 62% van de huisartsen wel eens in op het verzoek van de patiënt om het PSA te laten bepalen.¹¹ Naast de frequentie van aanvraag, dient ook de voorspellende waarde van de PSA-bepaling kritisch beoordeeld te worden: tweederde van de patiënten met een PSA-waarde > 4 ng/ml heeft geen prostaatkanker, terwijl een derde van de patiënten met een waarde onder dit afkappunt dat wél heeft.¹² Onze resultaten sluiten hierbij aan, hoewel rekening gehouden moet worden met de omvang van de steekproef en de representativiteit van de RNG-populatie. Het bepalen van het PSA-gehalte bij de diagnostiek van plasklachten blijkt al met al een weinig specifieke

bepaling: zowel in de groep zonder bepaling als in de groep mét bepaling blijkt prostaatkanker voor te komen.

Onze resultaten weerspiegelen een manier van denken en handelen waarbij plasklachten niet zozeer als op zichzelf staande problemen worden ingeschat, maar in verband worden gebracht met prostaatkanker. Deze mentale koppeling is niet voorbehouden aan die patiënten die hun klachten interpreteren in termen van risico en die daarin gerustgesteld willen worden, maar beïnvloedt in sommige gevallen ook de beslissing van de huisarts om nader onderzoek te laten verrichten. Mannen zijn steeds beter op de hoogte van de mogelijkheid om met een PSA-bepaling te screenen op prostaatkanker, maar de beperkingen die deze vorm van screening met zich meebrengt zijn bij hen nog te weinig bekend.¹³ In die zin zijn de resultaten van het longitudinale Europese screeningsonderzoek naar prostaatkanker in de open populatie (ERSPC) dat voor Nederland wordt uitgevoerd in de regio Rotterdam en in 2008 wordt afgerond, van groot belang.¹⁴ De verwachting is dat dit onderzoek voorspellende factoren voortbrengt die een beter inzicht geven wie wél en wie niet voor vroege opsporing in aanmerking komen.¹⁵

Daarbij geldt dat ook huisartsen bang zijn om bij mannen die met mictieklachten op het spreekuur komen prostaatkanker te missen.¹⁶ De PSA-bepaling is vaak een vorm van defensief handelen. Screening op prostaatkanker door de PSA-waarde te bepalen is bij mannen met plasklachten volgens de standaard dan geïndiceerd en de huisarts zou zich terughoudend moeten opstellen totdat de resultaten naar een eventueel gunstig effect van screening op kankerspecifieke sterfte bekend zijn. Onze onderzoeksresultaten bevestigen het gegeven dat huisartsen zonder protocollaire onderbouwing een PSA-bepaling bij oudere mannen met mictieklachten aanvragen. De veronderstelde verwevenheid tussen plasklachten en prostaatkanker speelt daarin volgens ons een duidelijke rol. Huisartsen zouden in hun dagelijkse praktijkvoering in de anamnese het onderscheid tussen plasklachten en prostaatkanker voor ogen moeten houden en alleen op duidelijke indicatie aanvullend (PSA-)onderzoek moeten aanvragen. Het is daarbij belangrijk om de patiënt goed over de beperkte waarde van PSA-onderzoek te informeren.

De gegevens voor dit onderzoek zijn verzameld rond de publicatie van de laatste herziening van de NHG-Standaard. Pas in deze herziening is stelliger beschreven dat er geen relatie is tussen mictieklachten en prostaatkanker. Het is interessant om in verder vervolgonderzoek te beoordelen of er bij mannen met plasklachten sinds deze laatste herziening minder PSA-bepalingen in de huisartsenpraktijk worden verricht, of dat mictieproblemen blijvend worden geassocieerd met ernstiger pathologie waar screening ter geruststelling op zijn plaats zou zijn.

Dankbetuiging

Wij bedanken alle huisartsen die door deel te nemen aan het Registratie Netwerk Groningen en de vragenlijsten in te vullen meewerkten aan dit onderzoek.

