

# De ramp in de spreekkamer

Gé Donker, Joris IJzermans, Peter Spreeuwenberg, Jouke van der Zee

## Samenvatting

Donker GA, IJzermans CJ, Spreeuwenberg P, Van der Zee J. De ramp in de spreekkamer. *Huisarts Wet* 2004;47(1):22-5.

**Doel** Het onderzoeken van de consistentie tussen de klachten die patiënten aan de Bijlmerramp toeschreven en de diagnoses en perceptie van huisartsen met betrekking tot deze klachten.

**Methoden** We vergeleken de symptomen die patiënten toeschreven aan de gevolgen van de Bijlmerramp en rapporteerden bij het Telefonisch Meldpunt met gegevens in het huisartsendossier over gepresenteerde klachten en diagnoses van deze patiënten. Aan de hand van vragenlijsten informeerden wij bij de huisartsen in hoeverre zij vonden dat er een relatie bestond met de Bijlmerramp.

**Resultaten** De 553 patiënten meldden gemiddeld 4,3 symptomen bij het telefonisch meldpunt. Het merendeel van deze symptomen (74%) was bij de huisarts bekend. Een kwart van de aan de ramp toegeschreven klachten was gepresenteerd bij de huisarts vóórdat de ramp plaatsvond of minstens zes jaar daarna, in 1998/1999 – een periode waarin de media veel aandacht aan de ramp besteedden. De meeste klachten leidden niet tot een diagnose. De diagnoses depressie (7%), posttraumatische stressstoornis (5%) en eczeem (5%) kwamen het vaakst voor. Huisartsen vonden bij 6% van de klachten een verband met de ramp waarschijnlijk.

**Conclusies** De meeste aan de ramp toegeschreven klachten waren ook bij de huisartsen bekend, maar zij vonden maar voor een klein deel ervan een relatie met de ramp waarschijnlijk.

NIVEL, Utrecht: Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: Dr. G.A. Donker, huisarts-epidemioloog; AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: dr. C.J. IJzermans, medisch socioloog; NIVEL, Utrecht: drs. P. Spreeuwenberg, psycholoog en dr. J. van der Zee, medisch socioloog.

Correspondentie: g.donker@nivel.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte versie van 'Symptom attribution after a plane crash: comparison between self-reported symptoms and GP records' (*Br J Gen Pract* 2002;52:917-22). Publicatie vindt plaats met toestemming van de uitgever.

## Inleiding

Op 4 oktober 1992 werden 43 mensen als donderslag bij heldere hemel van het leven beroofd. Nu, ruim tien jaar later, lezen en horen we er nog regelmatig over in de media. Het gaat dan vooral over de klachten die mensen nog ondervinden en aan de ramp toeschrijven. Aan het in 1998 en 1999 door AMC en NIVEL verrichte onderzoek, dat 6 jaar na de ramp startte, werkten 345 huis-

artsen mee die hun visie gaven op de aan de ramp toegeschreven klachten van hun patiënten.<sup>1</sup>

De slachtoffers hadden zich telefonisch gemeld bij een centrale, waar zij de klachten, die zij aan de ramp toeschreven, rapporteerden. Aan hen werd mondelinge toestemming gevraagd een nadere vragenlijst in te vullen en schriftelijke toestemming om het huisartsendossier in te laten zien.

In dit artikel doen wij verslag van een deelonderzoek waarin we de klachten, zoals gerapporteerd aan het telefonisch meldpunt, vergelijken met de symptomen en klachten die in het huisartsendossier genoteerd zijn. Expliciet werd de mening van de huisarts gevraagd over zijn visie op de samenhang van de klachten met de ramp.

## Methoden

Via lokale en landelijke media werden mensen die zes jaar na dato klachten hadden die zij aan de Bijlmerramp toeschreven, uitgenodigd contact te zoeken met een speciaal hiervoor geopend telefonisch meldpunt, dat gedurende twee maanden overdag en 's avonds bemand werd door professionele meertalige interviewers. Aan het eind van het gesprek, dat gemiddeld 45 minuten duurde, werd uitleg gegeven over het vervolgonderzoek en werd telefonisch en schriftelijk toestemming gevraagd voor inzage van het huisartsendossier.

