

**Eindrapportage onderzoek onder
huisartsen bij het ondersteunen van een
patiënt na een traumatische gebeurtenis:**
Ondersteuningsbehoefte, samenwerkingsrelaties, rol van de huisarts
en het gesprek met de patiënt

Inhoud

1. Aanleiding	3
2. Inleiding	6
2.1 De betrokkene	7
2.1.1 Welke fases gaat een betrokkene van een ramp door?	7
2.1.2 Gevolgen traumatische gebeurtenis op gezondheidssituatie betrokkenen.....	8
2.1.3 Behoeftes van de betrokkene.....	8
2.2 De huisarts	10
2.2.1 Huisarts als poortwachter naar de zorg.....	10
2.2.2 Wanneer komt de huisarts in beeld?.....	10
2.2.3 Toolkit nazorg na rampen voor de huisarts	11
2.2.4 Verschillende fases nazorg	12
2.2.5 Stepped care	13
2.2.6 Barrières in de ondersteuning van betrokkenen	14
2.2.7 Factoren van invloed op het nazorgproces	15
3. Methoden	17
4. Resultaten	21
4.1 Rolopvatting	21
4.2 Werkwijze	24
4.2.1 Standaarden en richtlijnen	24
4.2.2 Samenwerkingsrelaties	25
4.2.3 In gesprek met de patiënt.....	28
4.2.4 Vaardigheden.....	29
4.3 Ondersteuningsbehoefte huisarts	30
Conclusie eindrapportage	34
Aanbevelingen	40
Literatuurlijst	44
Bijlagen	49
Bijlage 1: Informatiefolder huisartsen.....	49
Bijlage 2: informatie brief van de heer Donker.....	52
Bijlage 3: informatiebrief huisartsen.....	53
Bijlage 4: interview topic lijst	56

1. Aanleiding

Op 18 maart 2019, wordt er om 10:45 uur een eerste melding gemaakt bij de politie over een schietincident in een tram op het 24 Oktoberplein in Utrecht. In deze tram, op weg naar Station Utrecht Centraal, worden diverse personen beschoten door één schutter. In eerste instantie komen drie mensen om het leven en raken drie personen zwaargewond. Het schieten veroorzaakt direct hectiek, waardoor nog minstens vier mensen lichtgewond raakten. Naast het ter plekke behandelen van gewonden wordt het overgrote deel van deze slachtoffers overgebracht naar de calamiteitenafdeling van het Universitair Medisch Centrum Utrecht, geopend voor de onmiddellijke opvang van slachtoffers onder bijzondere omstandigheden. De getuigen worden met bussen naar twee politiebureaus vervoerd voor verhoor. Daar zijn medewerkers van Slachtofferhulp Nederland aanwezig voor eventuele opvang.

Na een ramp of schokkende gebeurtenis kan er een trauma ontstaan. Een trauma ontstaat wanneer na vier weken de klachten, als gevolg van de schokkende gebeurtenis, blijven bestaan of verergeren. De klachten of problemen waar mensen met een trauma mee te maken krijgen zijn divers van aard, maar hebben veelal betrekking op somberheid, angsten en wantrouwen (UMC Utrecht, z.d.).

Gezondheidswerkers worden geacht een belangrijke rol te spelen na een traumatische gebeurtenis, zowel in de responsfase in de eerste nasleep, als tijdens het herstelproces op langere termijn (Johal et al., 2016). Betrokkenen van een traumatische gebeurtenis die professionele zorg wensen om over de traumatische gebeurtenis heen te komen, kennen hun huisartsen dan ook een belangrijke rol toe bij het omgaan met de nasleep van de traumatische gebeurtenis (Mol et al., 2002). Huisartsen spelen hierbij een cruciale rol als poortwachter van de zorg en bekende zorgverlener in de buurt (IJzermans, 2013). Interessant is dat uit onderzoek van Green et al. (2011) naar voren kwam dat huisartsen zich vaak onvoorbereid voelen als ze met getraumatiseerde patiënten te maken krijgen.

