

In gesprek met ouderen

INLEIDING

Voor u zit mevrouw Van der Ven, een 78-jarige vrouw. Zij heeft een dag eerder in het ziekenhuis te horen gekregen dat zij baarmoederkanker heeft. Het behandelvoorstel bestaat uit chemotherapie om de tumor te verkleinen, gevolgd door een operatie. Patiënte komt vandaag op uw spreekuur omdat ze niet kan geloven wat haar is overkomen. Ze is ervan overtuigd dat ze niet lang meer te leven heeft en ze weet niet wat ze kan verwachten van de behandeling. Ze herinnert zich vaag dat de oncoloog haar van alles heeft verteld over mogelijke bijwerkingen van de chemotherapie en wat ze moet doen als zich bepaalde klachten voordoen, maar ze kan zich de details niet meer herinneren. De oncoloog heeft haar een folder meegegeven zodat ze 'alles nog eens kan nalezen', maar daarin staan zoveel verschillende soorten bijwerkingen en adviezen dat ze er geen wijs uit wordt.

U kent deze oncoloog als een bekwame, rustige man, die door jongere patiënten juist wordt geroemd om zijn duidelijke uitleg en omdat hij de tijd voor hen neemt. Hoe heeft het dan

kunnen gebeuren dat mevrouw Van der Ven nu zo onzeker en vertwijfeld voor u zit?

Mevrouw Van der Ven is niet de enige patiënt die weinig onthoudt van wat de arts haar heeft verteld. Recent onderzoek laat zien dat ouderen minder dan een kwart onthouden van de adviezen over ingrijpende behandelingen zoals chemotherapie.¹ In dit artikel gaan we in op de belangrijkste redenen en oplossingen.

KIJK OP ZIEK ZIJN

Mensen worden tot op steeds hogere leeftijd behandeld voor chronische en complexe aandoeningen zoals kanker, en hebben daardoor ook meer informatie nodig over die ziekten. De huisarts krijgt steeds vaker te maken met deze chronische patiënten,² en zeker de ouderen onder hen blijven voor hun informatie op hem aangewezen omdat zij minder vertrouwd zijn met andere informatiebronnen.³ Het geven van voorlichting aan oudere patiënten stelt wel specifieke eisen. Ouderen stellen zich in het algemeen minder proactief op in een consult, kunnen vaak niet op de juiste woorden komen, plannen minder goed wat ze willen gaan zeggen en onthouden allerlei feiten minder goed.³ Artsen, op hun beurt, stimuleren oudere patiënten minder dan jongere om actief aan het gesprek deel te nemen.^{4,5} Ook de attitude, zowel die van de patiënt als die van de arts, ten aanzien van ziekte en veroudering is van belang. De ouderen van nu zijn opgegroeid in een tijd waarin men over ziekten als kanker niet sprak, of slechts in bedekte termen. Nu er nieuwe behandelingen zijn, daalt de sterfte en wordt kanker steeds meer een chronische ziekte.⁶ Toch hebben veel ouderen nog steeds een pessimistisch beeld van de behandeling dan veel artsen. Dit kan het contact nadelig beïnvloeden en de voorlichting minder effectief maken. Daar staat tegenover dat ouderen soms juist beter met de emoties rondom een ernstige ziekte kunnen omgaan dan jongeren omdat zij in een andere levensfase verkeren en een ander toekomstperspectief hebben.⁷ Dit wil overigens niet zeggen dat

Samenvatting

Van Weert J, Jansen J, Van Dulmen S. In gesprek met ouderen. *Huisarts Wet* 2012;55(4):174-7.

De omgang met ouderen vergt speciale vaardigheden van de huisarts, al was het maar omdat zij vaker een chronische aandoening hebben of een complexe en emotioneel beladen ziekte zoals kanker. Met name oudere patiënten hebben vaak moeite om alle informatie en adviezen te bevatten die tijdens de vaak ingewikkelde en langdurige diagnose- en behandelingstrajecten over hen worden uitgestort. Dit artikel belicht een aantal leeftijdsgebonden factoren die een rol spelen en geeft praktische adviezen om een gesprek met oudere patiënten patiëntgericht en efficiënter te laten verlopen.

