

Besluitvorming bij dementie

Advance care planning met vertegenwoordigers

Drs. Neeltje P.C.A. Vermunt, arts - senior adviseur - Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), Den Haag
Prof. dr. Jos M.G.A. Schols, specialist ouderengeneeskunde - hoogleraar ouderengeneeskunde - Dept. of Family Medicine and Dept. Health Services Research, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Maastricht
Prof. dr. Frans R.J. Verhey, hoogleraar Ouderenpsychiatrie en Neuropsychiatrie - School for Mental Health and Neuroscience (MHeNS)/Alzheimer Centre Limburg/Maastricht Universitair Medisch Centrum, Maastricht

INLEIDING

Progressie van dementie leidt voor patiënten tot verlies van de benodigde competenties om volledig te kunnen participeren in de medische besluitvorming. Dat is een probleem, omdat afstemming met en toestemming van patiënten nodig is bij het nemen van medische besluiten. Door het opstellen van een schriftelijke wilsverklaring wordt geanticipeerd op dit verlies van competenties en zou de autonomie van de patiënt ook in de toekomst zoveel mogelijk gewaarborgd kunnen worden.¹

Een patiënt kan een schriftelijke wilsverklaring opstellen wanneer hij/zij nog wilsbekwaam is. Bij wilsonbekwaamheid inzake medische besluitvorming, treedt vervolgens een vertegenwoordiger in de plaats van de patiënt.² Met wilsbekwaamheid ter zake wordt bedoeld dat de beoordeling van wils(on)bekwaamheid gerelateerd moet worden aan een specifieke taak, bijvoorbeeld medische besluitvorming.² Bij het opstellen van een schriftelijke wilsverklaring wordt er aan behandelaars geadviseerd samen met vertegenwoordiger en patiënt globale doelstellingen vast te stellen en de grenzen van het medisch beleid vooraf te bepalen. Het is hierbij van belang onderscheid te maken tussen een palliatief en symptomatisch beleid²: bij een symptomatisch beleid is een levensverlengend neveneffect van medisch handelen ongewenst, en bij een palliatief beleid zijn zowel een levensbekortend als een levensverlengend effect van een behandeling niet bezwaarlijk.²

Advance care planning (ACP) is een methodiek waarmee de kwaliteit van medische besluitvorming kan worden verbeterd en beter kan worden gestructureerd.^{3,4} Klassieke ACP is een gestructureerd voorbereidingsproces van patiënt, behandelaar en vertegenwoordiger op toekomstige besluitvorming. De achtereenvolgende stappen betreffen: het informeren over de aandoening, gestructureerde discussies over mogelijke scenario's en interventievoorkeuren, documenteren van interventievoorkeuren, periodieke evaluatie en aanpassing van de gedocumenteerde voorkeuren en het toepassen van de vastgelegde behandelvoorkeuren.⁴

In sommige gevallen beschikt een patiënt evenwel niet meer over de benodigde vaardigheden voor ACP. Soms

SAMENVATTING

Progressie van dementie leidt voor patiënten tot verlies van de benodigde competenties om volledig te kunnen participeren in de medische besluitvorming. Bij wilsonbekwaamheid inzake medische besluitvorming treedt een vertegenwoordiger in de plaats van de patiënt. In sommige gevallen is een wilsverklaring beschikbaar.

Aan de hand van twee casus laten wij zien dat in de praktijk het medisch beleid kan afwijken van eerdere beleidsafspraken met vertegenwoordiger en/of schriftelijke wilsverklaringen van de patiënt. Deze discrepantie heeft mogelijk te maken met aspecten van structuur en helderheid van de besluitvorming, de rol van specialisten ouderengeneeskunde, zorgpersoneel en vertegenwoordigers.

'Advance care planning by proxy (=met vertegenwoordiger)', kan bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van de medische besluitvorming bij wilsonbekwaamheid ter zake. Bewustwording van de persoonlijke beleving en emoties van betrokkenen en verheldering van ieders verwachtingen en visie op dementie en haar behandelings(on)mogelijkheden is daarbij van belang.

zijn wilsverklaringen beschikbaar, maar zijn deze niet opgesteld in een gezamenlijk ACP-proces met een arts en de beoogd vertegenwoordiger. In een retrospectief dossieronderzoek gingen wij na hoe de medische besluitvorming is verlopen bij de eerste twintig patiënten die in 2005 werden opgenomen in een psycho-geriatrich verpleeghuis en selecteerden wij twee casus, die aanleiding gaven tot onderstaande vraagstelling. Het kalenderjaar werd willekeurig gekozen. Omwille van de privacy zijn de patiënt gegevens geanonimiseerd.

