

**Redactiecommissie**

Dr. F.J. Meijman, voorzitter
 Dr. N.P. van Duijn
 M. Hugenholtz, arts
 Prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen
 Dr. J.W.M. Muris
 Dr. B. Terluin

Eindredactie

Drs. E.A. Hofmans/MediTekst
 Postbus 15598
 1001 NB Amsterdam
 Telefoon (020) 4232131
 Fax (020) 4232059

Redactiesecretariaat

Mevrouw C. Bakker-Bosman
 Lomanlaan 103,
 3526 XD Utrecht
 Postbus 3231, 3502 GD Utrecht
 Telefoon (030) 2881700
 Fax (030) 2870668

Nederlands Huisartsen**Genootschap**

Lomanlaan 103,
 3526 XD Utrecht
 Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
 Telefoon (030) 2881700
 Fax (030) 2870668

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu Van Loghum bv,
 Postbus 246, 3990 GA Houten
 Telefoon (030) 6395763
 Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie. Inzenden aan de uitgeverij.

Abonnementen

Intermedia bv, Postbus 4,
 2400 MA Alphen a/d Rijn
 Telefoon (0172) 466811
 Binnenland NLG 174,50 per jaar.
 België BEF 3.951 per jaar. Overig buitenland NLG 261,75 per jaar. Studenten NLG 99,50 per jaar. Losse nummers NLG 18,-.
 Huisarts en Wetenschap verschijnt 13 x per jaar.
 Opzeggingen dienen ten minste twee maanden voor de aanvang van een kalenderjaar te worden gericht aan Intermedia bv.

Adreswijzigingen

NHG-leden aan het NHG-bureau; overige abonnees aan Intermedia bv.

Druk

Verweij bv, Mijdrecht.



Lid van de Nederlandse Organisatie van Tijdschrift-Uitgevers NOTU.

ISSN 0018-7070

Kinderen die niet vragen worden overgeslagen

Wat kan of moet de huisarts doen voor kinderen met psychische of sociale problemen? In een artikel over kindermishandeling schrijft jeugdarts *Rensen* dat 'een kind in de verdrukking dat zich niet kan verdedigen appelleert aan de verantwoordelijkheid en bescherming van ouderen'.¹ Veel huisartsen zullen het gevoel hebben dat een deel van die verantwoordelijkheid op hun schouders ligt. Aan de andere kant blijkt het in de praktijk vaak erg moeilijk, een bevredigende oplossing te vinden voor kinderen met ernstige problemen.

In dit nummer van *Huisarts en Wetenschap* wordt een begin gemaakt met een serie casusbeschrijvingen waarin uiteenlopende psychosociale problemen bij kinderen worden bekeken vanuit het gezichtsveld van de huisarts.² Daarbij zal worden ingegaan op de grens tussen normaal en abnormaal gedrag, het natuurlijk beloop van bepaalde problematiek, de mogelijkheden van de huisarts zelf en de mogelijkheden van verwijzing. In dit commentaar gaan wij in op enkele algemene en fundamentele problemen die de huisarts op dit gebied kan tegenkomen.

Een gemiddelde huisarts heeft zo'n 500 kinderen onder zijn hoede. Hij is hun huisarts, hoewel zij zich niet zelf als patiënt bij hem hebben aangemeld. Ook als zij op het spreekuur komen, is dat meestal niet op eigen initiatief. Een ander probleem dan een duidelijke lichamelijke klacht zullen ze niet vaak uit eigen beweging naar voren brengen. En zijn er forse problemen op het psychosociale vlak, dan komen de ouders er meestal zonder kind over praten.

Foets et al. constateerden, op grond van cijfers uit de Nationale Studie, dat kinderen met psychische problemen niet vaker bij de huisarts komen dan andere kinderen. Tijdens de drie maanden durende registratie werd bij ruim 1 procent van de kinderen een 'psychische of sociale' diagnose gesteld, terwijl bij 4 procent aan een psychische of sociale achtergrond van de klacht werd gedacht. Uit vragenlijstonderzoek in dezelfde populatie bleek dat een aanzienlijk deel van de psychische problematiek bij kinderen noch door de ouders noch door de huisarts was herkend.³ Dit laatste fenomeen doet zich overigens ook voor bij soortgelijk onderzoek bij volwassenen.

In een Britse studie bleek dat 29 procent van de kinderen van 7-12 jaar die de huisarts

vaak ($\geq 4x$ per jaar) bezochten, een psychiatrische stoornis had.⁴ Dit was twee keer zoveel als bij alle kinderen van die leeftijdscategorie in de onderzochte praktijken.

