

LOVAH-Congres 'Het leven in één dag' Over de huisarts en levensloopgeneeskunde

Na het succesvolle jubileumcongres van twee jaar geleden had de LOVAH de smaak te pakken. Voor de tweede maal organiseerde de vereniging een congres voor de Nederlandse aios Huisartsgeneeskunde. Met als uitgangspunt de levensloopgeneeskunde – volgens velen de enige juiste term voor het tegenwoordige vak van de huisarts – werd de patiënt in vele workshops gevolgd van de wieg tot het graf. In de praktijk vat een aantal workshops en lezingen voor u samen.

Van jong tot oud

De Nederlandse aios lieten zich niet door het prachtige weer tegenhouden; maar liefst achthonderd van hen woonden het LOVAH-Congres bij. Bovendien waren dertig aios uit twintig landen uitgenodigd; speciaal voor hen werden enkele workshops in het Engels gehouden. Een van de activiteiten van de LOVAH is dan ook de Werkgroep Europese Samenwerking, waarover al diverse malen in het *NHG-nieuws* verslag is gedaan.

Teun van der Wijst, LOVAH-voorzitter, loopt in zijn openingspraatje de betrokkenheid van de huisarts bij de levensfasen van de patiënt langs.

- Kinderen: wat is bij hen nog de taak van de huisarts, naast de kinderartsen en consultatiebureaus?
- Volwassenen: die zijn doorgaans zeer gezond en het werk van de huisarts lijkt bij hen vooral preventief te zijn.
- Ouderen: bij hen is vaak sprake van vele klachten en kwalen en zij hebben dan ook intensieve zorg nodig. De huisarts heeft daarbij de regie.

Al deze levensfasen krijgen aandacht tijdens het dagprogramma.

Workshop 'Omgang met de seksuele gezondheid'

Erectieproblemen komen heel vaak voor en mannen hebben daar ook veel last van. Ze durven er echter veelal niet over te praten met hun huisarts, terwijl ze aangeven dat ze dat wel zouden willen. Een actieve opstelling van de huisarts zou door hen dus op prijs worden gesteld. Het blijkt dat partners vaak niet of nauwelijks met elkaar praten over hun seksuele problemen. Daar ligt dus een kans voor de huisarts: hen met elkaar aan het praten te krijgen.

Bij seksuele problemen is voor de huisarts het volgende van belang:

- ▶ diagnosticeer niet te snel, want het gaat heel vaak om iets anders dan het aanvankelijk lijkt;
- ▶ plan een extra consult in, liefst in aanwezigheid van de partner (die wil echter vaak niet meekomen, zo blijkt, en dat is 'een gemiste kans');
- ▶ zorg dat je elkaar begrijpt (vroeger werd zelfs gepropageerd dat de huisarts dezelfde woorden zou gebruiken als de patiënt, maar dat leidt tot ongemakkelijke communicatie).

In een casusbeschrijving maken de aios kennis met een 38-jarige vrouw die al jaren tobt met recidiverende vaginale infecties en nu

Plenaire lezing 'Maar kindje toch!'

Dr. Hans van der Wouden (Erasmus Universiteit) geeft de aios gelegenheid om met behulp van stemmachientjes te reageren. Op de vraag of de huisarts een rol heeft in de zorg voor kinderen antwoordt 92,9 procent positief. Terecht, meent Van der Wouden, want de huisarts ziet vijftien maal per jaar een kind met psychische problematiek (inclusief leerproblemen en enuresis), en overgewicht bij kinderen is 'een groeiend probleem'. Zijn tweede vraag aan de aios

is of de huisarts iets moet doen met overgewicht bij kinderen. Dat wordt positief beantwoord door 93,5 procent.

Van der Wouden memoreert aan een onderzoek van aiotho Hanneke Otters over de gevolgen van overgewicht bij kinderen. Er bleek bij hen sprake van veel meer gezondheidsklachten (variërend van moeheid tot luchtwegaandoeningen), maar ook op talloze andere probleemgebieden scoren deze kinderen hoger (van sociaal tot psychisch). Er zijn nog maar weinig effectieve interventies om overgewicht bij kinderen aan te pakken, maar het voorkómen van overgewicht is wel effectief.

Plenaire lezing 'What is the GP's role in preventive medicine?'

De Israëlische professor M. Weingarten is duidelijk geen voorstander van al te veel preventieve taken voor de huisarts. Vals-positieve



klaagt over plaatselijke pijn bij de coïtus. Ze gaat al jaren zoveel mogelijk de seksuele omgang met haar echtgenoot uit de weg. De zaal weet de diagnose: focale vulvitis (pijn niet diep, veelal op 6 uur, touchtest positief). Vroeger werd het pijnlijke plekje vaak operatief verwijderd, maar dat bleek geen goede oplossing: littekenvorming leidde tot nieuwe problemen en bovendien kwam de pijn vaak terug. Wat dan wel?

