

'Huisartsen zien de vrouwen met de grootste gezondheidsrisico's heel vaak'

Afgelopen zomer promoveerde Hedwig Vos op haar proefschrift *Risk factors in women's health in different stages of life*. In een interview vertelt zij over haar onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Steeds nieuwsgieriger

Vos kreeg pas aan het einde van de huisartsopleiding belangstelling om te gaan promoveren; hoe is dat zo gekomen? 'In de opleiding was er vooral aandacht voor de medisch-inhoudelijke kant van het vak en ik werd steeds nieuwsgieriger of alle informatie die we kregen wel wetenschappelijk was onderzocht. Maar ik was nog niet meteen toe aan het zelf opzetten van een onderzoek. Tijdens een symposium nodigde Toine Lagro-Janssen me uit om eens over een promotieonderzoek te komen praten. Zij vroeg vervolgens François Schellevis erbij, die betrokken was bij de Tweede Nationale Studie en me toegang gaf tot heel veel

gegevens.' Aldus begon Vos aan haar onderzoek, geheel in eigen tijd uitgevoerd en slechts voor een klein deel gefinancierd door de VNVA.

Rokende mannen en vrouwen

Vrouwen bezoeken de huisarts vaker dan mannen, reden voor Vos om te kijken of het zinvol is om bij preventie rekening te houden met gender. Ze onderzocht daartoe de risicofactoren in drie leeftijdsgroepen die zo min mogelijk interfereren met leeftijdsgebonden huisartsenbezoek: jong (18-22 jaar, voordat zich eventuele zwangerschapsproblematiek voordoet), middelbaar (45-49 jaar, voor de menopauze) en ouder (70-74 jaar, voordat ernstige ouderdomsklachten optreden). Vos: 'Van alle onderzochte risicofactoren maakte gender alleen bij roken verschil uit: rokende vrouwen bezoeken de huisarts significant vaker dan niet-rokende en andersom bezoeken rokende mannen de huisarts juist minder vaak dan niet-rokende.'

Heeft Vos enig idee waarom dit zo is? 'Ik denk dat er meerdere redenen zijn. Het is patroonmatig dat mannen met een hoog gezondheidsrisico niet snel naar de huisarts gaan en vrouwen juist wel. Maar ook verschillen de redenen om te roken: vrouwen doen dat meestal uit stress en mannen vanwege de gezelligheid. Het is voor vrouwen bovendien moeilijker om te stoppen met roken, vaak uit angst om aan te komen. Maar misschien zijn rokende mannen ook gewoon minder vaak ziek dan vrouwen. Hoe dan ook, roken vormt de belangrijkste risicofactor waar je als huisarts iets aan kunt doen. Bij de overige risicofactoren kwamen niet veel genderverschillen naar voren, maar omdat roken zo'n belangrijk gezondheidsprobleem is, was daar goed mee te leven.'

Preventie en roken

'Omdat rokende vrouwen de huisarts zo frequent consulteren, zie je dus de groep met de hoogste gezondheidsrisico's heel vaak', vervolgt Vos. 'Daar kun je dus goed je preventie op richten. Dat kan al door alleen iets over het roken te zeggen: zo'n 5% van de patiënten probeert te stoppen als de huisarts dat

aankaart. Zoiets kost weinig tijd en heeft best wat succes. Natuurlijk is er meer effect als je ook motiverende gespreksvoering toepast, maar dat kost veel meer tijd. En je kunt dat niet zomaar doorschuiven naar praktijkondersteuners, want ook hun agenda's lopen vol. Zelf wil ik het liefst het ijzer smeden als het heet is, dus ik begin meteen over stoppen met roken als er een aangrijppingspunt is tijdens het consult.'

Weten die vrouwen dan zelf niet dat bepaalde klachten voortvloeien uit het roken? Vos: 'Ik denk dat er meer klachten zijn gerelateerd aan roken dan we denken en zeker dan die vrouwen weten. Andersom kunnen klachten juist de reden zijn om te roken, bijvoorbeeld een depressie. Dan is het dus een confounder. Het zou leuk zijn om daar eens onderzoek naar te doen.'

