



JORIS IJZERMANS

Huisartsenzorg is een onmisbare basis voor zorg en onderzoek na rampen

De huisarts als ankerpunt



*Vuunwerkramp Enschede,
mei 2000 (Jorgen Caris/HH)*

In literatuur en discussies over de zorg bij rampen wordt veel aandacht geschonken aan de rol van psychologen en psychiaters. Voor zover het gaat om psychische klachten en stoornissen is dit begrijpelijk. Een deel van de getroffen en vraagt immers specialistische behandeling voor deze problematiek. Geestelijke gezondheidszorg kan goede dingen doen, maar op de weg ernaar toe bevindt zich de huisarts als niet te vermijden tussenstop, zo betoogt Joris IJzermans. De landelijke 'netwerkdekking' is maximaal, huisartsen kennen hun patiënt en diens voorgeschiedenis. Ze kunnen (onverklaarde) klachten beter plaatsen. Rampen, waaronder de vuurwerkramp in Enschede, tonen ondubbelzinnig het belang van de huisarts bij rampen aan, zowel voor de zorg als voor onderzoek.

De huisarts heeft in Nederland een 'sterke' positie in het gezondheidszorgsysteem, met name omdat hij of zij coördinator is van de zorg en poortwachter naar de tweede lijn. De huisarts (-praktijk) zorgt voor continuïteit in de zorg; weliswaar niet meer van de wieg tot het graf, maar vaak gedurende langere tijd, zodat een patiënt vaak al eerder werd gezien (75% van de Nederlanders bezoekt 'zijn' huisartspraktijk minstens eenmaal per jaar) en een beeld bestaat van diens ziekte- en klaaggedrag. De huisarts is bij uitstek geschikt om bij een klacht van een patiënt na te gaan of hier sprake is van 'pluis' of 'niet pluis' en dienovereenkomstig te handelen. Tenslotte brengt het coördinatorschap met zich mee dat de huisarts op de hoogte is van de life events die zijn patiënten meemaken, van de aanwezige chronische aandoeningen en van de co-morbiditeit die zich daarbij vaak voordoet. Als enige artsengroep registreren huisartsen, sinds de jaren 90 van de vorige eeuw, alles wat zich voordoet bij een contact met een patiënt: de klacht van de patiënt, (het onderzoek bij) de anamnese, de diagnose, de therapie en enige contact gebonden gegevens, waardoor het zorggebruik in kaart kan worden gebracht. Deze registratie vindt plaats met behulp van elektronische medische dossiers, gerangschikt in een huisarts informatie systeem, met behulp van the International Classification of Primary Care (ICPC).

Positie huisarts in nazorg na rampen

Na rampen en andere crises blijkt steeds weer dat de positie van de huisarts ook in een uitver-



grote werkelijkheid stevig en belangrijk is, hoewel dat genuanceerd moet worden voor de specifieke fase na een ramp.

De rol van de huisarts tijdens de acute fase van een ramp is onduidelijk. In Enschede koos de ene huisarts ervoor bij zijn gezin te zijn, terwijl een ander de getroffen wijk inging om te helpen. De juist gevormde Huisartsenpost speelde er wel een belangrijke rol bij de behandeling van kleine verwondingen en vooral bij het verzorgen van medicamenten voor chronisch zieken. Omdat acute zorg bij rampen wordt gezien als 'opgeschaalde' reguliere acute zorg wordt de huisarts echter in toenemende mate als belangrijk speler gezien in de acute zorgketen. Daarbij gaat het overigens vooral om de huisartsenposten en minder om individuele huisartspraktijken. De schaalgrootte van een post is van belang voor regionale afspraken met (o.a.) traumacentrum, en GGD.

In de nasefase is de positie van de huisarts onomstreden, als dossierbewaker, als poortwachter, als verlener van psychosociale en somatische zorg en als laagdrempelige, bekende zorgverlener in de buurt. Deze rol in de nazorg is nog versterkt door de nieuwste inzichten in hoe met getroffen mensen moet worden omgegaan (bevorderen lotgenoten-contact, 'watchful waiting' uitgaande van zelfredzaamheid), terwijl de rol van psychologen en psychiaters in de eerste maanden na een ramp (mede omdat die zorg niet wordt bekostigd) is veranderd. Vanzelfsprekend moet er zorg zijn voor de kleine minderheid mensen die in de acute fase acute psychische problemen

hebben die niet onder het kopje ‘normale reactie op een abnormale gebeurtenis’ vallen en die zorg kan de huisarts vaak geven. Er is echter vooral behoefte aan oplossingen voor praktische problemen en aan adequate informatie, zoals in Enschede en Volendam bleek uit het succes van het Informatie en Advies Centrum (één loket voor alle problemen) en aan steunend contact. Deze steun zoeken mensen vooral bij lotgenoten in hun poging zo snel mogelijk weer controle te krijgen over het leven en bij de bekende zorgverlener in de buurt, waarbij zij als patiënt staan ingeschreven. De huisarts is daarom ook de aangewezen actor als de techniek van ‘watchful waiting’ wordt toegepast.