Ouderen hebben soms een verkeerd beeld van hun ziekte en door sensorische, functionele of cognitieve beperkingen kunnen ze de gegeven informatie ook vaak niet goed onthouden of begrijpen. Het is goed daar in het contact rekening mee te houden door informatie helder te structureren en 'bruggetjes' te maken tussen verschillende onderwerpen. Ook kan men de patiënt ter afronding van het gesprek de belangrijkste informatie laten herhalen. Zeker in het contact met ouderen is het van belang alert te zijn op specifieke zorgen, vragen en andere signalen van de patiënt en daarop door te vragen.

De kern

- Oudere patiënten hebben vaak moeite om bij chronische ziekten of bij een ernstige diagnose als kanker alle informatie die hun wordt verteld te verwerken.
- Houd in het gesprek rekening met sensorische of cognitieve problemen die het onthouden en verwerken van de gegeven informatie kunnen bemoeilijken.
- Geef helder gestructureerde informatie en laat de patiënt die aan het eind van het gesprek herhalen.
- Wees alert op signalen van de patiënt en vraag dóór op diens zorgen en vragen.
- Stimuleer dat de patiënt iemand meeneemt naar het gesprek, maar dring niet aan als de patiënt dat niet wil.

UvA, Amsterdam School of Communication Research, afdeling Communicatiewetenschap, Kloveniersburgwal 48, 1012 CX Amsterdam: dr. J.C.M. van Weert, universitair hoofddocent. University of Sydney, Sydney School of Public Health, Centre for Medical Psychology and Evidence Based Decision Making: dr. J. Jansen, post doctoral research fellow. NIVEL Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg/Radboud Universiteit Nijmegen, afdeling Eerstelijns geneeskunde: prof.dr. A.M. van Dulmen, psycholoog/onderzoeker • Correspondentie: s.vandulmen@nivel.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is gedeeltelijk gebaseerd op Van Weert JCM, Jansen J. Effectieve communicatie. In: ANM Wymenga, JWW Coebergh, HAAM Maas, HC Schouten, redactie. Handboek kanker bij ouderen. Utrecht: De Tijdstroom, 2011. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

ouderen minder behoefte zouden hebben aan steun en begeleiding bij het omgaan met die emoties.⁸ Empathie en emotionele steun zijn voor veel ouderen zelfs belangrijker dan voor jongeren.⁹ Emotionele activiteiten, zoals tijd doorbrengen met naasten, zijn voor ouderen in het algemeen belangrijker dan cognitieve doelen zoals het vergaren van kennis.¹⁰ Het is daarom in het contact met oudere patiënten extra belangrijk om hun begrip van, verwachtingen over en gevoelens met betrekking tot de ziekte te evalueren en te achterhalen wat vanuit hun perspectief het doel van de behandeling moet zijn, bijvoorbeeld kwaliteit van leven of levensverlenging.

INFORMATIEVERWERKING

Ieder ziekteproces confronteert de patiënt met veeleisende cognitieve taken, zoals het nemen van medische beslissingen en het onthouden van adviezen voor een juist gebruik van medicijnen en hulpmiddelen. Bij het ouder worden treden veranderingen op in het vermogen om (medische) informatie te verwerken die de therapietrouw en uiteindelijk de gezondheidsuitkomsten nadelig beïnvloeden.^{11,12} Vooral de zogeheten *effortful processes*, informatieverwerkingsprocessen die cognitieve inspanning kosten, verlopen minder soepel omdat daarbij mentale hulpmiddelen nodig zijn waarover de meeste ouderen steeds minder beschikken. Ten eerste verwerken ouderen informatie over het algemeen langzamer dan jongeren.¹³ Ten tweede neemt ook het werkgeheugen – de hoeveelheid informatie die een persoon tegelijkertijd bewust kan verwerken en opslaan – met de leeftijd af.¹⁴ Ten derde vermindert de inhibitie, de vaardigheid om irrelevante informatie te negeren.¹⁵ Dit alles maakt dat ouderen veelal minder goed in staat zijn om met ongestructureerde informatie om te gaan. Bij veel ouderen schiet het geheugen tekort voor het terughalen (*recall*) van medische informatie en adviezen – voor veel patiënten geldt: hoe ouder ze zijn, des te minder ze onthouden van de gegeven informatie.¹⁶ Daarbij moet overigens worden aangetekend dat niet alleen leeftijd maar ook andere factoren, zoals opleidingsniveau en intelligentie, een rol spelen bij het behoud van de geheugenfunctie en de snelheid van informatieverwerking.¹⁷