We verzamelden gegevens uit de huisartsendossiers door vragenformulieren aan huisartsen te sturen van patiënten, die toestemming hadden gegeven tot inzage van hun medisch dossier. De meeste huisartsen hadden slechts 1 of 2 patiënten in hun praktijk. Ongeveer 50% van de huisartsen leverde naast het ingevulde vragenformulier ook andere gegevens zoals labuitslagen en kopieën van specialistenbrieven.

De naar de huisarts verzonden vragenlijst vermeldde symptomen en diagnoses, die bij het telefonisch meldpunt waren binnengekomen en bevatte de volgende vragen: 'Is de patiënt met deze klacht bij u op consult geweest en zo ja, wanneer?'; 'Heeft de klacht te maken met de ramp?'; 'Waarom (niet)?'; 'Is er met betrekking tot de klacht een diagnose gesteld?'; 'Kunt U deze opgegeven diagnose bevestigen?'; 'Wanneer is deze diagnose gesteld?'; 'Heeft de diagnose met de ramp te maken?'; 'Waarom (niet)?'

## Meetinstrumenten

**Telefonisch meldpunt.** Getrainde telefonistes gebruikten een aangepaste versie van de ICPC om symptomen te classificeren.<sup>1,2</sup>

**Vragenlijsten huisarts.** Voor de vraag 'Is de patiënt met deze klacht bij u op consult geweest en zo ja, wanneer?' werden vier periodes onderscheiden: de periode vóór de ramp en drie periodes erna:

### Wat is bekend?

- ▶ Na een ramp zijn incidentie en prevalentie van het posttraumatisch stressyndroom verhoogd.
- ▶ Men gaat er veelal vanuit dat er een verband is tussen een ramp en de lichamelijke en psychische klachten die na de ramp optreden.

### Wat is nieuw?

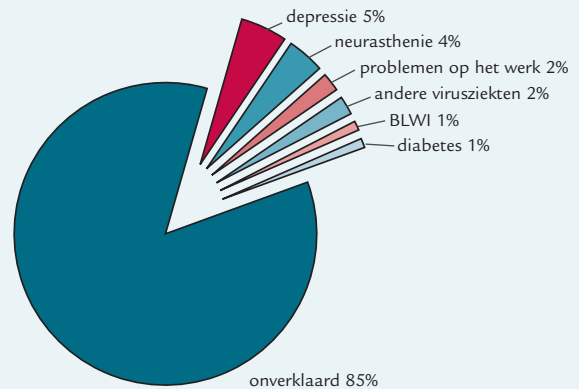
- ▶ De meeste symptomen die patiënten aan de ramp toeschreven, waren ook bij hun huisarts bekend.
- ▶ Huisartsen relateerden slechts een klein percentage van deze klachten aan de ramp.
- ▶ Een kwart van de symptomen, die patiënten aan de ramp toeschreven, werd aan de huisarts gepresenteerd vóór of pas minstens zes jaar na de ramp.
- ▶ Veel aan de ramp toegeschreven symptomen passen in de categorie 'lichamelijk onverklaarde klachten'.

1992-1994; 1995-1997 en 1998 en later. Voor de vraag 'Heeft de diagnose met de ramp te maken?' scoorde de arts op een driepuntsschaal de waarschijnlijkheid (onwaarschijnlijk, mogelijk, (zeer) waarschijnlijk). Essentieel is daarbij te vermelden dat, op het moment van invullen, over de lading van de Boeing nog grote onduidelijkheid bestond.

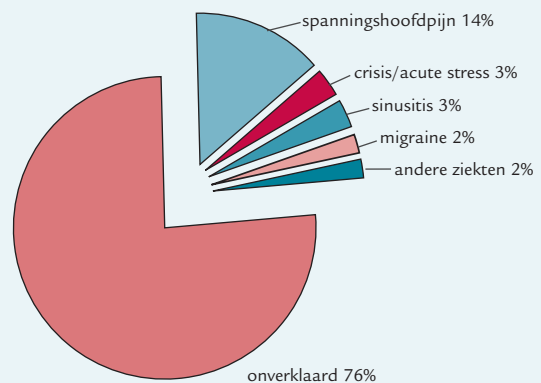
### Resultaten

Van de oorspronkelijke 846 bellers gaf 73% informed consent voor inzage in hun dossier; 345 huisartsen verstrekten aanvullende informatie over 553 respondenten (89% van de mensen die informed consent gaven). Deze 553 respondenten rapporteerden gemiddeld 2358 klachten bij het telefonisch meldpunt (gemiddeld 4,3 per persoon), waarvan 6% niet geanalyseerd kon worden voor dit onderzoek ten gevolge van incomplete terugrapportage door de huisarts. Van de geanalyseerde 2211 gerapporteerde klachten bleek 74% bij de huisarts bekend (tabel 1). Van de 10 bij het telefonisch meldpunt vaakst gerapporteerde klachten werd