Verschillen in gedrag en kosten

Mannen hebben veel meer risicofactoren dan vrouwen, komen minder vaak bij de huisarts en overlijden vroeger. Dat zet ze in veel opzichten op achterstand. Vos: 'Het is een interessante vraag of mannen langer zouden leven als ze vaker naar de huisarts gingen. Ze worden vrijwel altijd door iemand naar de huisarts gestuurd en je ziet soms zelfs vrouwen hun man letterlijk aan de arm mee naar binnen slepen. Mannen die getrouwd zijn leven dan ook langer; bij vrouwen is dat verschil kleiner.'

Vos vervolgt: 'Hier is nóg iets interessants aan de hand. Vrouwen gaan dus vaker naar de huisarts en vrijwel alle ziekten komen vaker bij vrouwen voor. Maar alleen in de "tussenleeftijd" zijn de zorgkosten bij vrouwen hoger en dat is goeddeels logisch vanwege preconceptie en zwangerschap. Op jonge en op hogere leeftijd zijn echter de zorgkosten bij mannen hoger; bij oudere mannen zelfs gemiddeld duizend euro per jaar. Ik was erg verrast toen ik dat onlangs las.'

Heeft Vos daar misschien een verklaring voor? 'Nee, het enige wat ik kan verzinnen is dat mannen eerder naar een cardioloog worden doorverwezen en blijkbaar krijgen ze duurdere behandelingen. Maar ik heb er geen gegevens over.'



Bereidheid tot preventie

Vos onderzocht onder meer de bereidheid van huisartsen om preventie te implementeren. ‘Oorspronkelijk wilden huisartsen daar niet aan; in 2000 schoot de LHV-ledenvergadering *Preventie: Maatwerk!* nog af. Maar de griepvaccinatie werd heel snel doorgevoerd in de huisartsenpraktijk. Voor een deel kwam dat door de inhoud ervan, maar vooral doordat er een tarief voor kwam. Een goede financiering is dus belangrijk, maar dat geldt ook voor de onderbouwing. De NHG-Standaard *Het Preventieconsult* is bijvoorbeeld uitgebracht met een “disclaimer” dat de evidence nog moest komen. Dat moet dan ook wel gebeuren! Daar wordt nu dus onderzoek naar gedaan.’

In 2008 was onderzocht hoe huisartsen stonden tegenover preventie conform de standaard *Het preventieconsult module cardiometabool risico* en Vos herhaalde dit in 2011. ‘Hoewel er nu meer actieve preventie plaatsvindt, is de – overigens hoge – preventiebereidheid onder huisartsen iets afgenomen. Ik denk dat dit komt door het volle bord van huisartsen en die zullen ook niet erg gretig worden zolang de zorgverzekeraars er geen vergoeding tegenoverstellen. Het gaat immers om een forse logistieke operatie: patiënten selecteren, brieven opstellen en versturen, consulten plannen, herinneringen sturen, telefoontjes plegen. En als daar een zeker succes van preventie tegenover stond, zouden huisartsen het desondanks wel uitvoeren, maar die evidence ontbreekt heel vaak.’

Matchende soortgenoten

Ook heeft Vos bekeken of er verschillen zijn in preventiebereidheid tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen. ‘Meer mannelijke huisartsen doen aan preventie dan vrouwelijke, maar dan heb ik het over het actief uitnodigen van patiënten. Vrouwelijke huisartsen pakken het waarschijnlijk vaker op als zich iets aandient tijdens het consult; dat zou ook hun langere consultduur verklaren. Er is namelijk ook nog sprake van arts/patiënt-genderconcordantie: mannelijke patiënten komen niet uit

zichzelf naar de huisarts en moeten dus worden uitgenodigd; mannelijke huisartsen nodigen meer uit. En vrouwelijke patiënten komen vaker naar de huisarts terwijl vrouwelijke huisartsen meer aan preventie doen tijdens het consult. Ik vond het grappig om te zien dat het tussen “soortgenoten” gemakkelijker matcht.’