Gezien de schaalgrootte van de gemiddelde ramp in Nederland (m.u.v. de Watersnoodramp is de laatste 60 jaar het aantal getroffen beperkt) kan de reguliere zorg het meestal aan. Alleen in Enschede werden de huisartsen tijdelijk ondersteund.

Positie huisarts bij onderzoek na rampen

Sinds de Bijlmerramp staan huisartsen vaak ook centraal bij onderzoek naar de gezondheidseffecten van rampen en crises (inclusief epidemieën en pandemieën). Bij onderzoek van het AMC, bijna zes jaar na de vlieg-ramp, werden alle huisartsen in de regio geïnterviewd. Zij schatten dat nog geen 6% van hun patiënten klachten had die mogelijk verband hielden met het meemaken van de ramp. In meerderheid ging het daarbij om symptomen van post-traumatische stress en van onverklaarde lichamelijke klachten, zoals met name moeheid. In alle gevallen ging het om

‘illness’ (klachten) en niet om ‘disease’ (ziekte). Liefst driekwart van de zelf gerapporteerde lichamelijke symptomen bleek bekend te zijn bij de huisartsen. Daarvan was 25% of voor het eerst gepresenteerd voor de ramp, of voor het eerst tijdens en meteen na de mediahype van 1998-99. Slechts in enkele gevallen kon de huisarts een diagnose ‘plakken’ aan zelf gerapporteerde symptomen, zoals depressie (7%) en PTSS (5%). In 57-85% van de gevallen bleven symptomen onverklaard; na de vuurwerkramp was dat percentage overeenkomstig: 56-91%.

Op grond van deze ervaringen werd na de vuurwerkramp in Enschede besloten om bij onderzoek gebruik te maken van bestaande registraties, waaronder die van de huisarts. Bij dit type onderzoek wordt de gezondheid van getroffen gedurende meerdere jaren continu gevolgd door gegevens te extraheren uit de elektronische medische dossiers van zorgverleners. In Enschede werd monitoring uitgevoerd bij de huisarts, de bedrijfsarts en bij een instelling voor ambulante GGZ. In Volendam werden registraties van huisartsen en apothekers gebruikt, na het schietincident in Alphen aan den Rijn die van huisartsen, maatschappelijk werk, GGZ en Slachtofferhulp Nederland. Bij de huisartsen was het mogelijk om gegevens van vóór de ramp te verkrijgen, omdat zij al eerder elektronisch registreerden. De gezondheid voor de ramp kan dus direct worden vergeleken met die erna. Niet-getroffen patiënten uit dezelfde huisartspraktijken golden als referentiegroep. Na de vuurwerkramp en de nieuwjaarsbrand werd de huisartsenmonitor vijf jaren volgehouden. In onderzoekjargon: het on-

derzoek was longitudinaal, gecontroleerd, met ‘baseline’ gegevens en met een optimale respons (getroffenen werden immers niet zelf bevraagd). Een duidelijk nadeel van dit type onderzoek is het nagenoeg ontbreken van gegevens over blootstelling en van demografische karakteristieken. Echter, dat is te verhelpen. Na de vuurwerkramp, bijvoorbeeld, stelde het ministerie van VWS de onderzoekers in staat verschillende databases (die van onderzoek met vragenlijsten en die van de monitoring) te koppelen. Hierdoor werden de zwakke kanten van ieder type onderzoek opgevangen: demografische- en blootstellingsgegevens konden worden gecombineerd met baselinegegevens, met name zorggebruik, voorschriften voor medicijnen en de morbiditeit, zoals vastgelegd door de huisarts.