- ▶ Geef allereerst een absoluut coïtusverbod voor langere tijd (op geleide van de pijn). Als tampongebruik ook pijnlijk is, dan ook dit vermijden.
- ▶ Geef vervolgens in een consult met beide partners uitleg over de oorzaak en de (grote!) recidiefkansen. Reik ook andere mogelijkheden aan voor vrijen: oraal, manueel, masturbatie. Vaak als de partners hiermee gaan experimenteren, krijgen ze ook weer plezier in seks.

Niet zelden wordt met deze aanpak – waar beide partners dus echt in moeten investeren – niet alleen bereikt dat de pijnklachten verdwijnen, maar ook dat er blijvend meer plezier wordt beleefd aan seks.

Workshop 'Jeugdige "delinquenten" bij de huisarts'

Jaarlijks komen zo'n 65.000 jongeren tussen 12 en 17 jaar met de politie in aanraking (55.000 jongens; 10.000 meisjes); bij circa 15.000 jongeren komt het tot een veroordeling. Omdat '12-minners' niet strafrechtelijk kunnen worden vervolgd, zijn cijfers over hun crimineel gedrag onbekend. Onder allochtone jongeren komt ruwweg 2,5 keer vaker crimineel gedrag voor dan onder autochtone leeftijdsgenoten.

Onder de algemene bevolking heeft 10 tot 15 procent een gedragsstoornis, maar bij de kinderen in jeugdgevangenissen is dit bijna 90 procent. Hier spelen 'kindfactoren' een rol (waaronder lichamelijke oorzaken), maar ook omgevingsfactoren; en deze versterken elkaar onderling.

Recentelijk is onderzoek gedaan onder 350 zeer jeugdige delinquenten. Hun gemiddelde leeftijd was ruim 10 jaar; het merendeel woonde in sterk verstedelijkt gebied en het betrof 87,1 procent jongens en 54 procent allochtonen. Onder hen werden zeer veel gedragsstoornissen gevonden, met op de eerste plaats ADHD. Aangezien ADHD gepaard gaat met heel veel comorbiditeit (50 procent heeft ook een andere gedragsstoornis), verdient deze groep alle aandacht. In de algemene bevolking heeft 1,5 tot 5 procent van de kinderen ADHD; bij jongens komt het 3,5 keer vaker voor dan bij meisjes.

Wat betekent dit nu voor de huisarts? Allereerst is het goed te beseffen dat als gedragsstoornissen bij kinderen niet adequaat worden behandeld, de prognose in 80 procent van de gevallen ongunstig is (verslaving, criminaliteit). Het is dus belangrijk dat de huisarts de klachten van ouders over het gedrag van hun kinderen serieus neemt. Een aantal diagnostische vragen kunnen meer duidelijkheid

testresultaten, onterechte veiligheidsgevoelens, de vaak geringe effectiviteit en het onterecht behandelen van mensen met wie uiteindelijk niets aan de hand blijkt, zijn slechts enkele van zijn bezwaren. Hij vindt preventie paternalistisch ('Ik zal jou wel even vertellen wat goed voor jou is') en arrogant (met als voorbeeld een Deense boektitel 'Een gezonde vrouw geeft een gezonde bevolking'). Bovenal is Weingarten van mening dat de dokter er is voor de behandeling van ziekten en: 'Alle tijd die je besteedt aan gezonde mensen, gaat ten koste van je tijd voor de zieken.'

Nadat hij een fors aantal argumenten tegen preventie met cijfers en feiten heeft gestaafd, gaat Weingarten de discussie met de zaal aan. Desgevraagd blijkt slechts één aanwezige het volledig eens te zijn met Weingarten, en ook weer één aios is het volledig met hem oneens. Kennelijk houden de aanwezigen van 'grijstinten', zoals ook blijkt uit de nuancerende vragen die zij voorleggen aan Weingarten. Deze besluit met zijn visie op de primaire taak van de huisarts: 'Je moet aan de zijde van de patiënt blijven staan, zelfs als je medisch-technisch niet veel voor hem kunt doen. De patiënt zelf bepaalt of hij al dan niet ziek is, en dat doet hij aan de hand van wat hij voelt. De (veranderende) maatschappelijke inzichten horen daar geen invloed op te hebben.' Ook vindt Weingarten dat de patiënt mondig genoeg is om zelf beslissingen te nemen over diens gezondheid. 'Zeg

verschaffen, bijvoorbeeld:

- ▶ schoolprestaties (een laag IQ en leesachterstand zijn risicofactoren);
- ▶ verloop (antisociaal/agressief gedrag vanaf zeer prille leeftijd is bijna altijd persistent; ontstaat het in de adolescentie dan gaat het op volwassen leeftijd bijna altijd over);
- ▶ verschil in gedrag op school/thuis/tijdens hobby's en (indien de ouders gescheiden zijn) bij de andere partner;
- ▶ gedrag van en met vriendjes;
- ▶ eventuele gedragsproblematiek bij de ouders (tijdens hun jeugd).

