

Huisartsenhulp na ingrijpende gebeurtenissen

Saskia Mol

Inleiding

Ingrijpende gebeurtenissen kunnen op verschillende gebieden nare gevolgen hebben. Mensen kunnen er psychische klachten van krijgen en er zowel direct als indirect lichamelijke klachten aan overhouden. Ook kunnen zij leiden tot werkverzuim en minder goed functioneren in het gezin. Het is daarom belangrijk te weten hoe deze klachten kunnen worden voorkomen of bestreden.

In deze beschouwing ga ik in op de rol van de huisarts bij het helpen verwerken van ingrijpende gebeurtenissen. Daarbij ga ik met name in op de volgende vragen:

Samenvatting

Mol SSL. Huisartsenhulp na ingrijpende gebeurtenissen. Huisarts Wet 2004;47(7):331-4.

Deze beschouwing gaat in op de rol van de huisarts bij patiënten die ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt (ongevallen, rampen, oorlogen, berovingen, inbraken, fysieke mishandeling en seksueel misbruik).

Tweeënvijftig procent van de patiënten uit eigen onderzoek in een Limburgse huisartsgeneeskundige populatie heeft ooit een of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt. Hun huisartsen zijn op de hoogte van 7,9% van die gebeurtenissen.

Patiënten willen vooral steun en begrip, maar ook initiatief van de huisarts bij opsporing en follow-up. Er dient voorlichting gegeven te worden over typische symptomen na een ingrijpende gebeurtenis, zoals herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid. De huisarts moet afwegen of deze symptomen tot het normale verwerkingsproces behoren, dan wel wijzen op een posttraumatische stressstoornis. Het is ook belangrijk dat huisartsen deze ingrijpende gebeurtenissen noteren. Het blijkt moeilijk patiënten met PTSS-klachten te verwijzen.

Een nieuwe bevinding is dat PTSS-symptomen evenzeer optreden bij bovenstaande ingrijpende gebeurtenissen als bij levensgebeurtenissen zoals echtscheiding en werkloosheid.

dr. S.S.L. Mol, huisarts, UMCU, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Postbus 85060, 3508 AB Utrecht, destijds onderzoeker aan de Universiteit Maastricht.

Correspondentie: saskia.mol@hetnet.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd gefinancierd door Stichting Achmea Slachtofferhulp en Samenleving. De stichting heeft geen invloed gehad op de onderzoeksopzet, verzameling, analyse of presentatie van gegevens.

- ▶ Hoe vaak komen die ingrijpende gebeurtenissen voor en in hoeverre zijn huisartsen daarvan op de hoogte?
- ▶ Wat kan de rol van de huisarts in de dagelijkse patiëntenzorg zijn bij de verwerking van deze problemen?
- ▶ Hoe vaak komen symptomen van post-traumatische stress in de patiëntenpopulatie van de huisarts voor?

Wat zijn ingrijpende gebeurtenissen?

Er bestaat geen erkende definitie van ingrijpende gebeurtenissen. Ik duid er een overkoepelend begrip voor twee soorten gebeurtenissen mee aan. Enerzijds zijn er de trauma's: de gebeurtenissen die een bedreiging vormen voor de lichamelijke integriteit en waarbij men bang is dood te gaan of ernstig gewond te raken, of waarbij dit laatste ook feitelijk is voorgevallen. Dit type gebeurtenis kan volgens de DSM-IV aanleiding zijn tot een posttraumatische stressstoornis (PTSS).¹ Anderzijds zijn er de gebeurtenissen die zonder levensbedreigend te zijn, ernstig ingrijpen in het dagelijks leven, zoals echtscheiding, werkloosheid en het krijgen van een chronische ziekte; hierna te noemen *life events*.