**Figuur 1** De diagnoses van de huisarts voor de meest gerapporteerde klacht moeheid, in procenten (BLWI = bovenste-luchtweginfectie)



**Figuur 2** De diagnoses van de huisarts voor de op één na meest gerapporteerde klacht hoofdpijn, in procenten



'geheugenstoornis' het minst frequent (53%) aan de huisarts gerapporteerd. De meest gerapporteerde klacht 'moeheid' (45%) was in 80% van de gevallen ook bij de huisarts gepresenteerd. Slechts 6% van de 2211 bij het telefonisch meldpunt gepresenteerde symptomen scoorde in de categorie 'waarschijnlijk' of 'zeer waarschijnlijk' samenhangend met de ramp. Bij de meest voorkomende klacht 'moeheid' was dat slechts 3%. Slaapproblemen

**Tabel 1** De 10 bij het telefonisch meldpunt meest gerapporteerde klachten, het percentage respondenten, dat deze klachten ook bij de huisarts (HA) gepresenteerd had (n=553) en het percentage van de symptomen dat volgens de HA mogelijk een gevolg was van de ramp (n=2211 gepresenteerde symptomen).

Symptoom	Percentage respondenten dat dit symptoom bij het telefonisch meldpunt aangaf*	Percentage respondenten met dit symptoom, dat ook bij de HA bekend was	Percentage van symptomen dat volgens de HA waarschijnlijk met de ramp samenhangt†
Moeheid	45	80	3
Hoofdpijn	18	73	6
Problemen met slapen	16	70	23
Kortademigheid, dyspnoe	15	79	3
Concentratiestoornis	14	83	3
Droge huid	13	81	15
Geheugenstoornis	13	53	16
Angst, nervositeit, gespannenheid	12	81	18
Hoesten	9	75	0
Rugpijn	9	80	3

\* Het was mogelijk meer dan 1 symptoom te noemen; de gemiddelde symptoomscore was 4,3 per beller.

† Gescoerd als '(zeer) waarschijnlijk' op een driepuntsschaal, die het veronderstelde verband tussen diagnose en ramp weergeeft (1=onwaarschijnlijk, 2=mogelijk, 3=(zeer) waarschijnlijk).



Tekening: Jeroen Zaat

(23%) en nervositeit (18%) werden vaker ook door huisartsen als een waarschijnlijk gevolg van de ramp gezien, maar nog steeds bij een minderheid van de patiënten. Bij de 29 patiënten met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) was er bij 72% van de patiënten een waarschijnlijke en bij 21% een mogelijke samenhang met de ramp volgens de huisarts. Soms speelden traumatische gebeurtenissen in het land van herkomst een grotere causale rol dan de Bijlmerramp. Frequent gerapporteerde klachten als die van bewegingsapparaat en huid schreven de huisartsen zelden aan de ramp toe. Vooral het tijdstip van rapporteren bij de huisarts bleek een belangrijke overweging om klachten wel of niet aan de ramp toe te schrijven. Bij nadere analyse bleek 11% van de klachten dan ook al bij de huisarts gerapporteerd te zijn vóórdat de ramp plaatsvond en 15% lang daarna, toen de media er veel aandacht aan besteedden en de parlementaire enquête plaatsvond. Slechts 33% van de klachten die respondenten aan de ramp toeschreven, was gemeld in de eerste 2 jaar na de ramp. Bij 46% van de patiënten meldde de huisarts andere psychosociale oorzaken voor de klachten, bij 30% geen duidelijke oorzaak, bij 13% een andere somatische aandoening als verklaring en bij 8% een persoonlijkheidsstoornis.