Naar aanleiding van boven beschreven tramaanslag heeft de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) van GGD regio Utrecht (GGDrU) op advies van (de expertgroep van) het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (Hierna: RIVM) een gezondheidsonderzoek gestart naar de impact van de aanslag op het 24 Oktoberplein op actoren die hier direct of indirect bij betrokken zijn geweest. “De gemeente heeft bij dit soort incidenten de plicht om nazorg te geven. hoe de hulpverlening is gegaan en hoe het mensen achteraf vergaat. De gemeente wil dit weten omdat ze zich betrokken voelt, maar ze willen ook kijken of het goed genoeg gaat”, aldus de DPG Regio Utrecht in het RTV Utrecht-programma UVandaag (RTV Utrecht, 2019). Inmiddels is dit onderzoek afgerond, zie Eindrapportage onderzoek onder

betrokkenen bij de tramaanslag in Utrecht op 18 maart 2019 (Plevier, 2021). De doelstelling van dit kwalitatieve onderzoek was monitoren of direct getroffen, ooggetuigen, familie en nabestaanden de zorg krijgen die nodig is. Klachten die besproken werden waren slapeloosheid en concentratieproblemen, lichamelijke problemen, stressklachten en PTSS gerelateerde klachten.

Wat betreft de zorgbehoefte en -gebruik van de geïnterviewde betrokkenen, tonen de interviews van dit onderzoek aan dat een half jaar na de aanslag zeventien van de 21 geïnterviewden contact hebben gehad met een huisarts, en heeft een kleinere groep contact gehad met een psycholoog, psychotherapeut en/of psychiater. Naast de geïnterviewden die aan hebben gegeven hulp of begeleiding te ontvangen bij het verwerken van de ervaringen of aan hebben gegeven deze niet nodig te hebben, kampt zowel een half jaar als anderhalf jaar na de tramaanslag een deel van de geïnterviewden nog met (een) niet-gevulde zorgbehoefte. Zo hebben een half jaar na de tramaanslag acht van de 21 geïnterviewde betrokkenen aangegeven meer hulp of begeleiding nodig te hebben, en drie van de 21 geïnterviewden gaven aan niet de juiste vorm van hulp of begeleiding te krijgen bij de verwerking van hun ervaringen. Aan de tweede meting, anderhalf jaar na de tramaanslag, namen 15 betrokkenen deel. Met hen is wederom de zorgbehoefte en gebruik besproken. Hieruit kwam naar voren dat van de vijftien twaalf geïnterviewde betrokkenen vonden dat zij de juiste soort hulp en begeleiding ontvingen. Acht van de vijftien geïnterviewde betrokkenen hadden nog behoefte aan begeleiding waarvan drie betrokkenen meer begeleiding wenste, vier betrokkenen evenveel en een betrokkene minder begeleiding. Door enkele betrokkenen werd aangegeven dat het als lastig werd ervaren om de geschikte zorg te ontvangen of op de juiste plek in behandeling te komen. Redenen die hiervoor gegeven worden zijn onvoldoende kennis over de weg in het zorglandschap of over welke zorg passend zou zijn. Ook gaven sommige respondenten aan eerst geprobeerd te hebben de gebeurtenis zelf een plekje te geven om er later achter te komen toch professionele hulp nodig te hebben. Daarnaast is door een enkeling ook genoemd dat werd afgezien van zorg vanwege financiële moeilijkheden (Plevier, 2021).

Het vinden en bieden van (passende) hulp voor slachtoffers van rampen en incidenten is relevant voor de verwerking van hun ervaringen, blijkt uit onderzoek van Stene, Wentzel-Larsen en Dyb (2016) onder de overlevenden van de Utoya-aanval in Noorwegen. Ook na dit incident gaven mensen aan dat ze niet de juiste zorg hebben gehad, en bleek de niet-gevulde zorgbehoefte van deze slachtoffers gerelateerd aan hogere niveaus van posttraumatische stress, angst/depressie en somatische klachten, en weinig sociale steun.

De huisarts is, volgens IJzermans (2013), geschikt om bij klachten van patiënten na te gaan of deze klachten wel of niet in orde zijn en dienovereenkomstig te handelen. Bovendien leidt het coördinatorschap ertoe dat de huisarts op de hoogte is van *life-events* van patiënten, van aanwezige chronische aandoeningen en van co-morbiditeit die daar vaak mee gepaard gaat.

Wanneer zorgbehoeften onvervuld blijven lijkt het relevant om te begrijpen, allereerst hoe het zorgproces na rampen en incidenten in werking treedt, en ten tweede welke barrières hiermee geassocieerd zijn (Chen & Hou, 2002). Zoals hierboven gesteld zijn de meeste betrokkenen van de tramaanslag naar de huisarts geweest. Ondanks dat betrokkenen bij de huisarts zijn geweest ervaren zij het vinden van de gewenste zorg als lastig. Gezien de centrale rol die huisartsen spelen in de toeleiding naar zorg bracht deze bevinding de GGD regio Utrecht op de vraag of en welke ondersteuning huisartsen nodig hebben om patiënten die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt te begeleiden naar de gewenste zorg.