Voorkomen

Ik heb mij in mijn onderzoek vooral gericht op vaak voorkomende trauma's: ongevallen, rampen, oorlogen, berovingen, inbraken, fysieke mishandeling en seksueel misbruik. Hoe vaak deze gebeurtenissen in de algemene bevolking voorkomen, blijkt moeilijk vast te stellen aan de hand van de beschikbare literatuur.² Over lang niet alle soorten gebeurtenissen bestaan cumulatieve incidentiecijfers. Bovendien leveren de bronnen zeer verschillende getallen op, door verschillen in gebruikte methodiek (registratiesystemen en enquêtes) en door variaties in de gebruikte definities.

Om een meer systematisch beeld te krijgen van de epidemiologie stuurde ik een vragenlijst op aan een populatie van 3000 patiënten van 20 jaar en ouder die willekeurig was gekozen uit het registratienetwerk van huisartsenpraktijken van de Universiteit Maastricht (Registratie Net Huisartspraktijken).³ Hun werd gevraagd of zij ooit in hun leven een van de hierboven genoemde gebeurtenissen hadden ervaren. Van hen had 42% een of meer gebeurtenissen meegemaakt. Het vaakst werden ernstige ongevallen en berovingen gemeld; lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik kwamen het minste voor (*tabel 1*).⁴

Ijsbergfenomeen

Huisartsen kunnen alleen patiënten helpen die moeite hebben met het verwerken van een trauma als zij van het trauma weten. Zijn huisartsen op de hoogte van wat hun patiënten meemaken?

Tabel 1 Cumulatieve incidenties (n=1471)

Soort gebeurtenis	Aantal respondenten dat deze gebeurtenis een of meer keer meemaakte
Inbraak	210
Ernstig ongeval	209
Oorlog	144
Ramp	109
Lichamelijke mishandeling als volwassene	65
Seksueel misbruik als kind	44
Beroving	30
Seksueel misbruik als volwassene	29
Lichamelijke mishandeling als kind	23

Literatuuronderzoek toont dat er een factor 20 tot 60 verschil is tussen de incidentie van fysieke mishandeling zoals blijkt uit de enquêtes gehouden in de open bevolking en de incidentie gevonden in huisartsenregistraties. Voor seksueel misbruik is het verschil 7 tot 100 maal.² In mijn onderzoek heb ik dit ijsbergfenomeen meer nauwkeurig in kaart gebracht door de 31 huisartsen van de patiënten die we geënuquëteerd hadden – geblindeerd – te vragen of zij bekend waren met de gebeurtenissen die de betreffende patiënten hadden meegemaakt. Ze bleken het beste op de hoogte van lichamelijke mishandeling bij volwassenen (16,9 %) en het minst van inbraken (0,9 %) (tabel 2).³ Gemiddeld bleken de huisartsen te weten van 7,9% van de gebeurtenissen die hun patiënten hadden meegemaakt. Hoe groter de impact van de gebeurtenis, hoe beter de huisarts op de hoogte bleek te zijn. Bovendien werd duidelijk dat huisartsen beter geïnformeerd waren bij laagopgeleide patiënten. Uit eerder onderzoek is bekend dat waar het om huiselijk geweld gaat, artsen hier niet zo gauw aan denken als zij te maken hebben met patiënten die dezelfde sociaal-economische status hebben als zijzelf.⁵

Voor de omvang van het gevonden ijsbergfenomeen zijn verschillende verklaringen. Het ligt voor de hand dat een deel van de patiënten dit soort voorvallen niet vertelt aan de huisarts. Het is de vraag of dit erg is. Er is een grote groep die zich goed redt: 88% van degenen die het niet vertelden aan de huisarts of een andere hulpverlener gaf aan goed vooruit te kunnen zonder professionele hulp, al dan niet met hulp van familie of vrienden. Maar er waren ook slachtoffers die er – uit schaamte of schuldgevoel – noch met de huisarts of met een andere hulpverlener over spraken. Het ging dan met name om slachtoffers van huiselijk geweld, tevens de groep met de meeste symptomen van posttraumatische stress en die het meeste behoefte had aan gespecialiseerde hulp.^{3,4} Ook waren er slachtoffers die niet over hun ervaringen spraken met hulpverleners omdat ze weinig van professionele hulp verwachtten of vonden dat je zo iets zelf moet oplossen.⁴