Literatuur

- 1 Garraway WM, Collins GN, Lee RJ. High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community. *Lancet* 1991;338:496-71.
- 2 Barry MJ, Fowler FJ, O'Leary MP, Bruskewitz RC, Holtgrewe HL, Meibust WK, et al. and the Measurement Committee of the American Urological Association. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 1992;148:1549.
- 3 Wolfs GGMC, Knottnerus JA, Janknegt RA. Prevalence and detection of micturition problems among 2.734 elderly men. *J Urol* 1994;152:1467-70.
- 4 Wolters RJ, Spigt MG, Van Reedt Dorland PFH, Gercema AJ, Klomp MLF, et al. NHG-Standaard Bemoelijkte mictie bij oudere mannen (tweede herziening). www.nhg.org.
- 5 Van der Heide WK. Mannen met plasklachten in de huisartspraktijk (proefschrift). Groningen: Rijks Universiteit Groningen, 2006.
- 6 Thomas S. De standaard 'Bemoelijkte mictie bij oudere mannen' (tweede herziening) van het Nederlands Huisartsen Genootschap; reactie vanuit de huisartsgeneeskunde. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:1549-50.
- 7 Schenk-Braat EA, Bangma CH. De zoektocht naar betere markers voor prostaatcarcinoom dan prostaatspecifiek antigeen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006;150:1286-90.
- 8 Van der Veen WJ, Meyboom-de Jong B. Age and gender. In: Jones R, Britten, N, Culpepper, L, Gass, DA, Grol, R, Mant D, et al., editors. *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- 9 Wolters R, Wensing M, Van Weel C, Grol RPTM. The effect of a distance learning programme on patient self management of lower urinary tract symptoms (LUTS) in general practice: a randomized controlled trial. *Eur Urol* 2004;46:95-101.
- 10 Taylor KL, Shelby R, Kerner J, Redd W, Lynch J. Impact of undergoing prostate carcinoma screening on prostate carcinoma-related knowledge and distress. *Cancer* 2002;95:1037-44.
- 11 Gattellari M, Young JM, Ward J. GP and patient predictors of PSA screening in Australian general practice. *Fam Pract* 2003;20:294-303.
- 12 Bonneux L. De onredelijkheid van prostaatcarcinoomscherming en de ethische problemen met het onderzoek daarnaar. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149: 966-71.
- 13 Little B, Ho KJ, Gormley G, Young M. PSA testing in general practice. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2003;6:154-8.
- 14 Schröder FH, Denis LJ, Roobol M, Nelen V, Auvinen A, Tammela T, et al. The story of the European randomized study of screening for prostate cancer. *BJU Int* 2003;92:1-13.
- 15 Steyerberg EW, Roobol MJ, Kattan MW, Van der Kwast TH, De Koning HJ, Schroder FH. Prediction of indolent prostate cancer: validation and updating of a prognostic nomogram. *J Urol* 2007;177:107-12.
- 16 Sorum PC, Mullet E, Shim J, Bonnin-Scaon S, Chasseigne G, Cogneau J. Avoidance of anticipated regret: the ordering of prostate-specific tests. *Med Decis Making* 2004;24:149-59.

Klinische les

De verpleeghuisarts in consult: winst voor huisarts en patiënt

EF van Dam van Isselt, JMGA Schols, MLP Hageman

Inleiding

Nederland vergrijsst. Het aantal 65-plussers en chronisch zieken zal tussen nu en 2030 fors toenemen.¹ Naar verwachting zal het aantal zorgbehoevende ouderen eveneens sterk groeien. Het aantal verpleeghuisbedden houdt echter geen gelijke tred met deze trend. Ouderen met complexe problematiek die voorheen in het verpleeghuis werden opgenomen, zullen in toenemende mate langer in hun eigen woonomgeving blijven. De vraag dient zich aan wie voor deze ouderen de medische zorg zou moeten bieden en welke kwaliteit deze medische zorg moet hebben?

Auteursgegevens

Stichting Sutfene, Postbus 283, 7200 AG Zutphen: drs. E.F. van Dam van Isselt en drs. M.L.P. Hageman, verpleeghuisartsen; Departement Tranzo, Universiteit van Tilburg; tevens Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde: Universiteit Maastricht: prof. dr. J.M.G.A. Schols, verpleeghuisarts, hoogleraar chronische zorg.

Correspondentie: LvanDamvanIsselt@cs.com

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De verpleeghuisarts ontwikkelt zich inmiddels steeds meer tot een 'algemeen geriater' die de intramuraal opgebouwde expertise ook buiten de deuren van het verpleeghuis zou moeten kunnen toepassen. Toch komt het extramuraal werken van verpleeghuisartsen maar moeizaam van de grond.^{2,3} Huisarts en verpleeghuisarts werken nog (te) weinig samen en lijken zelfs van elkaar vreemd.²⁻⁴

De consultatiefunctie van de verpleeghuisarts is in onze ogen een goed vertrekpunt om de samenwerking tussen huisarts en verpleeghuisarts op het gebied van ouderenzorg meer vorm en inhoud te geven.

Hieronder beschrijven wij drie patiënten bij wie de huisarts de verpleeghuisarts in consult vroeg. Aan de hand van de geschetste casuïstiek laten wij de mogelijkheden van consultatie van de verpleeghuisarts zien.

De heer Van Wijnen

De heer Van Wijnen is een 86-jarige man die samen met zijn echtgenote in een gelijkvloers, niet-aangepast appartement woont. 's Nachts is hij al langere tijd erg onrustig. De huisarts vraagt