Huisartsen werd gevraagd naar de meest waarschijnlijke diagnose(s) voor de gerapporteerde klachten. Dat resulteerde voor de 2211 bij het telefonisch meldpunt gerapporteerde klachten in 862 door de huisartsen gestelde diagnoses. Analyse van deze gegevens maakte duidelijk dat een klacht tot diverse diagnoses kan leiden, maar dat de klachten meestal gerekend moeten worden tot de categorie lichamelijk onverklaarde klachten (LOK). Bij de meest gerapporteerde klacht 'moeheid' stelden de huisartsen diverse diagnoses, zoals 'depressie' (5%), 'surménage/neurasthenie' (4%), 'problemen op het werk' (2%), 'andere virusziekten' (2%), 'bovenste-luchtweginfectie' (1%) en 'diabetes mellitus' (1%), maar in de meeste gevallen leidde deze klacht niet tot een diagnose (figuur 1). 'Hoofdpijn' resulteerde vaker in een diagnose (14% 'spanningshoofdpijn', 3% 'crisis/acute stress', 3% 'sinusitis', 2% 'migraine', 2% 'andere aandoeningen van de luchtwegen'), maar bleef ook meestal 'hoofdpijn' (figuur 2).

### Discussie

Driekwart van de klachten die bij het telefonisch meldpunt gerapporteerd waren, bleek ook aan de huisarts gepresenteerd te zijn. Weer een kwart hiervan bleek aan de huisarts gemeld voordat de

ramp plaatsvond of minstens zes jaar erna toen er veel aandacht voor de ramp in de media was. Hoewel symptomen die vóór de ramp bestonden door de ramp zouden kunnen zijn toegenomen, lijkt een direct verband in zo'n geval onwaarschijnlijk, aldus de meeste huisartsen. De meeste symptomen resulteerden voor de huisartsen niet in een duidelijke diagnose en moesten tot de categorie 'lichamelijk onverklaarde klachten' (LOK) gerekend worden.

Met uitzondering van de patiënten bij wie PTSS gediagnosticeerd werd, was er een grote discrepantie tussen patiënten en huisartsen in het toeschrijven van klachten aan de ramp. Dat klachten gerelateerd kunnen zijn aan een veelvoud van diagnoses is voor de huisartsenpraktijk niets nieuws.<sup>3,4</sup> Bij onderzoek in de Nederlandse huisartsenpraktijk, waarbij de uiteindelijke diagnose(-episode) werd vergeleken met de aanvankelijke klacht (*reason for encounter*), werden bij veelvoorkomende klachten als moeheid en hoofdpijn veel vaker dan in ons onderzoek luchtweginfecties en andere virale aandoeningen gediagnosticeerd.<sup>3</sup> Ook in dat recente Nederlandse onderzoek bleef moeheid in 37,5% van de gevallen moeheid en hoofdpijn in 22,2% van de gevallen hoofdpijn.<sup>3</sup> De opzet van ons onderzoek kan uiteraard niet vergeleken worden met een onderzoek dat geheel binnen de huisartsenpraktijk plaatsvindt. Dat in ons onderzoek 85% van de patiënten met moeheid en 74% van de patiënten met hoofdpijn, van de huisarts geen andere diagnose dan deze krijgt, betekent dat we niet met een gemiddelde huisartsenpopulatie van doen hebben. Dat geeft tevens de beperking van dit onderzoek aan. Iedereen die zichzelf als slachtoffer van de ramp beschouwde en zes jaar na dato nog steeds klachten daarvan dacht te ervaren, werd uitgenodigd deze te rapporteren bij het telefonisch meldpunt. De gemiddelde klachtenscore was hoog en er waren geen respondenten zonder klachten. Een ander onderzoek over LOK, waarin zelfgerapporteerde klachten werden vergeleken met klinische diagnoses, liet zien dat een hoger aantal klachten per patiënt de waarschijnlijkheid doet afnemen dat al deze klachten op een somatische oorzaak berusten.<sup>5</sup> Een vergelijking met de Nationale Studie laat het hoge percentage psychosociale symptomen in onze onderzoekspopulatie zien. Depressie, PTSS, hyperventilatie en spanningshoofdpijn, die deel uitmaken van de top-10 van diagnoses in onze populatie, behoren niet tot de top-10 van meest prevalentie diagnoses in de Nederlandse bevolking.<sup>6</sup> Spierpijn en prikkelbare-darmsyndroom, die voorkomen in de top-20 van diagnoses in onze populatie, worden evenals hyperventilatie en spanningshoofdpijn in de buitenlandse literatuur tot de functioneel-somatische syndromen (FSS) gerekend. Deze diagnoses worden veel gesteld bij patiënten met LOK en het is aangetoond dat de etiologie hiervan multifactorieel bepaald is.<sup>7,8</sup> Het lijden van deze patiënten neemt toe door een zichzelf versterkend 'perpetuum mobile', waarbij veel voorkomende klachten ten onrechte toegeschreven worden aan een vermeende onderliggende afwijking, hetgeen de klachten versterkt.<sup>7</sup> Sensationele mediaverhalen, contact met lotgenoten met een sterke overtuiging van de ernst van de klachten, procederende partijen en een medische behandeling

