

W. J. E. VERHEGGEN

Rampengeneeskunde en de huisarts

Naar aanleiding van de opzet van een nieuwe organisatie voor rampenbestrijding en het verschijnen van de Conceptwet 'Geneeskundige hulpverlening bij rampen' is de discussie over die hulpverlening toegenomen. Bij de hulpverlening bij rampen in vredestijd is geen plaats ingeruimd voor de huisarts. Bij rampen in oorlogstijd kan hij – ongetraind als hij is – worden ingeschakeld op grond van de Noodwet Geneeskundigen. Hoe concreet kan zijn rol in die situatie zijn?

Inleiding

Een ramp is een destructieve gebeurtenis die de beschikbare medische hulpverlening overvraagt, doordat de geneeskundige hulp absoluut beperkt wordt door de medische behandelcapaciteit. Onder medische behandelcapaciteit verstaan wij het resultaat van het gecoördineerd functioneren van medische hulp op het rampterrein, tijdens het transport en in de bereikbare ziekenhuizen. Dit betekent dat, ongeacht het type ramp, de medische zorg haar beperkingen duidelijk stelt. Voor iedere patiënt zal het verstrijken van de tijdslimiet een voortdurende bedreiging betekenen.

Rampen zijn onder te verdelen in vredesrampen en oorlogsrampen.¹ Bij een vredesramp wordt de hulpverlening georganiseerd vanuit de aangrenzende intacte samenleving. Voor de Nederlandse situatie zal de medische behandelcapaciteit maximaal uitkomen op ongeveer 4000 patiënten met hoge urgentie en ongeveer 6000 patiënten met lage urgentie voor een tienurige periode.² Tijdens oorlogsomstandigheden wordt de hulpverlening aangeboden vanuit een door oorlog aangetaste maatschappij. De meeste patiënten zullen daarbij voornamelijk lijden aan stompe en perforerende verwondingen, fracturen en orgaanletsels en een zeer groot aantal brandwonden. Letsels dus die een chirurgische behandeling nodig hebben en wel binnen een bepaalde tijdslimiet. Wordt deze overschreden, dan wordt de prognose snel slechter.³

Behandelcapaciteit tijdens oorlog

Over de oorlogsbehandelcapaciteit is de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde zeer duidelijk. Zij stelt dat, wanneer met de thans beschikbare middelen in West-Europa oorlog gevoerd gaat worden, een situatie zou ontstaan waarin behandeling van massale aantallen slachtoffers onmogelijk is.⁴ We moeten ons bovendien realiseren dat moderne medische voorzieningen uitermate kwetsbaar zijn. Door de moeilijke hulpverlening zal de tijdslimiet snel overschreden worden. De stoornis in de zuurstofvoorziening veroorzaakt onherstelbare schade aan orgaansystemen, de termijn waarbinnen de shock te herstellen is verstrikt, en de gecompliceerde fracturen worden dodelijk geïnfecteerd. Bij een aantal letsels is de tijdslimiet zo kort dat de levensreddende therapie reeds op het rampterrein moet worden ingesteld en tijdens het transport moet worden voortgezet. Dat vereist een hoog gekwalificeerde eerste hulp, en vereist professionele ongevalsdeskundigen. Moet men door omstandigheden met minder deskundigen volstaan, dan zal dit mensenlevens eisen en de behandelcapaciteit zwaar belasten.

De Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie (NVMP) heeft in haar reactie op de nota Civiele Verdediging 1984 gesteld dat de rampengeneeskundige inzichten van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse Vereniging voor Anaesthesiologie niet herkenbaar waren in de nota. Tijdens gesprekken op hoog ambtelijk niveau heeft de NVMP aanbevelingen gedaan om de behandelcapaciteit in vredessituatie reeds te maximeren door zoveel mogelijk ieder ziekenhuis te betrekken bij de Landelijke Organisatie van Trauma Teams. Deze organisatie zou ook moeten worden ingeschakeld bij iedere oefening. Verder werd onder andere een pleidooi gehouden voor een standaardisatie van ambulancemateriaal. Een uitwisseling van materiaal kan zodoende beter plaatsvinden. Verbetering van de patiënt is dan niet steeds noodzakelijk. Dit betekent tijdswinst en

winst voor de conditie van de patiënt.⁵

Alle goede aanbevelingen verdwenen voorlopig in de la.