SENSORISCHE FUNCTIES

Naast de informatieverwerking zijn bij ouderen vaak ook de sensorische functies, zoals zien en horen, minder goed.^{18,19} De meeste 70-plussers hebben geen normale visus meer⁴ en van de 65-plussers heeft ongeveer eenderde hoorproblemen.²⁰ De verminderde sensorische functies bemoeilijken de communicatie niet alleen rechtstreeks, maar ook indirect omdat ze bijdragen aan de achteruitgang van de geheugenfunctie.^{17,21}

Houdt men als arts geen rekening met deze cognitieve en sensorische problemen, dan kunnen er gemakkelijk misverstanden ontstaan, verwarring bij de patiënt en verminderde therapietrouw.^{6,22} Dergelijke problemen kunnen ook een aanwijzing zijn voor functionele problemen of problemen met algemene dagelijkse levensverrichtingen, en bieden dus een



Foto: Joost van den Broek/Hollandse Hoogte

aanknopingspunt om deze bespreekbaar te maken en extra hulp en/of begeleiding aan te bieden aan de patiënt en diens omgeving.

AANWEZIGHEID VAN EEN NAASTE

Naarmate patiënten ouder worden, nemen ze vaker iemand mee naar een consult.²³ De aanwezigheid van een derde of zelfs vierde persoon verandert de dynamiek van het consult, ook wanneer de extra aanwezigen nauwelijks inbreng hebben. Niet alleen de patiënt zelf heeft immers bepaalde verwachtingen van het gesprek, maar ook diegenen die de patiënt vergezellen. Daarom is het van belang dat de arts in zo'n situatie niet alleen aandacht besteedt aan de gezichtspunten van de patiënt maar ook aan die van de andere aanwezigen.

De aanwezigheid van partner en/of kind(eren) kan de communicatie zowel negatief als positief beïnvloeden.⁶ Het is daarom van belang een goed beeld te krijgen van hun

Abstract

Van Weert J, Jansen J, Van Dulmen S. Talking to elderly patients. *Huisarts Wet* 2012;55(4):174-7. Consultations with elderly patients require special skills, if only because they more often have chronic illnesses and complex and emotionally charged diseases such as cancer. It is perhaps not surprising that particularly elderly patients have difficulty taking in all the information and advice they receive about the diagnosis and treatment. This article highlights a number of age-related factors that can have a role in this, and provides practical advice on how to make a consultation with an elderly patient more patient-oriented and more efficient. Elderly patients often have the wrong idea about their disease and frequently do not understand or remember the information they receive because of sensory, functional, or cognitive limitations. It is important to bear this in mind during the consultation, to provide information in a clear, structured manner, and to ensure that different topics are linked to each other. At the end of the consultation, it might be an idea to ask patients to repeat the most important information. When seeing elderly patients, it is particularly important to be alert to specific worries, questions, and other signals, and to raise these with the patient.

relatie met de patiënt: is hun aanwezigheid ondersteunend of staan zij de communicatie met de patiënt in de weg? Naasten kunnen behulpzaam zijn bij het verwerken van informatie, aangezien zij voor een deel andere dingen onthouden dan de patiënt. Onderzoek met audio- en video-opnames van medische consulten laat zien dat degene die het gesprek bijwoont informatie die is gegeven door de patiënt of de arts soms verheldert of aanvult, bijvoorbeeld door zelf vragen te stellen en de patiënt te stimuleren actief deel te nemen aan het gesprek.^{24,25} Wel blijken consulten langer te duren als er een derde bij aanwezig is,²³ en patiënten die alleen komen onthouden niet noodzakelijk minder dan patiënten die onder begeleiding komen.²⁶ Al met al moet men patiënten die graag iemand meenemen naar een consult zeker stimuleren om dit te doen, maar patiënten die liever alleen komen hoeven niet overgehaald te worden toch iemand mee te nemen.