Doel onderzoek

Het doel van dit onderzoek is inzicht bieden in de rol, ervaringen en informatiebehoefte van huisartsen in de begeleiding van getroffen patiënten na een ramp of traumatische gebeurtenis. Aan de hand van literatuuronderzoek en interviews met huisartsen wordt beoogd antwoord te geven op drie onderzoeksvragen: Hoe vatten huisartsen hun rol op in het zorgproces wanneer zij te maken krijgen met slachtoffers en nabestaanden van een ramp/schokkende gebeurtenis? Op welke wijze kunnen de huisartsen voorzien in de zorgbehoefte van de slachtoffers, nabestaanden van een ramp? Wat heeft de huisarts nodig om erin te slagen de slachtoffers en nabestaande van een ramp te voorzien van passende zorg, zodat zij terug kunnen keren naar hun 'normale' dagelijkse situatie? Met dit onderzoek willen we een inzicht geven in hoe het zorgproces, en de rol van huisartsen hierbinnen, na rampen en schokkende gebeurtenissen er op dit moment uitziet en welke ondersteuningsbehoefte de huisarts zelf heeft.

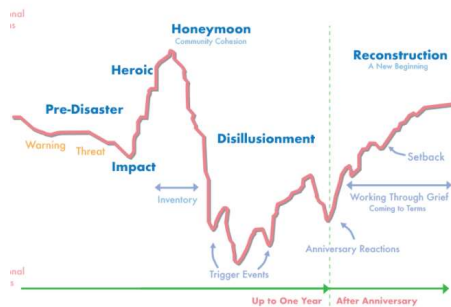
2. Inleiding

Een ramp heeft een grote impact op de betrokkenen van de ramp maar ook op de samenleving als geheel. Zoals Hermans (2010) aangeeft: “De emotionele gevolgen van schokkende gebeurtenissen zijn niet alleen verantwoordelijk voor zeer veel gezondheidsproblemen maar in toenemende mate raakt het, het functioneren van de hele samenleving”. Een ramp kan worden geïnterpreteerd als een gebeurtenis die grote vernietiging/schade en menselijk leed veroorzaakt. De tramaanslag, op 18 maart 2019, veroorzaakte een zwarte dag voor de Nederlandse samenleving. Meer dan één jaar na de aanslag hebben slachtoffers, ooggetuigen en nabestaanden, hierna te noemen betrokkenen, nog steeds te kampen met de gevolgen van deze tramaanslag (Plevier, 2021). In dit onderzoek kunnen de termen traumatische gebeurtenissen en rampen beide gebruikt worden, daarom wordt er vooraf een definitie gegeven zodat duidelijk is waar over gesproken wordt. Volgens de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NTvP), kan elke gebeurtenis die een feitelijke of dreigende dood, een ernstige verwonding, of seksueel geweld meebrengt traumatisch zijn. Voorbeelden hiervan zijn: Betrokken zijn bij een ernstig ongeval, lichamelijk aangevallen of mishandeld worden, seksueel aangevallen, mishandeld of misbruikt worden, betrokken zijn bij een natuurramp zoals een aardbeving, bosbrand of overstroming en als iemand betrokken of getuige was van een ramp of als een vriend of familielid betrokken was bij een levensbedreigende gebeurtenis, ernstig gewond raakte, of plotseling en onverwacht is overleden. Het gaat in dit onderzoek dan ook niet om ingrijpende levensgebeurtenissen zoals emotionele verwaarlozing in de kindertijd of een natuurlijke dood van een dierbare (NTvP, z.d.). Wanneer specifiek enkel over rampen gesproken wordt dan is dat stuk enkel van toepassing op situaties waar sprake is van een ramp. De wettelijke definitie van een ramp is; een zwaar ongeval of een gebeurtenis waarbij het leven en de gezondheid van veel personen, het milieu in ernstige mate zijn geschaad of worden bedreigd, en waarbij een gecoördineerde inzet van diensten of organisaties van verschillende disciplines is vereist om de dreiging weg te nemen of schadelijke gevolgen te beperken (IVF, 2017). Zoals in de aanleiding omschreven erkennen betrokkenen van rampen of traumatische gebeurtenissen, hun huisarts een belangrijke rol toe. Om context te geven aan de rol van de huisarts en wanneer de betrokkenen ondersteuning zoekt bij de huisarts wordt in dit hoofdstuk een samenvatting gegeven van bevindingen uit de literatuur.