Dat patiënten hun huisarts niet altijd inlichten over een trauma verklaart het gevonden ijsbergfenomeen maar ten dele. Het bleek namelijk dat slechts een kwart van de huisartsen op de hoogte was van alle gebeurtenissen die aan hen of hun voorgangers verteld waren.³ Gebrekkige registratie zal hierbij een rol spelen. Soms schrijft de huisarts huiselijk geweld – of vermoedens daarvan – niet op, uit angst dat de patiënt of diens partner dit op het

De kern

- ▶ Patiënten die over een ingrijpende gebeurtenis komen vertellen, zoeken in de eerste plaats steun en begrip.
- ▶ Huisartsen zijn van nog geen 10% van de ingrijpende gebeurtenissen die hun patiënten hebben meegemaakt op de hoogte.
- ▶ Slachtoffers van partnergeweld stellen het meestal op prijs als de huisarts het onderwerp aansnijdt.
- ▶ Levensproblemen als echtscheiding, werkloosheid en overlijden van dierbaren zijn aanleiding tot klachten van herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid.

computerscherm zal zien. Of wellicht schat de huisarts in dat de vertelde gebeurtenis van weinig belang is voor de gezondheid van de patiënt. Toch kan een gebeurtenis die nu geen gevolgen lijkt te hebben op termijn aanleiding zijn voor angststoornissen en depressies. Bekend is het voorbeeld van mensen die pas op hoge leeftijd last kregen van PTSS naar aanleiding van hun ervaringen uit de Tweede Wereldoorlog. De gevolgen van zo'n gebeurtenis kunnen zich voorts – op korte of lange termijn – uiten in geïsoleerde symptomen als slaapstoornissen en verhoogd alcoholgebruik.

Tabel 2 Mate waarin de huisarts op de hoogte is van ingrijpende gebeurtenissen van diens patiënten*

Soort gebeurtenis	A Aantal gerapporteerd door patiënten	B Aantal gerapporteerd door huisartsen	B/A Percentage bekend bij huisarts
Inbraken	232	2	0,9
Ernstige ongevallen	211	26	12,3
Oorlog	122	10	8,2
Ramp	139	8	5,8
Lichamelijke mishandeling volwassene	65	11	16,9
Seksueel misbruik als kind	36	5	13,9
Berovingen	29	1	3,4
Seksueel misbruik als volwassene	24	4	16,7
Lichamelijke mishandeling als kind	19	2	10,5
Totaal	877	69	7,9

* In het onderzoek waren 31 huisartsen en 517 patiënten betrokken.

Hulp aan patiënten

Moeten we ernaar vragen?

Moeten we wel wroeten in mensenlevens en vragen naar wat mensen hebben meegemaakt? Een eenvoudig antwoord hierop dat op onderzoek gebaseerd is, valt niet te geven. Toch lijkt het in verschillende situaties belangrijk wel navraag te doen. Als patiënten herhaaldelijk met onverklaarde klachten komen of met klachten waarvan bekend is dat stressoren daar een sterke invloed op hebben, zoals slaapstoornissen en middelenmisbruik, zal het achterhalen van de rol van een ingrijpende gebeurtenis bijdragen aan het maken van een beter behandelplan.

Het is niet altijd eenvoudig om naar ingrijpende gebeurtenissen te vragen. Huisartsen aarzelen met name als het om gewelds-ervaringen gaat.⁶ Patiënten komen daar ook niet gauw mee. Ze geven de huisarts soms subtiele signalen over wat hen overkomt

of overkomen is, om te peilen of deze ervoor openstaat dergelijke problemen te bespreken. Als de huisarts hier goed op reageert, zullen ze het bij een volgend consult eerder durven aankaarten. Uit eerder onderzoek blijkt dat slachtoffers van partnergeweld graag willen dat de huisarts erover begint.⁷

Al met al lijkt het van belang om als huisarts een actieve opstelling te hebben: alert zijn op signalen en doorvragen. Ook kan men het patiënten makkelijker maken over ingrijpende gebeurtenissen in het algemeen te vertellen, door er een gewoonte van te maken om bij het kennismakingsgesprek te vragen naar gebeurtenissen in het verleden. Niet zozeer het antwoord van de patiënt is dan belangrijk, maar de onderliggende boodschap dat de huisarts bereid is dit onderwerp te bespreken.