Uiteraard is de observatie van het kind in de spreekkamer vaak veelzeggend. Verder is lichamelijk onderzoek aangewezen op blauwe plekken en littekens (mishandeling) en dysmorphieën (syndroom). Een somatische oorzaak kan worden uitgesloten via aanvullend lab-onderzoek. Tot slot kan informatie worden opgevraagd bij eerdere hulpverleners en eventueel bij de school.

Als er inderdaad sprake is van een of meer gedragsstoornissen bij het kind, dan is de huisarts vaak de spil in de zorg. Daarbij kan worden verwezen naar en samengewerkt met (de begeleidingsdienst van) de school, het Bureau Jeugdzorg of de jeugd-ggz. Lastig is dat de 'behandeling' moet worden gericht op het kind én het gezin. De ervaring leert dat als een kind uit huis wordt geplaatst het gedrag veelal verbetert, maar zodra het kind terugkeert in het eigen gezin zonder dat daar iets is veranderd, komt het probleemgedrag heel snel weer terug. Via Bureau Jeugdzorg kan een getrainde gezinsbegeleidster worden ingeschakeld.

bijvoorbeeld: "Dit medicijn heeft 70 procent kans dat het werkt en dit en dat zijn de bijwerkingen. Wilt u het innemen?" Als je je patiënt dit soort keuzes voorlegt, maakt dat je geen slechte huisarts!"

Plenaire lezing 'De huisarts pakt de regie'

Dr. Jacobijn Gussekloo gaat in haar slotlezing in op 'de derde levensfase', ofwel de huisartsenzorg voor de oudste ouderen. 'De vergrijzing... dat schijnt allemaal heel vreselijk te zijn!' En inderdaad, de contactfrequentie neemt toe van ouderen met complexe problematiek. 'Maar er zijn ook veel gezonde ouderen die gewoon langskomen met een kleine kwaal.' Het probleem ligt echter bij de multimorbiditeit, want dan kunnen de NHG-Standaarden niet zomaar worden gevolgd. Onderzoek naar multimorbiditeit ontbreekt vrijwel en ook is er bijna geen onderzoek naar 'losse' ziekten bij ouderen.

Maar als er onderzoek wordt gedaan onder de zeer ouderen, levert dat soms heel verrassende resultaten op. Zo had in een onderzoek 39 procent van de 85-jarigen last van hoge bloeddruk, maar dat bleek niet zo erg... Bij deze leeftijdsgroep lagen de laagste sterftecijfers bij de hoogste bloeddruk, en vice versa. Dit is gecontroleerd en nog eens gecontroleerd, en die cijfers klopten echt! Dit terwijl bij 75-jarigen de bevindingen – geheel naar verwachting – nog omgekeerd zijn. En niet alleen is bij 85-jarigen een lage bloeddruk een sterfte-

Workshop 'Communicatie met kinderen; de dokter je beste vriend?'

Deze workshop begint met enkele casussen waaruit blijkt hoeveel wijsheid kinderen met een ernstige ziekte kunnen hebben over hun leven, hun omgeving en over de ziekte zelf. Maar ook bij minder ernstige aandoeningen onderschatten we kinderen vaak, zo blijkt uit onderzoek. Niet alleen begrijpen ze meer van medische zaken dan we denken, ook heeft een direct op het kind gerichte communicatie een positieve invloed op het genezingsproces, de therapietrouw en de patiënttevredenheid.

Maar hoe gaat dat in de praktijk?

- ▶ Slechts 13 procent van de 'beurten' zijn gericht op het kind.
- ▶ In 50 procent van de gevallen neemt de ouder de communicatie van het kind over.
- ▶ Waar in het begin van het consult veelal de vragen nog aan het

kind worden gesteld, wordt slechts 5 procent van de medische adviezen aan het einde van het consult tot het kind gericht.

Hoe kan de huisarts hierin verandering brengen?