In dit artikel stellen we de vraag centraal welke factoren een rol kunnen spelen in de medische besluitvorming tot actief medisch handelen bij ter zake wilsonbekwame patiënten in aanwezigheid van een (negatieve) wilsverklaring of (terughoudend) standpunt van familie en doen wij een voorstel tot kwaliteitsverbetering van de medische besluitvorming bij een dementiesyndroom.

CASUS A

Patiënt A, een 89-jarige weduwnaar, werd opgenomen op een psychogeriatrische verpleeghuisafdeling van het zorgcentrum vanwege agitatie en decorumverlies bij vasculaire dementie. Patiënt had onder meer een uitgebreide cardiovasculaire voorgeschiedenis, waaronder een hemorragisch infarct van de linker hemisfeer met een sensorische afasie en hemianopsie rechts. Uit neuropsychologisch onderzoek kwamen ernstige cognitieve problemen naar voren.

Betrokkene had vijf maal tevoren zowel een euthanasieverklaring als een behandelverbodsverklaring van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE) ondertekend. De laatste versies van beide verklaringen dateerden van ongeveer twee jaar voor opname en waren toegevoegd aan het medisch dossier. ACP werd niet verricht in gezamenlijkheid met de beoogd vertegenwoordiger. De dochter van patiënt was aangewezen als zorgwaarnemer en zijn zoon als zaakwaarnemer. Tijdens het eerste multidisciplinair overleg (MDO) gaf zijn zorgwaarnemer aan 'dat deze [in het dossier niet nader gespecificeerde, NV] situatie niet gewenst zou zijn', waarbij verwezen werd naar de 'wilsbeschikkingen'. Er werden geen nadere afspraken over het te volgen beleid vastgelegd.

Drie maanden na opname werd naar aanleiding van persisterende diarree en klinische achteruitgang met de zorgwaarnemer afgesproken om de patiënt niet meer in te sturen en geen hypodermoclyse, sondevoeding, antibiotica of 'andere levensverlengende zaken' toe te passen. Er werd verwezen naar de afspraken in het eerste MDO en de door patiënt geuite doodswens. Drie maanden later werden bovenstaande beleidsafspraken nogmaals bevestigd tijdens het MDO.

De patiënt werd echter ondanks deze afspraken zowel in het tweede (twee maal), derde als in het vijfde verblijfsjaar antibiotisch behandeld. Er werd in het dossier geen melding gemaakt van een evaluatie van de eerder gemaakte beleidsafspraken voorafgaand aan het eerste voorschrift van antibiotica. Van de eerste twee voorschriften is ook geen overleg met de familie vastgelegd in het medisch dossier. Van de derde en laatste keer is gedocumenteerd dat overleg met de zorgwaarnemer heeft plaatsgevonden. Daarbij werd vermeld dat de zorgwaarnemer in het vervolg graag voorafgaand overleg wilde bij een eventuele start met antibiotica. Verder werd de patiënt in zijn derde opnamejaar geopereerd aan een heupfractuur en werd een decompensatio cordis behandeld met furosemide.

Begin vijfde opnamejaar werd na overleg met de dochter (zorgwaarnemer) een (de laatste) antibioticumkuur gestart vanwege een infectieus beeld zonder duidelijke focus. Ondanks deze behandeling ging de patiënt verder achteruit en werd in overleg met de zorgwaarnemer uiteindelijk overgegaan op een 'symptomatisch beleid'. Een maand later werd in het MDO besloten dat de patiënt niet meer uit bed ge-

haald zou worden vanwege zijn algehele achteruitgang. De patiënt was toen volledig zorgafhankelijk en reageerde nauwelijks nog op zijn omgeving. Er werd gestart met morfine vanwege dyspnoe en pijn op grond van een pneumonie. Patiënt overleed diezelfde maand.