2.1 De betrokkene

2.1.1 Welke fases gaat een betrokkene van een ramp door?

Betrokkenen van een ramp gaan verschillende fases door na de ramp waardoor de zorgbehoefte over de tijd ook kan variëren in intensiteit en vorm. Raphael (1986) ontwikkelde hier een model voor, zie figuur 2.1.



Figuur 2.1: Verschillende fases na een ramp

De eerste fase is de impactfase: de ramp vindt plaats. Veiligheid, eerste levensbehoeften en informatie zijn op dit moment het belangrijkste voor de betrokkenen. Gevoelens als woede, verdriet, angst en hulpeloosheid kunnen op dat moment worden ervaren door de betrokkenen. Na de impactfase komt de honeymoonfase. Deze fase start een paar dagen nadat de ramp of crisis heeft plaatsgevonden. De honeymoonfase kan drie tot zes maanden duren. In deze fase wordt noodhulp geboden, herdenkingen georganiseerd en er is spontane hulp vanuit de maatschappij. Er is veel sociale steun wat zorgt voor binding tussen de betrokkenen en de maatschappij. De aanwezige sociale steun in deze fase zal niet altijd voortbestaan. Om deze reden is het belangrijk dat professionele hulp in deze fase zich zichtbaar, toegankelijk en behulpzaam opstelt om de basis te leggen voor de professionele hulp en de sociale ondersteuning die betrokkenen in de toekomst nodig hebben. De volgende fase waar de betrokkenen in terecht komen is de desillusie-fase, in deze fase keert de samenleving weer terug naar hun dagelijkse routine. De ramp staat niet meer in de belangstelling. Het feit dat de samenleving weer terugkeert naar hun dagelijkse situatie en georganiseerde hulp zich terugtrekt kan er een gevoel van in de steek gelaten ontstaan bij een deel van de betrokkenen. Psychosociale behoeften kunnen vergroten en voor een minderheid van de betrokkenen kunnen langdurige stressreacties leiden tot stoornissen die het werk of relaties verstoren. Indien het dagelijks functioneren verstoord zijn is professionele zorg vereist. In deze fase wordt het herstel ervaren als traag, lang, pijnlijk en complex. Betrokkenen geven aan dit een moeilijke fase te vinden omdat het vinden van de juiste psychologische zorg en de juiste informatie lastig is. Deze fase wordt ook wel gezien als de 'ramp na de ramp' en kan meerdere jaren duren (Netten

et al., 2018). Het is van belang zo goed en zo snel mogelijk terug te keren naar het ‘dagelijks’ leven en zo de effecten van een ramp zoveel mogelijk te beperken (Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2011). Terugkeren naar normaal houdt hier niet in dat alles wordt zoals het was voor de ramp/crisis maar dat er een nieuw ‘normaal’ ontstaat (Zannoni, 2011).

2.1.2 Gevolgen traumatische gebeurtenis op gezondheidssituatie betrokkenen

De klachten die ontstaan bij betrokkenen van een traumatische gebeurtenis lopen uiteen. Veel voorkomende klachten zijn; waakzaamheid, schrikreacties, sterke angst, depressieve gevoelens, vermoeidheid, lichamelijke klachten, irritaties, slaapproblemen, herbelevings- en vermijdingsreacties en rouw. Uit deze klachten kunnen verscheidene stoornissen ontstaan. De meest voorkomende stoornissen na een ramp zijn: angststoornissen, depressieve stoornissen, lichamelijke onverklaarde klachten (LOK), acute stress-stoornis (ASS), posttraumatische stress-stoornis (PTSS) en middelenmisbruik (Impact, 2014).