Of al die problemen ook door de huisarts opgespoord en behandeld moeten worden, staat nog te bezien, maar het is wel duidelijk dat een deel van de kinderen met problemen niet gehoord wordt, wanneer dat wel zou moeten.

Wat te doen voor kinderen met ouders met ernstige psychopathologie, of met kinderen die door andere oorzaken verwaarloosd dreigen te worden maar zelf nooit op ons spreekuur verschijnen? Waar begint de verantwoordelijkheid van de huisarts voor kinderen uit zijn praktijk en waar houdt die op? Is een klachtgerichte benadering voldoende of moet er actiever worden opgetreden, wanneer wel problemen worden vermoed maar een expliciete hulpvraag ontbreekt?

Op het consultatiebureau voor zuigelingen en peuters, dus vóór de schoolgaande leeftijd, liggen de verantwoordelijkheden duidelijk. De wijkverpleegkundige en de consultatiebureau-arts – vaak de eigen huisarts – zijn aangesteld voor het signaleren en interveniëren als een kind in zijn ontwikkeling wordt bedreigd. Hier is geen sprake van een klachtgerichte benadering, maar van een signalerende, op kind en ontwikkeling gerichte procedure. Risicogezinnen worden gevolgd met extra huisbezoeken en extra aandacht.

Bij de overdracht aan de schoolarts wordt

IN DIT NUMMER

Kinderen die niet vragen worden overgeslagen	141
Uitvoerbaarheid en klinische betekenis van diagnostiek bij het dementiesyndroom in de thuissituatie	144
Prognostiek van lage-rugpijn. Een secundaire analyse	151
Veertig jaar Balintwerk in Nederland	155
Vallen van ouderen: een valkuil?	158
Kind in de knel	162
NHG-Standaard Angststoornissen	167
Ingezonden	176
Forum	177
Aankondigingen	180
Agenda	180
NHG-katern	181

deze aanpak verlaten. Ook bij een actieve benadering door de schoolartsdienst blijft het netwerk rond probleemgezinnen of gezinnen met een nieuw probleem te grofmazig. Huisbezoeken door schoolarts of schoolverpleegkundige zijn ongebruikelijk en de meeste aandacht gaat naar de somatische ontwikkeling en op zijn best naar het niet gedijen op school.

Als op school gemerkt wordt dat het niet goed gaat met een kind, hebben leerkrachten meestal niet de gewoonte te overleggen met de huisarts; omgekeerd zal de huisarts zelden of nooit contact opnemen met de school. Dat is jammer, want huisarts en leerkracht verkeren in dezelfde positie. Noch de huisarts noch de leerkracht kunnen de deur sluiten voor de neus van het kind, dit in tegenstelling tot alle andere instanties die zich bezighouden met kinderproblemen. Ook de school wacht vaak tot de situatie zo ernstig is, dat een melding aan het Bureau Vertrouwensartsen nog de enige mogelijkheid lijkt. Komen er verontwaardigende geluiden uit de buurt of van familie, dan heeft de huisarts geen natuurlijke manieren om hierop in te gaan. Er is immers geen vraag om hulp, vaak juist *doordat* het om een probleemgezin gaat.

Soms trekken huisartsen de stoute schoenen aan en confronteren zij ouders met de vermoede bedreiging voor het kind, maar dat is een glibberig pad. Soms hebben we geluk, als de ouders zelf komen met gedragsproblemen van hun kind of zelfs opvoedingsproblemen. Dat lijkt een ideale situatie, maar methoden om de problemen te analyseren ontbreken. Alleen de hobbyist op dit gebied gaat er dan eens goed voor zitten; de rest voelt zich ongemakkelijk en incompetent.

Er is weinig huisartsgeneeskundig onderzoek gedaan naar psychosociale problematiek bij kinderen. Wel zijn er tal van aanbevelingen met betrekking tot de benodigde vaardigheden en het beleid bij deze kinderen. Zo wordt een open, uitnodigende en primair op het kind gerichte houding geadviseerd.¹ Eigenschappen als eerlijkheid, acceptatie en empathie zijn van belang, evenals de vaardigheden om concreet te blijven, actief door te vragen en te kunnen confronteren.¹ Huisartsen dienen 'naast de gebruikelijke hulpverleningstaken de gezondheid, groei en ontwikkeling van de jeugdigen te bewaken'.⁵ Zij moeten zorgen voor een goede eerste opvang en begeleiding en een juiste doorverwijzing.⁶ Ze moeten overleggen met collega's en deskundigen uit andere disciplines en de voortgang van overleg en behandeling kritisch blijven volgen.^{7,8} Huisartsen moeten snel handelen als het nodig is en aandacht, tijd en rust bieden tijdens de verdere begeleiding.⁹ Huisartsen moeten kinderen beschermen tegen overmatige geneeskundige aandacht.⁹ Maar ze moeten ook alert zijn op kindermishandeling en seksueel geweld.