PRAKTISCHE ADVIEZEN

Samenvattend vraagt communicatie met ouderen om specifieke vaardigheden, onder andere omdat veel ouderen minder informatie tegelijk kunnen bevatten, een trager tempo

van informatieverwerking hebben, meer moeite hebben met medisch taalgebruik, vaak sensorische en functionele problemen hebben en extra emotionele steun behoeven. Daarnaast moet men bij oudere patiënten altijd bedacht zijn op comorbiditeit en op polyfarmacie.⁵ Dit vergt veel van de arts, die niet alleen moet inschatten hoe de verschillende behandelingen en adviezen met elkaar interacteren, maar dat ook helder aan de patiënt moet overbrengen. Gezondheidsproblemen zoals chronische pijn, hart- en vaatziekten en diabetes kunnen bovendien gerelateerd zijn aan cognitieve problemen.^{27,28} Dit, en het feit dat voor kwetsbare patiënten het consult op zich al een enorme belasting kan zijn, kunnen de concentratie en het vermogen informatie op te nemen verder bemoeilijken. De tien tips [kader] dragen er hopelijk toe bij dat ook de communicatie met ouderen desondanks patiëntgericht en efficiënt verloopt.²⁹ Veel van deze handreikingen zijn ook toepasbaar op andere (kwetsbare) groepen, zoals verstandelijk gehandicapten of psychiatrische patiënten, die soms met vergelijkbare problematiek kampen. En nogmaals moet worden opgemerkt dat er een enorme variatie is binnen de groep ouderen,⁶ waardoor de chronologische leeftijd lang niet alles zegt over de biologische leeftijd.³⁰ ■

Tien tips voor de communicatie met ouderen

1. Elke patiënt is anders, en dat geldt ook voor oudere patiënten. Ga dus nergens van uit maar pas de communicatie aan aan de vaardigheden en beperkingen van de patiënt die voor u zit. Geef oudere patiënten extra tijd om hun zorgen te ventileren en te reageren op de informatie. Wees daarnaast voortdurend alert op signalen die duiden op zorgen of vragen, reageer hierop en vraag door.
2. Stimuleer patiënten om familie of vrienden bij wie zij zich prettig voelen mee te nemen naar het gesprek, maar respecteer het als de patiënt hier geen behoefte aan heeft.
3. Maak keuzes in wat u vertelt, geef duidelijk aan welke informatie voor deze specifieke patiënt het belangrijkste is, geef prioriteit aan praktische adviezen en vat de informatie samen. Check vooraf de informatiebehoefte van de patiënt, vraag bijvoorbeeld: 'Sommige mensen willen alles weten, anderen willen alleen de hoofdpunten weten. Wat voor iemand bent u?'
4. Structureer informatie, groepeer onderwerpen en maak 'bruggetjes' tussen verschillende onderwerpen. Introduceer bijvoorbeeld eerst een onderwerp als 'het hart', daarna 'bloeddruk' en ten slotte 'behandeling van hoge bloeddruk'.
5. Wees alert op sensorische problemen. Let goed op of de patiënt u verstaat en begrijpt, en probeer zoveel mogelijk te voorkomen dat patiënten worden afgeleid door de omgeving.
6. Praat langzaam en duidelijk, en vermijd medisch taalgebruik (vakjargon). Kijk de patiënt recht aan. Maak gevoelige onderwerpen iets algemener, bijvoorbeeld door te zeggen: 'Bij het ouder worden hebben veel mensen last van ...' of: 'Sommige mensen die deze medicijnen slikken, hebben last van ...'.
7. Stimuleer de patiënt en diens naaste(n) om vragen te stellen.
8. Stimuleer de patiënt en diens naaste(n) om aantekeningen te maken.
9. Combineer verschillende manieren van informatie geven (bijvoorbeeld mondelinge voorlichting en een folder) en verspreid de informatie over verschillende momenten.
10. Ga na of de patiënt heeft begrepen wat u hebt verteld en vraag voor de belangrijkste informatie of de patiënt deze in eigen woorden wil herhalen. Zeg bijvoorbeeld: 'Ik heb u veel informatie gegeven, voor mijzelf zou ik willen nagaan of ik dat goed gedaan heb. U gaat straks naar huis, wat vertelt u aan uw partner (kinderen)?'³¹