2.1.3 Behoeftes van de betrokkene

Huisartsen dienen bewust te zijn van de veranderende behoeften van een betrokkene van een ramp, in de loop van de dagen, weken, maanden en jaren die volgen (Ozby et al., 2013). In het artikel van Jordan (2015) wordt gesproken over de ‘disaster survivor hierarchy of needs’. Dit is een schematische weergave van de verschillende componenten wat van toepassing is op het herstel van een betrokkene. De hiërarchie is gebaseerd op de uitgebreide ervaringen van de auteur op het gebied van rampenbestrijding met natuurrampen en door mensen veroorzaakte rampen. Allereerst heeft men behoefte aan de eerste levensbehoeftes, zoals eten, water en onderdak. Daarna heeft men behoefte aan een gevoel van veiligheid. Dit komt overeen met de impact fase besproken aan het begin van dit rapportage. Vervolgens heeft men behoefte aan ondersteuning van familie en vrienden. Dit benadrukt het belang van een sterk sociaal netwerk. Daarna is er behoefte om de stressreacties te verminderen. Hierbij dienen problemen aangepakt te worden zoals nachtmerries, flashbacks en hyperventilaties. Vervolgens hebben betrokkenen behoefte om de verliezen na een ramp te verwerken. Betrokkenen kunnen te maken hebben met het verlies van dierbare of van eigendommen. De noodzaak om met deze verliezen om te gaan, is belangrijk voor de genezing (Jordan, 2015). Volgens Jordan (2015) is het hoogste niveau van het herstel na een ramp assimilatie of accommodatie. Assimilatie houdt in dat de betrokkene de ramp heeft verwerkt in zijn of haar leven. Accommodatie houdt in dat de betrokkene aanpassingen heeft gedaan in zijn of haar leven om de ramp te verwerken. Hiermee wordt bijvoorbeeld bedoeld dat wanneer men in de bedreigende situatie van een ramp zit, diegene

denkt als ik hieruit kom dan ga ik bijvoorbeeld een weeshuis bouwen of een verre reis maken. Wanneer diegene dan daadwerkelijk dat weeshuis bouwt of die verre reis maakt kan er gesproken worden van de verwerking van de ramp. Hoe snel een betrokkene assimileert of accommodeert is afhankelijk van de betrokkene zelf. Jordan (2015) stelt dat het meenemen van deze hiërarchie van behoeftes belangrijk is bij het doen van geestelijk gezondheidswerk. Het beoordelen van het behoeftes niveau van een betrokkene is belangrijk om niet alleen te begrijpen aan welke behoefte nog niet is voldaan, maar ook om te begrijpen welke behoeftes nog aangepakt dienen te worden. Wanneer de basisbehoeftes van een betrokkene bijvoorbeeld nog niet zijn vervuld, kan waarschijnlijk niet volledig ingegaan worden op de rouwverwerking. Allereerst dient namelijk voorzien te worden in essentiële overlevingsbehoeften, zoals onderdak of veiligheid voordat aan behoeften op een hoger niveau, zoals rouwverwerking kan worden voldaan (Jordan, 2015).

De behoeftes t.a.v. de ondersteuning door een huisarts van een patiënt die een traumatische gebeurtenis heeft meegemaakt gaat met name over steun en begrip op het moment dat zij over de gebeurtenis vertellen (Mol, 2004). Ditzelfde onderzoek toont aan dat patiënten, van een traumatische gebeurtenis, het als prettig ervaren wanneer het initiatief van de follow-up bij de huisarts ligt (Mol, 2004). De drie belangrijkste tekortkomingen die patiënten betrokken bij verschillende traumatische gebeurtenissen, zoals ongevallen, rampen, berovingen en seksueel misbruik vrijwillig aangaven in het onderzoek van Mol (2002) waren een gebrek aan initiatief van de kant van de arts om het onderwerp ter sprake te brengen of erop terug te komen in latere consulten; gebrek aan sympathie/steun en het gevoel te hebben niet serieus genomen te worden. De meeste adviezen van de patiënten hadden te maken met steun en aandacht: de patiënt serieus nemen, steun en troost bieden, aandachtig luisteren en de patiënt grondig bevragen. De overige suggesties hadden betrekking op voldoende tijd nemen, doorverwijzen, verzorgen van lichamelijke klachten. Kortom de patiënt wenst van de huisarts een luisterende houding, meer sympathie en support, meer initiatief in het vragen hoe een patiënt omgaat met de trauma en bij het plannen van een aantal goede gesprekken (Mol, 2002).