Organisatie bij rampenbestrijding

De BB is in Nederland opgeheven. Bij rampenbestrijding worden nu ingeschakeld: de basisgezondheidsdiensten, het Rode Kruis, en het Korps Mobiele Colonnies (KMC). Onze overheid heeft aan de brandweer de coördinatie en de eindverantwoordelijkheid voor de organisatie in handen gegeven. Van een uitgebalanceerde organisatie is nog geen sprake. De genoemde organisaties zijn nog te druk bezig hun competenties af te palen.

Recent verscheen de Conceptwet Geneeskundige hulp bij Rampen. Deze wet regelt slechts in zeer grote lijnen de plaats van de brandweer, Rode Kruis Korps, basisgezondheidsdiensten, en het KMC. De hulpverleningsketen eindigt op de stoep van het ziekenhuis. Van de organisatie in de ziekenhuizen is niets geregeld. Voor de oorlogssituatie bestaat wel een Noodwet Geneeskundigen en een zogenaamde ziekenhuisorganisatie, maar deze voorziet slechts in materiële voorzieningen.

De rol van de huisarts

De organisatie van de hulpverlening bij vredesrampen gaat structureel langs de huisarts heen. Natuurlijk zouden er incidentele situaties kunnen zijn, waarbij een individuele huisarts hulp verleent. Dan nog zal deze rol beperkt zijn, daar immers de professionele hulpverleners beschikken over voldoende training en deskundigheid ten behoeve van intubatie, beademing, resuscitatie, shockbestrijding en het transportgereed maken van patiënten. Ook binnen het ziekenhuis heeft de huisarts geen specifieke functie heeft. Het is niet goed denkbaar voor welke specifieke vredesrampen in de Nederlandse situatie de huisarts een zelfs maar bescheiden rol kan spelen.

In een oorlogssituatie zal het functioneren nog slechter gaan en kan worden verwacht dat het gezondheidssysteem zelfs met civiele verdedigingsmaatregelen niet in staat zal zijn doelmatig te functioneren. Het gezondheidszorgsysteem zal snel ineensinken vanwege de

W.J.E. Verheggen, huisarts, Koestraat 142a, 5014 EG Tilburg.

desorganisatie, oorlogsschade aan ziekenhuizen, stoornissen in de water- en energievoorziening, gebrek aan medisch materiaal en de grote chaos in de ziekenhuizen ten gevolge van een overaanbod van patiënten. De Noodwet Geneeskundigen regelt de inzet van medisch personeel bij 'buitengewone omstandigheden' op aanwijzingen van de regionale inspecties voor de volksgezondheid. Van de inzet in oorlogstijd van personeel (dat bovendien niet getraind is) wordt bij beroepsgenoten weinig verwacht. Dit bleek overduidelijk toen in 1984 bijna een derde deel van de artsen in Nederland verzuimd had te voldoen aan de verplichting de zogenaamde 'Noodwet-Enquête' in te vullen.

Naar aanleiding van de opzet van een nieuwe organisatie voor rampenbestrijding en het verschijnen van de Conceptwet 'Geneeskundige hulpverlening bij rampen' is de discussie over de medische hulpverlening bij rampen toegenomen. Bij de hulpverlening bij rampen in vreedstijd is geen plaats ingeruimd voor de huisarts. Bij rampen in oorlogstijd kan hij – ongetraind als hij is – worden ingeschakeld op grond van de Noodwet Geneeskundigen. De huisarts kan echter beter op zijn post blijven, en redden wat er te redden valt, wat dat ook moge betekenen. Ook al zal zijn handelen de medische behandelcapaciteit niet vergroten of beïnvloeden, vanuit humanitair oogpunt zal zijn rol van belang kunnen zijn.

¹ De Boer J, Rutherford WH, Baillie Th.W. Rampen, definitie en classificatie. *Med Contact* 1981; 36: 1128-30.

² Commissie Rampengeneeskunde van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse Vereniging voor Anaesthesiologie. De medische verzorgingsketen bij rampen in vreedstijd. *Med Contact* 1983; 38: 1211-4.

³ Grond JThH. De medische verzorgingsketen bij rampen in oorlogstijd. *Med Contact* 1984; 39: 619-622.

⁴ Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Leidraad gericht op de behandeling van burgeroorlogsgewonden in burgerziekenhuizen. Utrecht: 1979.

⁵ Kuypers H. Minister Rietkerk sprak toch met de Vereniging voor Medische Polemologie. *Alert* 1985; 2(7/8): 2-5.