CASUS B

Patiënt B, een 85-jarige weduwnaar, werd opgenomen op de psychogeriatrische revalidatieafdeling na een operatie vanwege een heupfractuur. Volgens zijn dochter, tevens zorgwaarnemer, was sinds een half jaar sprake van een duidelijke geestelijke en lichamelijke achteruitgang. De uitgebreide voorgeschiedenis vermeldde onder andere een myocardinfaarct, hypospadie, verblijfskatheter vanwege een retentieblaas bij een benigne prostaathypertrofie en nierfunctiestoornissen. De patiënt had geen wilsverklaring.

Bij opname vermeldde de verpleging in het zorgdossier dat de familie, onder wie de zorgwaarnemer, bij eventuele acute situaties geen 'levensrekkende middelen' of reanimatie wilde. Het voorblad van het medisch dossier vermeldde tevens 'levensrekkende handelingen niet gewenst', echter zonder datum. Wederom werd geen ACP toegepast.

Kort na opname kreeg de patiënt een cerebrovasculair accident (CVA). Tevens werd hij het eerste opnamejaar zes maal antibiotisch behandeld vanwege een urineweginfectie en eenmaal vanwege een geïnfecteerde decubituswond. Uit psychologisch onderzoek bleken ernstige cognitieve problemen en veranderingen van persoonlijkheid passende bij vasculaire dementie. Na acht maanden volgde overplaatsing naar een reguliere psychogeriatrische afdeling.

In de daaropvolgende drie opnamejaren werd de patiënt diverse malen behandeld door de uroloog. De patiënt werd behandeld met blaasspoelingen en tolterodine en onderging uiteindelijk een Trans-Urethrale Resectie Prostaat (TURP), waarbij een suspecte linkerkwab werd geconstateerd. Later gevolgd door het oprekken van de blaashals en de start van bicalutamide injecties vanwege urineretentieproblemen. In het vierde opnamejaar werd uiteindelijk een verblijfskatheter geplaatst vanwege recidiverende urineretenties.

Daarnaast werd patiënt in het tweede en derde opnamejaar in totaal zes maal antibiotisch behandeld. Patiënt kreeg bumetanide voorgeschreven vanwege hartfalen. De zorgwaarnemer woonde in het derde opnamejaar het halfjaarlijks MDO niet bij. Wel werd telefonisch overleg gevoerd over de urineretentieproblemen. Begin vierde opnamejaar werd tijdens het multidisciplinair overleg met de zorgwaarnemer afgesproken dat een controleafspraak bij de uroloog alleen zo nodig zou plaatsvinden.

In het derde kwartaal van het laatste opname jaar had de specialist ouderengeneeskunde een gesprek met dochter van patiënt vanwege acute achteruitgang door diarree en

dehydratie bij een urineweginfectie. Er werd afgesproken geen antibiotica, sonde of hypodermoclyse meer te starten en zijn medicatie te stoppen. Hierop volgde aanvankelijk herstel maar, toen de conditie van patiënt enkele weken later sterk achteruitging, werd in overleg met twee schoonzonen besloten het beleid verder te richten op comfort en morfine te starten; de dochter van patiënt en tevens zorgwaarnemer was hierbij afwezig omdat ze de situatie als te emotioneel belastend ervoer. Patiënt overleed de volgende dag.

DISCUSSIE

Met de presentatie van deze twee ziektegevallen laten wij zien hoe in de praktijk het medisch beleid waartoe uiteindelijk besloten wordt, kan afwijken van eerdere beleidsafspraken met vertegenwoordiger (beide casus) en van schriftelijke wilsverklaringen van de desbetreffende patiënt (casus A).

In onderstaande tekst beschrijven wij de factoren die kunnen bijdragen aan dit type discrepantie. We bespreken vervolgens de mogelijkheden en aandachtspunten van ACP met patiënt en vertegenwoordiger als mogelijkheid tot voorbereiding op toekomstige medische besluitvorming. Tevens stellen wij ACP (by proxy) voor als medisch besluitvormingsproces dat kan worden doorlopen met een vertegenwoordiger (= de proxy) bij een reeds ter zake wilsonbekwame patiënt.

De volgende factoren spelen mogelijk een rol in het suboptimale verloop van deze besluitvormingsprocessen.