Volgens Parker et al. (2006) dienen volksgezondheidmedewerkers, waaronder de huisarts, over een aantal competenties te beschikken wanneer zij iemand bijstaan bij de psychosociale zorg na een ramp. Een aantal van de competenties zijn: actief luisteren, prioriteiten stellen en reageren op de behoeften van de betrokkenen, lichte psychische problemen herkennen en daar informatie overgeven, communiceren van hoe om te gaan met

ASS, het kunnen herkennen van de risicofactoren van een slechte geestelijke gezondheid en de risicofactoren hierop kunnen verminderen door er bewustzijn voor te creëren en de betrokkenen doorverwijzen voor gespecialiseerde gezondheidszorg (Parker et al., 2006).

2.2 De huisarts

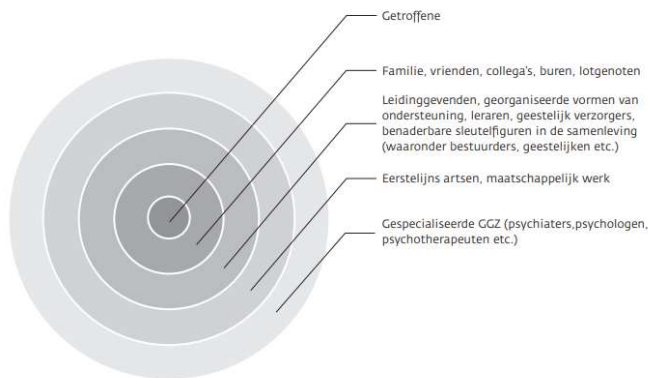
2.2.1 Huisarts als poortwachter naar de zorg

Zoals eerder gesteld spelen de huisartsen een belangrijke rol in het vinden van de juiste zorg als poortwachters van de zorg en als de laagdrempelige en bekende zorgverlener in de buurt. De huisarts is de laagdrempelige bekende zorgverlener in de buurt. Hierdoor speelt de huisarts een belangrijke rol bij het bieden en vinden van passende hulp van betrokkenen van een ramp of traumatische gebeurtenis (IJzermans, 2013). Wanneer betrokkenen op zoek zijn naar zorg voor hun gezondheidsklachten of psychosociale klachten dan nemen ze contact op met de huisarts. In Nederland biedt de huisarts een basisaanbod aan zorg aan. Hier valt onder: de inventarisatie van alle klachten en aandoeningen, vraagverheldering, verwijzing en begeleiding van patiënten (LHV, 2015). Daarbij is de huisarts de poortwachter naar de geestelijke gezondheidszorg/duurdere specialistische zorg (Impact, 2014). De huisarts heeft daarbij vaak ook een POH-GGZ in de praktijk, waar zij laagdrempelig naar kunnen doorverwijzen. Een POH-GGZ is meestal een sociaal psychiatrisch verpleegkundige of een psycholoog die onder verantwoordelijkheid van de huisarts psychodiagnostiek of kortdurende behandelingen verricht (Magnée et al., 2016). Een POH-GGZ kan eventuele verdere diagnostiek of behandeling van psychische klachten op zich nemen. De huisarts blijft tijdens de hele vervolgbehandeling verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorg (GGZ, z.d.). Kortom, vanwege hun vaardigheden in het omgaan met zowel psychologische als fysieke gezondheidsproblemen - ze kennen de psychosociale context van hun patiënten, de gemeenschappen waar ze vandaan komen en hun medische en familiegeschiedenis – zijn huisartsen het meest geschikt om met patiënten om te gaan, die een schokkende gebeurtenis of ramp hebben meegemaakt (RACGP, 2015).

2.2.2 Wanneer komt de huisarts in beeld?

In het nazorgproces na een ramp of crisis wordt allereerst uitgegaan van de zelfredzaamheid en veerkracht van de betrokkenen. Uit onderzoek komt naar voren dat het grootste deel van de betrokkenen zelf in staat is om de ramp te verwerken en om het dagelijkse leven weer te hervatten na een bepaalde periode (Williams & Drury, 2009). Wanneer een betrokkene wel behoefte heeft aan hulp zal hij/zij deze hulp zoeken. In het nazorgproces zoekt de betrokkene

allereerst steun bij zijn sociale omgeving. Dit sluit aan bij het kringenmodel (Impact, 2014). Dit model laat zien welke partijen zich rondom de betrokkenen bevinden (zie figuur 2.2).