- ▶ Maak meteen aan het begin van het consult duidelijk dat de inbreng van het kind op prijs wordt gesteld.
- ▶ Moedig tijdens het consult de inbreng van het kind aan; spreek het aan op diens niveau.
- ▶ Sluit het consult af met het kind te vragen of het alles heeft begrepen.

Ouders hebben vaak de neiging om in te grijpen: 'Als ik het maar begrijp, weet ik wat er met mijn kind moet gebeuren.' Maar met bovenstaande tips wordt het de ouders duidelijk dat de inbreng van het kind van belang is.

Workshop 'Adipositas bij kinderen: En ik, en ik en ik... ik ben te dik'

In Nederland neemt overgewicht bij kinderen snel toe. Met name op zeer lage leeftijd (twee jaar) worden al erg veel te dikke kinderen gezien, en dat geeft problemen op latere leeftijd. Soms liggen er culturele verschillen aan ten grondslag. In Turkije wordt bijvoorbeeld een dik kind gezien als bewijs van een 'goede moeder'. Ook wordt daar meer suiker in voedsel gebruikt, en dergelijke gewoonten worden meegenomen.

Overall ontstaan activiteiten om het probleem tegen te gaan, want: 'Het kan alleen als we het samen doen.' Dus zijn er initiatieven van de overheid, ouders, gezondheidszorg en school. Zelfs de industrie werkt mee, tot verbazing van een van de aios: 'Is dat soms omdat te dikke mensen korter leven en dus uiteindelijk minder consumeren?' Tot dusver hebben de strategieën om kinderen te laten afvallen maar weinig effect. Er wordt dan ook naarstig gezocht naar een evidence based interventiestrategie, want: 'We kunnen niet afwachten. Elk jaar neemt overgewicht bij kinderen met 1 procent toe.'

Enkele dingen zijn al wel duidelijk:

- ▶ stimuleer borstvoeding (het merendeel van de ouders blijkt bij flesvoeding een extra schepje melkpoeder in de fles te doen);
- ▶ beperk frisdranken, tv-kijken en computeren (met name de

combinatie daarvan is moordend...);

- ▶ stimuleer ontbijten (betere schoolprestaties en geen run naar de snacks om 11 uur).

De eerste aanpak van overgewicht bij kinderen is toch een poging tot leefstijlverandering. Operatief ingrijpen (maagverkleining) kan pas vanaf 14 jaar. Dit gaat de aanwezige aios wel wat ver, maar: 'We zullen bij "morbid obesity" (BMI >35) wel moeten, want de gezondheidsrisico's zijn dan echt enorm.'

De grootste problemen die de huisarts bij de aanpak tegenkomt zijn:

- ▶ weerstand bij de ouders ('mijn kind is niet te dik');
- ▶ familiale obesitas (dan is het overgewicht 'normaal');
- ▶ gebrek aan motivatie bij ouders;
- ▶ tijdsinvestering in meerdere consulten.

Het succespercentage van interventies door de huisarts is onbekend, maar duidelijk is wel dat voorkomen makkelijker is dan genezen. En ook is duidelijk dat aanpak van dit probleem een lange adem zal vergen, maar: 'Bij roken is de boodschap uiteindelijk overgekomen en ook hierbij zal dat op den zeer lange duur wel lukken.'

voorspeller, ook verder is deze 'schadelijk' voor het lijf: de 85-jarigen met een hoge bloeddruk hadden minder hart- en vaatziekten, minder nierfunctieverlies en zelfs minder afname van de cognitieve functies. Kennelijk draaien allerlei processen om als je de 85-jarige leeftijd bereikt, want ook een verlaagde schildklierfunctie lijkt de levensduur dan te verlengen.

Bij de zorg voor ouderen dreigt versnippering en juist bij complexe problematiek is samenhangende zorg essentieel. Het ligt voor de hand dat de huisarts de regie gaat voeren (getuige ook het NHG-Standpunt over dit onderwerp). Dat vergt van de huisarts een

proactieve houding om vroegtijdig problematiek te signaleren en ook moet men beseffen dat een consultduur van tien minuten niet voldoende is bij complexe materie. Het is volgens Gussekloo echter zeer de moeite waard om hierin te investeren. Ze staat dit met gegevens uit een onderzoek in diverse landen, waarbij mensen met een rapportcijfer hun eigen kwaliteit van leven konden waarderen. In veel landen bleef dit rapportcijfer met het vorderen van de leeftijd gelijk; in sommige landen nam de waardering voor de kwaliteit van leven zelfs toe naarmate men ouder werd. Nederland was een van de weinige landen waar het rapportcijfer afnam met de leeftijd. Hier kan dus nog wel wat worden verbeterd...

Ans Stalenhoef, eindredacteur In de praktijk