Preventie door de jaren heen

Vos heeft bij de drie onderzochte leeftijdsgroepen gekeken of er geschikte aangrijpingsmomenten zijn voor preventie. ‘Bij jonge vrouwen is dat lastig; die wanen zich nog onschendbaar en we zagen bij hen weinig samenhang tussen de ervaren gezondheid en risicogedrag. Het is bij hen dus minder zinvol om tijdens het consult risico’s aan te pakken; dat kan beter via onderwijs, ouders of de sportclub.’

En hoe zit dat met premenopauzale vrouwen? ‘Er is bij hen een duidelijke relatie tussen een lage SES en risico’s op hart- en vaatziekten en osteoporose. Maar vrouwen uit alle SES-lagen bezoeken hun huisarts even vaak, dus is de huisartsenpraktijk een goede plek voor preventie. Dat begint dan met het opstellen van een risicoprofiel, waarbij goed moet worden gekeken naar een aantal aspecten. Zo geeft een doorgevoerde zwangerschapsvergiftiging een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, net als een vroege overgang en opvliegers. En een polycysteus ovariumsyndroom geeft daarnaast nog een verhoogd risico op diabetes. In de standaard is daarover maar weinig opgenomen, maar momenteel wordt wel gewerkt aan een transmurale afspraak.’

Bij oudere vrouwen richt de preventie zich veeleer op de kwaliteit van leven. Vos onderzocht hiertoe de relatie tussen de ervaren gezondheid en multimorbiditeit en dan vooral of er aandoeningen zijn met een extra negatief effect. ‘Vooral de combinatie van aandoeningen met ernstige hoofdpijn of rugpijn bleken de ervaren gezondheid negatief te beïnvloeden en beide soorten pijnklachten komen vaak voor bij oudere vrouwen. Het is dus goed om daar aandacht voor te hebben. Maar ook

is bij deze groep een proactieve medicatiebeoordeling geïndiceerd: wat slikt de patiënt nou precies en is dat wel goed? Daarbij moet er meer oog komen voor wat de patiënt zelf belangrijk vindt, in plaats van steeds datgene aan te pakken wat we als arts het ernstigst vinden. Want wij artsen accepteren heel veel lijden als de dood maar wordt uitgesteld, maar patiënten denken daar vaak volkomen anders over.’

Contactmomenten voor preventie

Vos zet desgevraagd nog wat tips voor huisartsen op een rijtje: ‘Voor preventie bij vrouwen zijn enkele goede contactmomenten aan te wijzen. Dat begint bij meisjes met een anticonceptievraag: kaart dan roken en soa aan. Bij het preventieconsult werken interventies het best: vrijwel elk stel heeft minstens één risicofactor, en ook dan moet het gesprek gaan over roken maar bovendien over alcohol, foliumzuur, et cetera. Tijdens de zwangerschap zelf kun je de gerelateerde problematiek bespreken: zwangerschap als “stresstest” voor het lichaam. Bij de screening op baarmoederhalskanker kunnen roken, soa en incontinentie ter sprake komen. Rond de menopauze, maar zeker bij opvliegers, is het goed om een cardiovasculair risicoprofiel op te stellen; als er dan ook nog een combinatie is met een doorgevoerde zwangerschapsvergiftiging is alertheid geboden! En bij oudere vrouwen is er tot slot het gesprek over polyfarmacie bij multimorbiditeit.’

Na de promotie

‘Ik had zo gehoopt op een zwart gat, maar dat is niet gekomen’, lacht Vos bij de vraag naar ‘rust’ na haar promotie. ‘De praktijk loopt natuurlijk gewoon door, en ik ben ook nog bestuurlijk actief. Zo ben ik voorzitter van de Huisartsenkring Haaglanden, lid van de NHG-Raad van Toezicht en nog wat dingen buiten het vak. Bovendien ben ik met de kaderopleiding *Beleid en beheer* begonnen. Kortom, ik heb mijn handen wel vol!’ ■

Ans Stalenhoef