Er moet extra aandacht worden besteed aan de kinderen van psychiatrische ouders¹⁰ en aan de kinderen die frequent het spreekuur bezoeken,⁴ om diegenen op te sporen die psychologische behandeling nodig hebben.

Dit is nog maar een greep uit de aanbevelingen over dit onderwerp. Ongetwijfeld zijn het allemaal nuttige en goed bedoelde adviezen, maar het geschetste dilemma wordt er niet door opgelost. Want *wanneer* de huisarts deze aandacht moet besteden en signalerend te werk moet gaan, wordt niet duidelijk. Kinderen in de leeftijdsgroep van 5-14 jaar bezoeken gemiddeld maar 1 à 2 keer per jaar de huisarts.⁹

Maar ook als er wel een hulpvraag is en behandeling gewenst is, stuit de huisarts geregeld op moeilijkheden. Hoe valt een juiste verwijzing te realiseren, wanneer de juiste hulp niet aanwezig is of geen tijd heeft? De jeugdafdelingen van veel Riagg's zijn overvol en onderbemand. Zij kampen bovendien met een moeilijke cliëntengroep, waarbij boosheid, ontevredenheid over hulpverleners en non-compliance veel voorkomen. Het is daarom niet verwonderlijk als Riagg-medewerkers een zekere ongevoeligheid hebben voor commentaar van ouders en verwijzers, als ze er al tijd voor hebben. Desondanks, op het gevaar af deze collega's te zeer af te vallen, moet gezegd worden dat er wel wat valt aan te merken op hun werkwijze. Formele diagnostische methoden, een gedifferentieerde aanpak, bereikbaarheid en continuïteit van zorg lijken ontwikkelingen die volledig aan sommige Riagg's voorbij zijn gegaan. De belangrijkste kritiek betreft de cultuur: organisatiegericht in plaats van probleemgericht. Hierdoor moeten niet-gemotiveerde ouders van kinderen in de knel het wel erg bont maken om hulpverlening te krijgen – een paradoxale situatie.

De kinderpsychiatrische poliklinieken hebben meer diagnostische en therapeutische middelen in huis, maar ook deze instellingen hebben wachtlijsten en patiëntstops, of zij beperken zich tot een bepaalde regio. Om het voor de huisarts die een kind met psychiatrische problemen wil verwijzen nog moeilijker te maken, weten deze psychiatrische poliklinieken niet van elkaar welk intakebeleid ze hanteren. Zo kan het voorkomen dat een huisarts bij de drie dichtstbijzijnde kinderpsychiatrische poli's nul op het rekest krijgt, en nog steeds niet weet waar hij dan wel moet zijn.

Het één na laatste adres, vóór de Raad voor de Kinderbescherming, is het Bureau Vertrouwensartsen. Deze deur staat altijd open, maar daarachter is het ook dringen. De bezorgde overheid wil dit oplossen door het creëren van nieuwe samenwerkingsverbanden en nieuwe stichtingen, maar het is de vraag of het capaciteitsprobleem daardoor beïnvloed zal worden.

Helaas is het binnen de jeugdhulpverlening geen usance om de huisartsen van de jeugdige cliëntèle schriftelijk op de hoogte te houden van bevindingen, plannen en beloop van de behandeling. Ook de naam van de hulpverlener of een doorverwijzing naar een andere instantie worden vaak niet aan de huisarts bekend gemaakt. Er is een wirwar van instanties waar kinderen terecht kunnen komen. De behoefte aan nadere informatie over de behandeling van een bepaald kind kan tot een tijdrovende telefonische zoektocht leiden, lopend van Riagg, Jeugd en Gezin, kinderspsychiatrische polikliniek, onderwijsbegeleidingsdienst tot vrijgevestigde kinderspsychologen, orthopedagogen en kindersfysiotherapeuten. De cliënten van de laatste groepen vormen overigens nog het minste probleem, want hun ouders hebben kennelijk een hulpvraag waarvoor ze zelf hulp zoeken en waarvoor ze graag zelf betalen.

Hoe moet het verder met deze problematiek?