Figuur 2.2: Kringenmodel

De sociale omgeving bevindt zich in de eerste kring. Dit bestaat uit naasten, familie, lotgenoten, vrienden. De aanname is dat het overgrote deel terug zal vallen op de ondersteuning van mensen in hun leefomgeving. Wanneer de steun vanuit de omgeving onvoldoende is voor de betrokkenen schuift de betrokkenen naar de volgende kring waarbij de eerste professionele zorg gevonden wordt in de derde kring: de huisarts (Impact, 2014). De betrokkene is zelf verantwoordelijk om hulp te zoeken van een huisarts. De huisarts vormt vervolgens de 'hoofdroute' naar meer gespecialiseerde zorg wanneer dat nodig is. Elke kring vormt als het ware een filter voor de toestroom naar de volgende kring (Impact, 2017).

2.2.3 Toolkit nazorg na rampen voor de huisarts

In 2008 is er een project 'samenwerking huisartsen GHOR', gestart in opdracht van Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), GHOR, het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en de Vereniging Huisartsenpost Nederland (VHN). Het doel van dit project is te komen tot goede landelijke en regionale afspraken tussen de GHOR en huisartsen over taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, borging van afspraken, opleiden, trainen en oefenen van structurele inbedden. Dit om te kunnen voldoen aan de zorgbehoefte van de patiënt die betrokken is bij een ramp. Begin februari 2011 is de Toolkit 'goed voorbereid op nazorg bij rampen' verspreid onder huisartsen (vertegenwoordigers) en GHOR regio's (LHV, 2010). De Toolkit biedt handige informatie over de voorbereiding op en de organisatie van onder meer langdurige zorg na rampen. De Toolkit is een goed hulpmiddel waarmee een huisarts zich kan voorbereiden op psychosociale nazorg na rampen. De Toolkit bevat een checklist die de rol van de huisarts in de nazorg duidelijk moet maken. Daarbij geeft het de huisarts allerlei informatie over psychosociale klachten en met welke organisaties de huisarts te maken krijgt. Tevens geeft de

Toolkit informatie over de organisatie van de drie fases, acute rampenopvang, eerste nazorgfase, tweede nazorgfase (LHV, 2010).

2.2.4 Verschillende fases nazorg

Zoals hierboven wordt gesteld staat in de Toolkit Nazorg na rampen de verschillende fases van de nazorg omschreven en wat de rol van de huisarts binnen deze fases is. De nazorg start met de eerste nazorgfase. In deze fase speelt de huisarts een centrale rol (LHV, 2010). De huisarts is de geschikte hulpverlener in dit proces omdat de huisarts zijn/haar patiënt en de voorgeschiedenis van de patiënt kent. Hierdoor kunnen onverklaarde klachten beter geplaatst worden (Impact, 2014). De eerste zes weken dient er afwachtend opgetreden te worden door de huisarts: watchful waiting, Het is namelijk in deze periode nog niet duidelijk of psychische klachten blijvend zijn. De taken van de huisarts in deze fase zijn niet anders dan de reguliere taken van de huisartsen.

- Bieden van begeleiding
- Herkennen van lichte psychische problemen en hier informatie over geven
- Herkennen van risicofactoren voor een slechte uitkomst van psychische gezondheid en dit risico verkleinen door een verhoogde alertheid
- Herkennen van potentieel ernstige psychische problemen en hier informatie over geven.
- Herkennen en inzetten van informele en formele bronnen voor interpersoonlijke steun.
- Weten wanneer en hoe te verwijzen naar meer formele vormen van geestelijke gezondheidszorg (LHV, 2010).

Naast dat de huisarts in deze fase de taak heeft psychische problemen te herkennen dient zij ook onderscheid te maken tussen betrokkenen. Betrokkenen kunnen opgedeeld worden in drie groepen, *de psychologische triage*. De eerste groep betrokkenen zijn betrokkenen die een normale stressreactie laten zien op een ingrijpende gebeurtenis. Deze groep herstelt vaak met behulp van het eigen sociale netwerk en de aanwezige veerkracht bij de desbetreffende getroffen. De tweede groep zijn de betrokkenen die een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van verwerkingsproblematiek. Hierbij dient de huisarts actief te monitoren zodat er op tijd ingegrepen kan worden mocht er een behandeling noodzakelijk zijn om een stoornis te voorkomen. De derde groep zijn de betrokkenen die direct psychosociale problematiek ontwikkelen als gevolg van de ramp. Deze groep dient onmiddellijke psychosociale hulpverlening te krijgen (LHV, 2010 & Bonanno 2004). De eerste nazorgfase duurt ongeveer drie maanden.