LITERATUUR

- 1 Jansen J, Van Weert J, Van der Meulen N, Van Dulmen S, Heeren Th, Bensing J. Recall in older cancer patients: Measuring memory for medical information. *Gerontologist* 2008;48:149-57.
- 2 Jabaaij L, Schellevis FG. Eerstelijnszorg voor patiënten met kanker. Zorg en verrichtingen bij patiënten met kanker in de eerste lijn: het Landelijke Informatie Netwerk Huisartsen. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding, 2010.
- 3 Sparks L, Turner MM. The impact of cognitive and emotive communication barriers on older adult message processing of cancer-related health information: New directions for research. In: L Sparks, HD O'Hair, CL Kreps, editors. *Cancer, communication and aging*. New York: Hampton Press, 2008.
- 4 Siminoff LA, Graham GC, Gordon NH. Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: disparities in information-giving and affective behaviors. *Patient Educ Couns* 2006;62:355-60.
- 5 De Vries M, Van Weert JCM, Jansen J, Lemmens VEPP, Maas HAAM. Step by step: The need to develop a clinical pathway for older cancer patients. *Eur J Cancer* 2007;43:2170-8.
- 6 Greene MG, Adelman RD. Physician-older patient communication about cancer. *Patient Educ Couns* 2003;50:55-60.
- 7 Tallarico M, Figueiredo M, Goodman M, Kreling B, Mandelblatt J. Psychosocial determinants and outcomes of chemotherapy in older women with breast cancer: What do we know? What do we need to know? *Cancer J* 2005;11:518-28.
- 8 Sparks L, O'Hair HD, Kreps CL, editors. *Cancer, communication and aging*. New York: Hampton Press, 2008.
- 9 Posma E, Van Weert JCM, Jansen J, Bensing JM. Educating older cancer patients: An evaluation through the eyes of patients and professionals. *BMC Nurs* 2009;8:1.
- 10 Carstensen LL, Isaacowitz DM, Charles ST. Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *Am Psychol* 1999;54:165-81.
- 11 Brown SC, Park DC. Theoretical models of cognitive aging and implications for translational research in medicine. *Gerontologist* 2003;43:57-67.
- 12 Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med* 2003;96:219-22.
- 13 Salthouse TA. The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychol Rev* 1996;103:403-28.
- 14 Park DC, Mayhorn CB. Remembering to take medications: The importance

- of non-memory variables. In: D Hermann, M Johnson, C McEcoy, C Hertzog, P Hertel, editors. Research on practical aspects of memory. Mahwah, NJ: Erlbaum, 1996.
- 15 Zacks R, Hasher L. Cognitive gerontology and attentional inhibition: A reply to Burke and McDowd. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997;52:274-83.
 - 16 Ley P. Memory for medical information. *Br J Soc Clin Psychol* 1979;18:245-56.
 - 17 Van Boxtel MPJ, Van Beijsterveldt CEM, Houx PJ, Anteunis LJC, Metsemakers JFM, Jolles J. Mild hearing impairment can reduce verbal memory performance in a healthy adult population. *J Clin Exp Neuropsychol* 2000;22:147-54.
 - 18 Baltes PB, Lindenberger U. Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: A new window to the study of cognitive aging? *Psychol Aging* 1997;12:12-20.
 - 19 Fozard JL. Vision and hearing in aging. In: JE Birren, WK Schaie, editors. *Handbook of the psychology of aging*. San Diego: Academic press, 1990.
 - 20 Keller BK, Morton JL, Thomas VS, Potter JE. The effect of visual and hearing impairments on functional status. *J Am Geriatr Soc* 1990;47:1319-25.
 - 21 Valentijn SA, Van Boxtel MP, Van Hooren SA, Bosman H, Beckers HJ, Ponds RW, et al. Change in sensory functioning predicts change in cognitive functioning: Results from a 6-year follow-up in the Maastricht aging study. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:374-80.
 - 22 Halter JB. The challenge of communicating health information to elderly patients: A view from geriatric medicine. In: DC Park, RW Morrel, K Shifren, editors. *Processing of medical information in aging patients: Cognitive and human factors perspectives*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 1999.
 - 23 Wolff JL, Roter DL. Family presence in routine medical visits: a meta-analytical review. *Soc Sci Med* 2011;72:823-31.
 - 24 Clayman ML, Roter D, Wissow LS, Bandeen-Roche K. Autonomy-related behaviors of patient companions and their effect on decision-making activity in geriatric primary care visits. *Soc Sci Med* 2005;60:1583-91.
 - 25 Ishikawa H, Roter DL, Yamazaki Y, Hashimoto H, Yano E. Patients' perceptions of visit companions' helpfulness during Japanese geriatric medical visits. *Patient Educ Couns* 2006;61:80-6.
 - 26 Jansen J, Van Weert J, Wijngaards-de Meij L, Van Dulmen S, Heeren T, Bensing J. The role of companions in aiding older cancer patients to recall medical information. *Psychooncology* 2010;19:170-9.
 - 27 Brown SC, Glass JM, Park DC. The relationship of pain and depression to cognitive function in rheumatoid arthritis patients. *Pain* 2002;96:279-84.
 - 28 Verhaeghen P, Borchelt M, Smith J. Relation between cardiovascular and metabolic disease and cognition in very old age: Cross-sectional and longitudinal findings from the Berlin Aging Study. *Health Psychol* 2003;22:559-69.
 - 29 National Institute on Aging. *Talking with your older patient: A clinician's handbook*. Bethesda: US Department of Health and Human Services, National Institute on Aging, 2008.
 - 30 Balducci L. Aging, frailty, and chemotherapy. *Cancer Control* 2007;14:7-12.
 - 31 Vessies TFM, Wiering J, Elsinga C, Van de Wiel H. Goed begrepen? Laat patiënt vertellen wat hij net te horen heeft gekregen. *Med Contact* 2008;63:1183-5.