Basale communicatievaardigheden

Wanneer patiënten hun huisarts over een traumatische gebeurtenis vertellen, hebben de meesten behoefte aan steun en begrip.⁴ Uit mijn onderzoek blijkt dat een derde vindt dat de huisarts daarin tekortschiet. Bovendien wil de helft graag een paar goede gesprekken met de huisarts. Patiënten waarderen verder initiatief van de huisarts bij de follow-up.⁴ Duidelijk is dat een belangrijke verbetering van het resultaat verwacht kan worden wanneer basale communicatievaardigheden beter toegepast worden.

Ruim de helft van de slachtoffers wil hulp voor hun lichamelijke klachten en een derde wil een verwijzing, waarvan de helft naar de GGZ.⁴ In het laatste geval ervaart 60% van de huisartsen problemen: de verwijsmogelijkheden zijn niet voldoende door lange wachtlijsten en gebrek aan gespecialiseerde hulp.⁶ De gespecialiseerde opvang en hulp na rampen zijn sterk verbeterd, maar de faciliteiten voor hulp na traumatische gebeurtenissen die individuele personen meemaken, zijn onvoldoende. Hier ligt een taak voor de GGZ en de overheid.

Voorlichting, follow-up en verwijzing

De huisarts kan aan patiënten die kort na een gebeurtenis met symptomen van een posttraumatische stressstoornis (herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid) komen, de volgende adviezen geven. De huisarts legt de patiënt uit dat dit soort reacties gewoon zijn en mettertijd zullen afnemen. Het is belangrijk dat de patiënt geregeld tijd neemt voor ontspannende bezigheden naast de dagelijkse zaken, maar ook voor de verwerking. Dit laatste kan zijn door erover te praten of te schrijven, of door plaatsen te bezoeken die te maken hebben met de gebeurtenis.⁸ Sociale steun zoeken en het gebruik van dempende middelen minimaliseren (sedativa, alcohol en drugs) lijken ook bij te dragen aan een goede verwerking.

Een goede follow-up van patiënten die een hoog risico lopen om PTSS te ontwikkelen is van belang om tijdig te kunnen verwijzen. Uit mijn multivariate analyses naar de samenhang tussen achtien demografische en zorgkenmerken enerzijds en PTSS-sympto-

men anderzijds bleken de volgende kenmerken samen te hangen met hoge PTSS-scores: zonder partner leven, minder opleiding hebben, meerdere trauma's meegemaakt hebben, de huisarts vaak bezoeken en sedativa gebruiken.³ Deze kenmerken stemmen overeen met resultaten van eerder onderzoek uit het buitenland.⁹ Een hogere leeftijd bleek te beschermen tegen symptomen van PTSS; dit is een nieuwe bevinding. Een risicofactor die ik niet onderzocht, maar die steeds gevonden wordt, is een psychiatrische voorgeschiedenis van de patiënt of diens familie.⁹

Huisartsen zouden patiënten kunnen verwijzen naar therapeuten die technieken als *Eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) of schrijftherapie beheersen: behandelingen waarvan de effectiviteit is aangetoond.¹⁰⁻¹²

Verslaglegging

Uit mijn onderzoek blijkt dat huisartsen een groot deel van de gebeurtenissen weliswaar ooit geweten hebben, maar weer 'vergeten' zijn. Goede verslaglegging is dus cruciaal. Ook als een gebeurtenis in eerste instantie weinig impact lijkt te hebben, dient hiervan een aantekening te worden gemaakt; dat een patiënt het vertelt, geeft het belang al aan. Omwille van een goede registratie zou in de nascholing aandacht besteed moeten worden aan het dilemma van de voordelen van een geheugensteuntje enerzijds en stigmatisering en privacybescherming anderzijds.