STRUCTUUR EN HELDERHEID

Allereerst blijkt het besluitvormingsproces in beide casus niet optimaal gestructureerd te zijn verlopen. Doelen en consequenties van het afgesproken beleid dienen voor iedereen helder te zijn. In beide casus werden '(andere) levensverlengende zaken' niet nader uitgewerkt en werd wel actief behandeld. Het al dan niet gewenst zijn van mogelijk levensverlengende neveneffecten is echter een belangrijke overweging. Voordat wordt overgaan tot besluitvorming over de aard en de inzet van interventies, is het van belang te bespreken of eventuele levensverlenging als gevolg van de mogelijke interventies bezwaarlijk is. Daarnaast gaat het om gestructureerd en eenduidig vastleggen van afspraken en consequenties in het medisch- en zorgdossier. Ook gestructureerde evaluatie is van belang om te bepalen of afspraken nog actueel zijn en passend bij de situatie van de patiënt.²

ARTSEN EN ZORGPERSONEEL

Specialisten ouderengeneeskunde en zorgpersoneel proberen gedurende de hele opnameperiode samen met de vertegenwoordiger in te schatten wat medisch gezien aangewezen is en wat de ter zake wilsonbekwame patiënt zelf gewild zou hebben in de actuele behandelingsituatie onder de dan geldende omstandigheden.⁵

Medisch inhoudelijk is echter niet altijd duidelijk welke interventies positief bijdragen aan de kwaliteit van leven van patiënten met gevorderde dementie.⁶ Wat betreft de veronderstelde wens van de patiënt, kan een wilsverklaring fungeren als aanwijzing.² Een negatieve wilsverklaring dient in principe gerespecteerd te worden.² In casus A gebeurde dit echter niet consequent. Gezien enkele casus van euthanasie bij dementerende patiënten en de actuele maatschappelijke discussie daarover dient ook een schriftelijk euthanasieverzoek grondig te worden afgewogen.⁷ De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft inmiddels een werkgroep ingesteld om tot een handreiking te komen om gegeven de huidige wet en regelgeving duidelijkheid te bieden op dit punt.⁸

In eerder kwalitatief onderzoek bleken artsen meer gewicht te geven aan het emotionele groeiproces van de familie en aan de actuele conditie en geïnterpreteerde kwaliteit van leven van de patiënt, dan aan eerdere schriftelijke beleidsafspraken of eventuele wilsverklaringen.⁵ Schriftelijke beleidsafspraken werden in de communicatie met familie en ten behoeve van dienstdoende vervangende artsen vooral als zinvol gezien ter referentie.⁵

Het wisselende en inconsequente zorgbeleid bij beide casus was mogelijk deels gericht op het vinden van aansluiting bij de inherente dynamiek van het ziekteproces, bij de veronderstelde wens van de patiënt en bij het emotionele groeiproces van de familie. Symptoomverlichting is geen goede verklaring voor het verloop, aangezien van de meeste interventies een levensverlengend effect te verwachten viel. Dit was echter in principe onwenselijk in beide casus gezien de wilsverklaringen (casus A) en beleidsafspraken met de vertegenwoordigers (beide casus).

VERTEGENWOORDIGING

Indien een patiënt wilsonbekwaam ter zake is, treedt een vertegenwoordiger in de plaats van de patiënt.² Deze geeft een plaatsvervangend oordeel, gebaseerd op een reconstructie van de wil van de patiënt.^{9,10} 'Denken zoals de patiënt' is echter moeilijk.^{10,11} Niet iedere vertegenwoordiger bezit de capaciteiten om zich voldoende in te leven in de waarden, levensovertuigingen en eerdere wilsuitingen, en hierin een zorgvuldige afweging te maken.⁹ De vertegenwoordiger handelt vaak in overeenstemming met eigen gevoelens en emoties,¹¹ of er spelen eigen belangen een rol.^{9,11}

Het vertegenwoordigerschap kan ook fors emotioneel belastend zijn.^{3,9} Niet zelden veroorzaakt plaatsing in een verpleeghuis bij familieleden schuldgevoel en verdriet. Vanwege de ervaren emotionele last, kan de vertegenwoordiger zich gaan beperken tot vertegenwoordiging op het niveau van de dagelijkse dingen.³ Er is onvoldoende informatie voorhanden om te bepalen in welke mate deze factoren ook van toepassing waren op beide casus.