Allereerst ligt er een taak voor de jeugdhulpverlening zelf om de huidige gang van zaken kritisch te bekijken. Het klinkt misschien nostalgisch, maar wij missen de oude SPV-er Jeugd die trouw zijn probleemgezinnen thuis bezoekt, structureert en ondersteunt. Het opnieuw ontwikkelen van bepaalde vormen van 'bemoeizorg' door de jeugdhulpverlening lijkt van belang. Een dergelijk soort zorg behoort echter niet bij de taken van de huisarts, die daar overigens ook niet voor geëquipeerd is. Wel heeft de huisarts – zoals bij veel problematische situaties die op zijn weg komen maar niet medisch zijn – bij kinderen met problemen de taak om de hulpverlening op gang te brengen. Als andere, meer geëigende vangnetten lek, klein of dichtgevouwen zijn, dan hebben wij noodgedwongen ook een coördinerende taak.

Dat betekent dat de huisarts op zijn minst alle relevante informatie over probleemkinderen moet binnenkrijgen van de behandelende instanties. Het regelmatig rapporteren dient ook binnen de jeugdhulpverlening als minimumkwaliteitseis te worden aangemerkt. Of deze coördinerende rol ook des huisarts is, als de jeugdhulpverlening wél goed werkt, zou op de agenda van de beroepsorganisaties geplaatst kunnen worden. Dat is echter een onderwerp dat nauwelijks in de belangstelling staat in de huisartsenwereld en het moet afleggen tegen meer modieuze onderwerpen als cara en diabeteszorg (waarmee het overigens gemeen heeft dat bijtijds aanpakken waarschijnlijk ernstiger schade kan voorkomen).

Een tweede belangrijk punt is de ontwikkeling van duidelijke regionale verwijskanalen. Meer aandacht voor de mogelijkheid tot consultatie is op zijn plaats. Een vroeger contact tussen de eerste en tweede lijn heeft als voordeel dat enerzijds soms een behandelplan voor de huisarts kan worden ontwikkeld, en anderzijds ernstige aandoeeningen sneller de juiste specialistische zorg krijgen.¹¹

Ten derde moeten er stappen worden gezet om een betere hulpverlening door huisartsen mogelijk te maken. Een NHG-Standaard Bedreigde Kinderen is wellicht niet gemakkelijk te realiseren, maar meer nascholing over dit onderwerp is wel zeer gewenst. *Bowman* pleit voor de ontwikkeling van korte, effectieve interventies die geschikt zijn voor de eerstelijnszorg.⁴ Ook voor Nederlandse huisartsen en kinderen is onderzoek naar een dergelijke aanpak van groot belang.

Zolang de verwijskanalen insufficiënt, verstopt, te duur of eenvoudig afwezig zijn, zolang ligt de verantwoordelijkheid voor kinderleed ook bij de huisarts. Signaleren en steunen is dan het minste wat we kunnen doen. We staan met betrekkelijk lege handen, want veel bruikbare kennis over alarmsignalen, diagnostiek en interventies is er niet. Coördineren en drammen bij hulpverleningsinstanties is wat ons rest.

Leuk is het allemaal niet, maar die kinderen zonder hulpvraag hebben er ook niet om gevraagd.

Nico P. van Duijn
Marjolijn Hugenholtz

- 1 Rensen HBH. Kindermishandeling, isolement in de spiraal van onmacht en geweld. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 12-4.
- 2 Neomagus G. Kind in de knel. *Huisarts Wet* 1997; 40(4): 161-5.
- 3 Foets M, Cuperus J, Spreeuwenberg P, et al. Weinig herkenning van psychische problemen bij kinderen door ouders en huisartsen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996; 140: 1907-12.
- 4 Bowman FM, Garralda ME. Psychiatric morbidity among children who are frequent attenders in general practice. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 6-9.
- 5 Basistakenpakket van de huisarts. LHV Vademecum. Utrecht: LHV, 1987.
- 6 Ter Braak EM. Seksueel geweld waargenomen in de huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 2467-71.
- 7 Verhulst FC. Seksueel misbruik van kinderen: de noodzaak van medische bemoeienis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 2453-6.
- 8 Jonker- de Putter CK. Seksueel misbruik van kinderen: hulpverlening door de huisarts aan personen die sexueel misbruikt zijn of worden en aan hun omgeving. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 2449-52.
- 9 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 10 Sohler RC, Swinkels MLW. Kinderen van ouders met psychiatrische problemen. *Tijdschr Huisartsgeneesk* 1995; 12: 79-82.
- 11 Williams R. Psychiatric morbidity in children and adolescents: a suitable cause for concern. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 3-4.