Feedback aan huisartsen

Na de rampen in Enschede en Volendam werden de huisartsen eens per kwartaal op de hoogte gebracht van het beloop in de tijd van zorggebruik en morbiditeit bij hun getroffen en niet-getroffen patiënten. Deze informatie stelde de huisartsen in staat het beleid bij de behandeling van getroffen patiënten te optimaliseren. De individuele huisarts heeft immers minder zicht op laag-prevalente symptomen en aandoeningen, op beloop in de tijd van klachtenpatronen en op eigen ‘witte vlekken’. In Enschede bleek op grond van deze kwartaalrapportages behoefte aan nascholing over hoe om te gaan met lichamelijk onverklaarde klachten en met symptomen van post-traumatische stress. Ook werd gerapporteerd over risicogroepen, zoals mensen met psy-

chische problematiek en de mensen van wie het huis was vernietigd waardoor zij noodgedwongen moesten verhuizen, vaak met achterlating van de meeste persoonlijke eigendommen. In Volendam zorgden de kwartaalrapportages voor de aanpak van langdurig gebruik van benzodiazepines. De onderzoeksresultaten werden ook ingebracht in overleg over de psychosociale steun, waarbij onder meer GGZ, maatschappelijk werk en specialisten uit ziekenhuizen aanschoven. Het is duidelijk dat onderzoeksresultaten die snel kunnen worden gepresenteerd een bijdrage leveren aan optimalisatie van de zorg na rampen. De opmerking van Helsloot in een eerder nummer van dit tijdschrift dat gezondheidsonderzoek na de vuurwerkramp medisch inhoudelijk 'on-zin' was, dient dan ook genuanceerd te worden. Er was inderdaad weinig reden voor dergelijk onderzoek op grond van de toxicologische blootstelling, maar des te meer op basis van de impact die de ramp had (gedwongen verhuizing, verlies van huis en haard, wijk met gemiddeld een lagere sociaaleconomische status, relatieve onbekendheid met gevolgen voor de gezondheid van dit soort rampen). Het gezondheidsonderzoek leverde overigens zo'n 45 internationale publicaties op wat illustreert dat er in het buitenland veel belangstelling was voor de typisch Nederlandse aanpak: een combinatie van vragenlijsten en monitoring bij zorgverleners en voor de beschreven gezondheidseffecten.

Samengevat

In het algemeen kan worden gesteld dat in Nederland een landelijk dekkend netwerk be-

staat van huisartsenzorg. De huisarts is poortwachter voor duurdere specialistische zorg. Die zorg is aan de orde voor mensen waarvan de veerkracht tekort schiet, passend bij een stepped care benadering. Voor getroffen en medewerker zijn van een grotere organisatie hebben ook bedrijfsartsen een signalerende en verwijzende functie. Dat zijn bestaande voorzieningen c.q. basale veiligheidskleppen om niet-zelfredzamen te identificeren. Daarmee is overigens niet gezegd dat de signaleringsfunctie van de eerste lijn vrij is van beperkingen. In principe is de huisarts een generalist en geen (super-)specialist, wat onder meer betekent dat soms psychopathologie wordt gemist en/of niet altijd op voorhand valt in te schatten welke specialistische psychologische of psychiatrische zorg (op welk moment) gewenst is. PTSS staat om de begrijpelijke reden van betrekkelijke zeldzaamheid niet in de top vijf van wat de huisarts ziet. Echter, de geïnstitutionaliseerde toegankelijkheid, de generieke bril, en de continuïteit van het contact en bekendheid met de eigen patiënt pleiten ervoor in de nafase van rampen en crises te vertrouwen op de huisarts als veiligheidsklep voor mensen met problemen. Ook voor gezondheidsonderzoek na rampen levert de praktijk nuttige informatie op, omdat het landelijk netwerk van huisartsenposten en van praktijken een centrale informatiebron oplevert voor de ontwikkeling van – soms specifieke – gezondheidsklachten, van zorggebruik en van medicatie. Zowel voor de nazorg als voor onderzoek is de huisarts dus het ankerpunt na rampen.

Literatuur

- Helsloot I., 'Disproportionele investeringen in psychosociale veiligheid', in: *Cogiscope* vol. 10 (2013) 2, pp. 10-13.
- Ijzermans CJ., 'Rampen', in: E. Vermetten, R.J. Kleber & O. van der Hart (red.), *Handboek Posttraumatische stressstoornissen* (pp. 145-164). Utrecht: de Tijdstroom, 2012.
- Ijzermans CJ. (2007). 'Rampen', in: J.W. van Ree & M.V.V. de Vries, *Practische Huisartsgeneeskunde: Psychiatrie* (pp. 413-422). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2007.

JORIS IJZERMANS is senior onderzoeker bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) in Utrecht; the-magebied Rampen & Milieu.