Nieuwe inzichten over PTSS-symptomen

PTSS kan per definitie alleen optreden na gebeurtenissen die acuut levensbedreigend zijn.¹ Uit mijn onderzoek is echter gebleken dat mensen die *life events* hebben meegemaakt gemiddeld even hoog scoorden op een PTSS-symptomenlijst als mensen die een ongeval of een oorlog meemaakten (tabel 3). Dergelijke bevindingen zijn in enkele eerdere onderzoeken gedaan.^{13,14} Wellicht zou men kunnen spreken van een continuüm aan ingrijpende gebeurtenissen – te ordenen naar de mate waarin ze levensbedreigend zijn – die alle aanleiding zijn tot het ontwikkelen van PTSS-symptomen. Aan de ene kant staan de zeer direct levensbedreigende gebeurtenissen zoals gevechtshandelingen en verkrachting. Aan de andere kant staan de vaker voorkomende gebeurtenissen als ernstige problemen met werk, relaties, financiën en chronische ziekte van de betrokkene of diens naasten die op een meer symbolische wijze levensbedreigend zijn, in die zin dat ze de normale gang van zaken verstoren en het beeld van onze plaats in de wereld veranderen.

Het is nog onduidelijk of de bevinding dat *life events* PTSS-symptomen kunnen geven, aanleiding is het begrip PTSS te herdefiniëren.¹⁵ Als een breder scala aan gebeurtenissen in de definitie wordt opgenomen, houdt dit het risico in van medicalisering en claimgedrag.¹⁶ Terwijl men zich in de psychiatrie over deze kwestie buigt, vind ik het belangrijk dat huisartsen weten dat patiënten ook bij niet direct levensbedreigende gebeurtenissen, de

symptomen van PTSS – herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid – kunnen krijgen. Hoewel dit niet is onderzocht, is het wel waarschijnlijk dat niet alleen patiënten na trauma's, maar ook patiënten die life events hebben meegemaakt baat zouden hebben bij de in dit artikel genoemde voorlichting. Of de specifieke behandelingen voor klassieke PTSS effectief zijn bij PTSS-symptomen na life events zou onderzocht moeten worden.

Tabel 3 Gemiddelde PTSS-symptoomscore per soort gebeurtenis (n=803, maximale score 51)

	n	PTSS-symptoomscore trauma	PTSS-symptoomscore life events
Ernstig ongeval	42	2,4	
Plotselinge dood dierbaar persoon	142	2,8	
Getuige geweld	4	3,0	
Ramp	16	3,1	
Moord of zelfmoord dierbaar persoon	26	3,8	
Oorlog	23	4,1	
Berooving	5	6,6	
Lichamelijke mishandeling volwassene	9	7,7	
Seksueel misbruik volwassene	4	11,3	
Mishandeling of seksueel misbruik kind	13	11,3	
Inbraak (inbreker niet gezien)	11		2,5
Overlijden dierbare	208		2,9
Diversen, niet traumatisch (Chronische) ziekte, dierbare	14		3,1
	95		4,1
Ernstige ziekte, zelf	91		5,6
Problemen met studie of werk	19		5,8
Relatieproblemen	81		6,6

Conclusie

In het dagelijks werk van de huisarts kunnen eenvoudige maatregelen de zorg voor de patiënt na ingrijpende gebeurtenissen verbeteren: signaleren, bespreekbaar maken, begrip en steun geven en gebeurtenissen goed noteren. Daar hoort ook bij dat de huisarts het initiatief neemt tot follow-up, eventueel in de vorm van een paar gesprekken. Bij bepaalde groepen dient men extra alert te zijn op PTSS-symptomen. Daarnaast ligt er een taak bij de geestelijke gezondheidszorg in het vergroten van de capaciteit van de gespecialiseerde hulp.