ADVANCE CARE PLANNING (BY PROXY)

ACP kan bijdragen aan verhoging van kwaliteit van medische besluitvorming en deze beter structureren.^{3,4} Patiënten moeten echter wel kunnen en willen nadenken over mogelijke scenario's en toekomstige behandelvoorkeuren. Daarbij is het vooraf overzien van alle mogelijke scenario's moeilijk.¹² Ook kan twijfel ontstaan over de toepasbaarheid van een eerder aangegeven voorkeur in een actuele situatie.^{10,12} Verder zijn patiënten die wilsonbekwaam inzake medische besluitvorming zijn wel in interactie met hun omgeving. In de praktijk kan een situatie ontstaan waarbij er sprake is van een discrepantie van actueel geuite wensen en eerdere wilsverklaringen.¹

ACP gaat verder dan het inbrengen van een wilsverklaring. Het gaat om het zo goed mogelijk voorbereiden van alle betrokkenen op moeilijke besluiten voordat een daadwerkelijke crisis zich voordoet.¹³ Door primair waarden en behandeldoelen centraal te stellen naast voorkeuren in specifieke scenario's sluit ACP beter aan bij de behoeften van de patiënt.¹² Daarnaast vergroot het documenteren van procesmatige voorkeuren, zoals de gewenste mate van invloed van de vertegenwoordiger en de gewenste interpretatieruimte in gegeven voorkeuren de controle van de patiënt op het toekomstig besluitvormingsproces.¹²

De NHG-standaard 'Dementie'¹⁴ raadt de huisarts aan de patiënt te attenderen op het opstellen van een wilsverklaring in een zo vroeg mogelijk stadium van de aandoening. De auteurs benadrukken echter het belang van ACP met patiënt en vertegenwoordiger door de huisarts. Bij voorkeur wordt dit proces namelijk gestart in een vroeg stadium van de ziekte bij een nog wilsonbekwaam ter zake patiënt.

Mocht een patiënt reeds of gedurende het proces wilsonbekwaam ter zake geworden zijn, dan is een proces van 'Advance care planning by proxy' een goede mogelijkheid. Dit is een proces van ACP, dat primair doorlopen kan worden met de vertegenwoordiger van een ter zake wilsonbekwame patiënt door de huisarts of de inmiddels betrokken specialist ouderengeneeskunde.¹⁵

Bij psychogeriatrische patiënten op een verpleeghuisafdeling is 'ACP by proxy' vaak nog de enige mogelijkheid omdat patiënten reeds bij opname ter zake wilsonbekwaam zijn, of omdat dit voorbereidingsproces op besluitvorming vaak laat begonnen wordt. Het is belangrijk dat de specialist ouderengeneeskunde dan contact opneemt met de huisarts over het voortraject.

'ACP by proxy' is gericht op het samen met de vertegenwoordiger expliciteren van waarden, voorkeuren, doelen en eventuele wilsverklaringen van de patiënt en deze te gebruiken als leidraad voor discussie en besluitvorming.¹⁵ Daarnaast is het van belang te streven naar bewustwording van de persoonlijke beleving en emoties van betrokkenen en naar verheldering van ieders verwachtingen en visie op dementie en haar behandelings(mogelijkheden).

Dit proces van 'ACP by proxy' richt zich dus op explicitering en bewustwording bij arts en vertegenwoordiger. Dit draagt bij aan een zo gefundeerd en zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces.

CONCLUSIE

'Advance care planning' kan bijdragen aan kwaliteitsverbetering van de medische besluitvorming bij een dementiesyndroom. Bij reeds bestaande wilsonbekwaamheid ter zake is 'advance care planning by proxy' een goede optie. Aanvullend onderzoek is noodzakelijk om deze stellingen verder te onderbouwen.

VERANTWOORDINGSNOTEN

Het onderzoek waarop deze bijdrage is gebaseerd is financieel en organisatorisch mede mogelijk gemaakt door Thebe woonzorgcentra.

Mw. drs. T.C.M. Nieuwlands, medisch manager Thebe Breda, en dhr. drs. C.J.G. Theeuwes, voormalig Manager Behandeling, hebben algemene ondersteuning verleend. Mw. Nieuwlands heeft het laatste concept ook becommentarieerd.