Beklemd gevoel

Na doorlezen van het supplement 'Het hart' had ik een wat beklemd gevoel. Had ik er wel wat van begrepen? Wat te denken van: 'hoe moeten wij de 'trade off' afwegen van het epidemiologisch significante doch maatschappelijk beperkte nut van bijvoorbeeld anticiperend zoeken naar hypertensie?' (blz. 6). Ik denk dat hier mogelijk het nut van hypertensie-opsporing wordt bedoeld, maar ik weet het niet zeker. Menig citaat met kryptische strekking verluicht een 'ten geleide' of een artikel. De schrijver maakt daarmee een wetenschappelijke en vooral beleezen indruk.

Het zou mij niet bezwaren als er in *Huisarts en Wetenschap* in normaal, voor de gemiddelde huisarts begrijpelijk taalgebruik geschreven zou worden over vooral praktische onderwerpen. Beknopte ter zake doende 'ten geleides' en typografische accentuering van de essentie van het betreffende artikel zouden de leesbaarheid kunnen bevorderen.

P.U.F. Fagginger-Auer,
huisarts te Kockengen

Naschrift

De redactiecommissie heeft kennis genomen van deze kritiek.

Promoveren

In het artikel 'Promoveren door huisartsen' (*Huisarts Wet* 1988; 31: 92-4) heb ik gezegd dat er in de periode 1980-1987 in totaal 35 huisartsen tot doctor in de geneeskunde in Nederland gepromoveerd waren. Men attendeerde mij er op dat in 1986 nog gepromoveerd was collega J.A. Mazel, huisarts te Borne, op het proefschrift 'Preventie van perinatale hepatitis B bij pasgeborenen in Nederland' (Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam). Collega Mazel was niet verbonden aan een vakgroep huisartsgeneeskunde.

Mijn samenvatting van het artikel moet nu dus luiden: 'In de periode 1980-1987 promoveerden in Nederland 36 huisartsen tot doctor in de geneeskunde; 19 van hen waren verbonden aan één van de universitaire huisartseninstituten'.

G.J. Bremer

Deaths in children with a diagnosis of acute appendicitis in England and Wales 1980-4 Pledger HG, Fahy LT, Van Mourik GA, Bush GH. *Br Med J* 1987; 295: 1233-5.

In de periode 1980-1984 stierven in Engeland en Wales 35 kinderen aan appendicitis acuta. In de periode 1963-1967 waren dat er 204. Van de 35 overleden kinderen stierven er 13 thuis of in elk geval voor de operatie en 18 op de dag van operatie of op de dag erna. Bij 31 kinderen was er peritonitis. De grootste sterfte was er bij kinderen van 0-4 jaar: één op 320 gevallen van appendicitis. Bij de leeftijdsgroep van 5-14 jaar was dat 1 op 4760.

De daling van de sterfte was toe te schrijven aan betere medische zorg, afname van de incidentie van appendicitis en verandering van de leeftijdsopbouw bij kinderen. De factoren die het meeste bijdroegen aan de sterfte, waren problemen en vertraging bij het stellen van de diagnose en inadequate intraveneuze therapie.

Ben Mangnus

Cervical adenocarcinoma and oral contraceptives Chilvers C, Mant D, Pike MC. *Br Med J* 1987; 295: 1446-7.

Twee recente verslagen uit de Verenigde Staten maken melding van een twee- tot drievoudige toename tussen 1973 en 1982 van invasief adenocarcinoom van de cervix bij vrouwen jonger dan 35 jaar. Deze stijging werd niet gezien bij oudere vrouwen en bij het plaveiselcelcarcinoom. Tevens bleken de vrouwen met adenocarcinoom vaker orale anticonceptiva te gebruiken.

De auteurs hebben de Engelse gegevens van 1968 tot 1982 gerangschikt en komen tot overeenkomstige bevindingen, hoewel de kleine aantallen geen significante verschillen laten zien. Niettemin geven deze bevindingen steun aan de veronderstelling, dat de twee histologische kankertypen een verschillende etiologie hebben.

Ben Mangnus

Effect of two randomised exercise programmes on bone mass of healthy postmenopausal women Chow R, Harrison JE, Notarius C. *Br Med J* 1987; 295: 1441-4.

Na één jaar werd het effect van twee gestructureerde oefenprogramma's op de botmassa gemeten bij 48 vrijwilligsters, die gezond en in de post-menopauze waren. Deze vrouwen werden willekeurig verdeeld over drie groepen: aerobic oefeningen, aerobic oefeningen met spierversterkende oefeningen, en een controlegroep. Vastgesteld werd een zogenaamde calciumbotindex, waarbij de botmassa werd bepaald via een 'neutron activate analyse', hetgeen overeenkomt met het totale calciumgehalte van de wervelkolom en de