Praktiserende huisartsen die verstandig met hun schaarse tijd omgaan en geen handelingen willen doen die niet evidence-based zijn, zullen zich wellicht afvragen of genoemde aanbevelingen tot een betere gezondheid leiden. De bewijskracht van het beschikbare onderzoek is matig: prospectieve onderzoeken voor het opsporen van risicofactoren bij mensen in de open populatie die nog niet zijn blootgesteld aan een trauma, ontbreken. Ook zijn er geen RCT's gedaan voor verschillende huisartsgeneeskundige

benaderingen, mede gezien de methodologische implicaties hiervan. Ondertussen dienen deze patiënten zich aan op het spreekuur en willen we hen helpen. Ik meen dat mijn aanbevelingen de huisarts zelf weinig tijd kosten, en in sommige gevallen op termijn zelfs tijd zullen besparen. Best evidence dus.

Dankbetuiging

Veel dank aan Gerben Bruinsma voor zijn hulp bij het schrijven van dit artikel. Dank ook aan Geert-Jan Dinant voor het doorlezen van het manuscript.

Literatuur

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: APA, 1994.
- Mol SSL, Dinant GJ, Metsemakers JF, Knottnerus JA. Ingrijpende gebeurtenissen in Nederland: waarnemingen in de open populatie en in de huisartspraktijk vergeleken – een literatuuroverzicht. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:1308-14.
- Mol SSL. Trauma, life events and PTSD: a challenge for patients and family doctors (Proefschrift). Maastricht: Universiteit Maastricht, 2002.
- Mol SSL, Dinant GJ, Vilters-van Montfort PAP, Metsemakers JF, Van den Akker M, Arntz A, et al. Traumatic events in a general practice population: the patient's perspective. *Family Practice* 2002;19:390-6.
- Easteal PW, Easteal S. Attitudes and practices of doctors towards spouse assault victims: an Australian study. *Violence Vict* 1992;7:217-28.
- Van den Akker M, Mol SSL, Metsemakers JFM, Dinant GJ, Knottnerus JA. Barriers in the care of patient's who have experienced a traumatic event: the perspective of general practice. *Family Practice* 2001;18:214-6.
- Friedman LS, Samet JH, Roberts MS, Hudlin M, Hans P. Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices. *Arch Intern Med* 1992;152:1186-90.
- Mol S. Bent u daar nu nóg niet overheen....? Over de begeleiding bij ingrijpende gebeurtenissen. *Cahier over communicatie en attitude nr 17*. Utrecht: NHG, 2001.
- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:748-66.
- Stanton AL, Danoff-Burg S, Sworowski LA, Collins CA, Branstetter AD, Rodriguez-Hanley A, et al. Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *J Clin Oncol* 2002;20:4160-8.
- Smyth J, Helm R. Focused expressive writing as self-help for stress and trauma. *J Clin Psychol*. 2003;59:227-35.
- Cahill SP, Carrigan MH, Frueh BC. Does EMDR work? And if so, why? A critical review of controlled outcome and dismantling research. *J Anxiety Disord* 1999;13:5-33.
- Kelly B, Raphael B, Judd F, Perdices M, Kernutt G, Burnett P, et al. Posttraumatic stress disorder in response to HIV infection. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20:345-52.
- Schut HA, De Keijser J, Van den Bout J, Dijkhuis JH. Post-traumatic stress symptoms in the first years of conjugal bereavement. *Anxiety Research* 1991;4:225-34.
- Kudler H. The limiting effect of paradigms on the concept of traumatic stress. In: Shalev AY, Yehuda R, McFarlane AC, editors. *International handbook of human response to trauma*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000:3-11.
- Bremner JD. Acute and chronic responses to psychological trauma: where do we go from here? *Am J Psychiatry* 1999;156:349-51.