Deze nascholing is een aflevering in de serie Communicatie.

Wegsnijden en altijd opsturen?

Buis PAJ. *The cutting edge of skin lesions in general practice and pathology* [Proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2011. 176 pagina's. ISBN 978-90-393-2152-2.

'Alles wat het waard is om weg te snijden, is de moeite waard om op te sturen'. Met dit adagium zijn veel artsen opgeleid. Er is echter discussie of dit altijd noodzakelijk is en de praktijk loopt soms anders. Buis heeft deze stelling in zijn promotieonderzoek nader onderzocht aan de hand van enquêtes en uitkomsten van pathologieonderzoek dat door de huisarts was aangevraagd.

PLUIS-NIET-PLUISGEVOEL

Huisartsen gaven aan ongeveer 60% van alles wat zij excideren op te sturen voor pathologieonderzoek, waarbij zij aankruisten naevi vaker in te sturen (80-100%). Zij laten zich hierbij vooral leiden door een 'pluis-niet-pluisgevoel'. Het aantal malen dat huisartsen verrast waren door een PA-uitslag had geen wezenlijke invloed op hun inzendinggedrag. Buis onderzocht vervolgens retrospectief de uitkomsten van 5105 pathologieonderzoeken die door de huisarts waren aangevraagd. Bij 1% van de laesies die klinisch als benigne waren ingeschat, werd een kwaadaardigheid gevonden. Hij bekeek dit nader

in een prospectief onderzoek, waarbij huisartsen op het aanvraagformulier moesten aangeven hoe zeker zij waren van de goed- of kwaadaardigheid van de laesie. Ook hier werden onverwachte maligniteiten gevonden: 1,5% van de klinisch 'zeker' benigne huidafwijkingen was toch kwaadaardig. Zoals te verwachten nam het percentage maligniteiten toe naarmate de klinische diagnose minder zeker was. Buis heeft niet in de huisartsenpraktijk zelf gekeken hoeveel excisies daadwerkelijk opgestuurd werden. Melanomen die door de huisarts waren weggehaald, waren minder vaak radicaal geëxideerd dan melanomen die door de tweede lijn waren ingestuurd. Dit is overigens weinig verrassend aangezien de klinische verdenking in de tweede lijn hoger is dan in de eerste lijn.

DERMATOSCOPIE

Verreweg de meeste laesies in de huisartsenpraktijk waren goedaardig. Niet alle huidafwijkingen hoeven dan ook weggehaald te worden. Buis denkt dat dermatoscopie ook in de huisartsenpraktijk een waardevolle aanvulling zou kunnen zijn om een meer accurate klinische diagnose te stellen en zo minder benigne vlekjes te excideren. Meer onderzoek is echter nodig om dermatoscopie in de eerste lijn te valideren. Buis adviseert in ieder geval om alle huidexcisies op te (blijven) sturen voor PA-onderzoek. ■

Linda Bröker