LITERATUUR

1. Boer ME de, Hertogh CPM den, Dröes R-M, Jonker C, Eefsting JA. *Advance directives in dementia: issues of validity and effectiveness. International Psychogeriatrics* 2010; 22:201-208.
2. AVVV, NVVA, *Sting. Begrippen en zorgvuldigheidseisen met betrekking tot de besluitvorming rond het levenseinde in de verpleeghuiszorg.* AVVV, NVVA, *Sting*, 2006. ISBN-10: 90-807332-7-X; ISBN-13: 978-90-807332-7-5.
3. Forbes S, Bern-Klug M, Gessert Ch. *End-of-Life Decision Making for Nursing Home Residents with Dementia. Journal of Nursing Scholarship* 2000;32:251-258.
4. Emmanuel LL, Gunten ChF von, Ferris FD. *Advance Care Planning. Arch Fam Med* 2000;9:1181-1187.
5. The BAM, Pasman HRW, Onwuteaka-Philipsen BD, Ribbe MW, Wal G van der. *Afzien van kunstmatige toediening van voeding en vocht bij psychogeriatrische patiënten in het verpleeghuis; een kwalitatief onderzoek door participerende observatie. Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147:705-708.
6. Hertogh CPM den. *Advance care planning and the relevance of a palliative care approach in dementia. Age and Ageing* 2006;35:553-555.
7. Eeffing M. *Voor het eerst in Nederland euthanasie op zwaar dementerende patiënte. Volkskrant.nl*, november 9 2011.
8. <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2013/05/16/gesprek-euthanasie-bij-dementie%5B2%5D.html>
9. Westendorp GW, Delden JJM van. *'Vader zou dit nooit gewild hebben' Plaatsvervangende oordelen van naasten over de behandeling van wilsonbekwame patiënten. Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153:254-257.
10. Lang F, Quill T. *Making Decisions with Families at the End of Life. Am Fam Physician* 2004;70:719-723.

11. Pasman HRW, The BAM, Onwuteaka-Philipsen BD, Ribbe MW, Wal G van der. Participants in the decision making on artificial nutrition and hydration to demented nursing home patients: A qualitative study. *Journal of Aging Studies* 2004;18:321-335.
12. Ayers Hawkins N, Ditto PH, Danks, JH, Smucker WD. Micromanaging Death: Process Preferences, Values, and Goals in End-of-Life Medical Decision Making. *The Gerontologist* 2005;45:107-117.
13. Steen J van der. Dying with Dementia: What We Know after More than a Decade of Research. *Journal of Alzheimer's Disease* 2010; 22:37-55.
14. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG standaard Dementie. Utrecht: Nederlands Huisartsengenootschap, 2012.
15. Volicer L, Cantor MD, Derse AR, Murray Edwards D, Prudhomme AM, Rasinsky Gregory DC, et al. Advance Care Planning by Proxy for Residents of Long-Term Care Facilities Who Lack Decision-Making Capacity. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:761-767.

Correspondentieadres
np.vermunt@rvz.net

Handboek diagnostische verrichtingen in de huisartsenpraktijk

Jos Konings



Redactie: C.J. in 't Veld,
A.N. Goudswaard,
R.F. Dijkstra
Prelum uitgevers, NHG,
Houten, Utrecht 2012
Aantal pagina's: 449
ISBN: 978 90 8562 117 1
Prijs: € 125,00
Aantal sterren: 4/4

Na het afnemen van de anamnese wordt in de regel besloten of lichamelijk en zo nodig verder aanvullend onderzoek noodzakelijk is. Daarbij is het van belang te bekijken welke diagnostische verrichtingen aangewezen zijn, hoe die moeten worden uitgevoerd en vervolgens hoe de uitslagen geïnterpreteerd moeten worden. Aan dit handboek ligt deze opzet en werkwijze ten grondslag.

Ruim 60 auteurs met specifieke deskundigheid hebben hun bijdrage geleverd aan dit fraai uitgevoerde boek. De diagnostische verrichtingen zijn ingedeeld volgens de International Classification of Primary Care. Het boek bevat 77 afzonderlijke hoofdstukken, waarin volgens bovenbeschreven opzet allerlei onderzoeksverrichtingen en methodieken behandeld worden. Van het meten van de Body Mass Index, CRP-sneltest, visusonderzoek, otoscopie, bloeddrukmeting, D-dimeersneltesten, onderzoek naar natriuretische peptiden tot onderzoek van het bewegingsapparaat en de symptomen van dementie en depressie. Ook echografie in de huisartspraktijk, spirometrie en dermatoscopie komen aan bod. Inzicht verhogende illustraties als tekeningen, foto's, figuren en tabellen dragen bij aan het gebruiksgemak. Dit boek hoort dan ook thuis in de boekenkast van de specialist ouderengeneeskunde.

Jos Konings
jwpm.konings@hilverzorg.nl