met meer aandacht voor somatische dan voor psychosociale factoren versterken het idee dat er iets ernstigs aan de hand moet zijn.<sup>9</sup> Al deze factoren speelden een rol in onze onderzoekspopulatie in de jaren voorafgaand aan en tijdens ons onderzoek.

Ons onderzoek kan niet gezien worden als een cohortonderzoek zes jaar na een ramp van al diegenen die bij de ramp betrokken waren, maar heeft slechts betrekking op die patiënten die zes jaar later hun klachten nog aan de ramp toeschreven. Verschillen in de neiging ervaringen aan een bepaalde oorzaak toe te schrijven kunnen leiden tot verschillen in verwerking van gebeurtenissen en zijn mogelijk belangrijker dan de mate van blootstelling aan de ramp.<sup>10-12</sup> Een Amerikaans onderzoek naar aanleiding van de terroristische aanslagen op 11 september 2001 bevestigt dat de mate van psychosociale stress na die ramp niet direct gerelateerd is aan de mate van blootstelling aan de ramp.<sup>13</sup> De uitdaging voor huisartsen is om, gebruikmakend van de langerdurende relatie, attributiestijlen van hun patiënten te leren herkennen en de verwerking van een ramp en andere levensgebeurtenissen te ondersteunen door met de patiënt van de zoektocht naar de oorzaak van klachten over te gaan op de impact van de klachten op diens leven.<sup>14,15</sup>

#### Literatuur

- 1 Iljermans CJ, Van der Zee J, Oosterhek M, Spreeuwenberg P, Kerrensens J, Donker G, Schadé E. Gezondheidsklachten en de vliegcramp Bijlmermeer. Een inventariserend onderzoek. Amsterdam/Ntrecht: AMC/NIVEL, 1999.
- 2 Lamberts H, Woods M. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 3 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. The probability of specific diagnoses for patients presenting with common symptoms to Dutch Family Physicians. *J Fam Pract* 2002;51:31-6.
- 4 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 5 Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res* 1997;42:245-52.
- 6 Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. Morbidity and Intervention in general practice. A cross-national survey in The Netherlands. Utrecht: NIVEL, 1986.
- 7 Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Int Med* 1999;130:910-21.
- 8 Mumford DB, Devereux TA, Maddy PJ, Johnston JV. Factors leading to the reporting of 'functional' somatic symptoms by general practice attenders. *Br J Gen Pract* 1991;41:454-8.
- 9 Vasterman P, Iljermans CJ. Ziek van de ramp of van het nieuws over de ramp? *Tijdschrift voor Mediageschiedenis* 2002;5:88-109.
- 10 Turnquist DC, Harvey JH, Anderson BL. Attributions and adjustment to life-threatening illness. *Br J Clin Psychol* 1988;27:55-65.
- 11 Tennen H, Affleck G. Blaming others for threatening events. *Psychol Bull* 1990;108:209-32.
- 12 Joseph S, Yule W, Williams R. Post-traumatic stress: attributional aspects. *J Traum Stress* 1993;6:501-13.
- 13 Schuster MA, Stein BD, Jaycox LH, Collins RL, Marshall GN, Elliott MN, et al. A national survey of stress reactions after the September 11, 2001 terrorist attacks. *N Engl J Med* 2001;345:1507-12.
- 14 Kessler D, Lloyd K, Kewis G, Gray DP. Cross-sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ* 1999;318:436-40.
- 15 Van Hemert AM, Huijsman-Rubingh RRR, Smeets EC. Rampen en gezondheidsklachten. Essentieel is een goede relatie met de patiënt. *Med Cont* 2002;57:141-4.