Na de eerste nazorgfase volgt de tweede nazorgfase, deze fase kan jaren voortduren. Ook in deze fase speelt de huisarts een centrale rol. In deze fase zijn de taken van de huisarts diagnosticeren, behandelen en doorverwijzen. Het is belangrijk dat de huisarts in staat is de juiste diagnose te stellen. De diagnose bepaalt welke behandeling de betrokkenen nodig heeft en zorgt ervoor dat er op het juiste niveau en juiste plaats zorg wordt verleend (NHG, 2014). NHG-standaarden zijn richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van veel aandoeningen die in de huisartsenpraktijk voorkomen (NHG, z.d.). Er zijn NHG-standaarden beschikbaar voor angst- en depressieve stoornissen en middelenmisbruik. ASS en PTSS zijn niet terug te vinden in de NHG-standaarden. Voor een diagnose op ASS kan gebruik gemaakt worden van de DSM-IV. Voor een diagnose PTSS kan gebruik gemaakt worden van de Clinician Adminstrated PTSD Scale (LHV, 2010). Daarbij moet in gedachten gehouden worden dat wanneer een klacht of symptoom niet onder klinische criteria valt voor een stoornis dit niet betekent dat de klacht of symptoom irrelevant is (Havenaar et al., 2003).

2.2.5 Stepped care

Wanneer huisartsen een patiënt ondersteunen na een traumatische gebeurtenis kunnen zij gebruik maken van een stepped care benadering. Deze benadering behelst het uitgangspunt waarbij minimale zorg wordt geboden waar dat kan, en maximale zorg waar nodig. Dit betekent dat in eerste instantie men de patiënt de meest effectieve, maar kortste, betaalbare en minst belastende behandeling biedt. Het stepped care model bestaat uit 5 stappen, waarbij allereerst watchful waiting is (NHG, 2014). Bij watchful waiting wordt er verwacht dat de betrokkene op eigen kracht herstelt met de hulp van zijn of haar omgeving. De eerste paar weken na een ramp of crisis is het belangrijk dat een betrokkene zich gesteund voelt. De steun vindt een betrokkene meestal in zijn sociale omgeving maar dit kan ook door middel van lotgenotencontact. In het artikel van IJzermans (2013) wordt gesteld dat in deze fase de huisarts de aangewezen persoon is om watchful waiting uit te voeren. Dit houdt in dat iemand in de gaten gehouden wordt maar dat er nog geen aanvullende zorg wordt ingezet. Iemand wordt niet aangespoord om een gesprek te voeren maar de betrokkene moet wel zijn of haar hart bij iemand kunnen luchten (Hogendorp, 2018). Uiteraard moet er wel zorg zijn voor de kleine minderheid aan betrokkenen die in de acute fase psychische problemen hebben en niet onder het mom 'normale reactie op een abnormale gebeurtenis' vallen (IJzermans, 2013).

De eerste stap is dan ook het uitvoeren van psycho-educatie. Dit bestaat uit het planmatig aanbieden van zowel mondelinge als schriftelijke informatie over de aandoening, mogelijke oorzaken en het te verwachten beloop. Deze informatie dient afgestemd te zijn op de

kennis van de patiënt en zijn/haar belevingswereld. Er wordt onder andere informatie uitgewisseld over behandelmogelijkheden en afspraken gemaakt over concrete behandelplannen. Daarbij kan de huisarts de patiënt in deze stap ook adviseren over dag structurering, het doen van activiteiten, bewegingsadviezen en ontspanningsoefeningen.

Een tweede stap is onder andere begeleide zelfhulp. Dit kan bestaan uit een online zelfhulp cursus of een groepscursus. De huisarts kan de patiënt begeleiden door middel van het beantwoorden van vragen en het bespreken van de voortgang. Deze stap bestaat ook uit het verwijzen voor hulp bij psychosociale problemen. Over het algemeen wordt dan doorverwezen naar maatschappelijk werk. Maatschappelijk werkers begeleiden cliënten met onder andere psychische en psychosociale problemen zoals rouwverwerking.

Een derde stap is het verwijzen voor kortdurende begeleiding. Kortdurende begeleiding kan de huisarts zelf geven maar er kan ook worden doorverwezen naar andere zorgverleners in de eerste lijn, zoals een eerstelijnspsycholoog. Kortdurende begeleiding bestaat uit verschillende vormen. De therapievorm wordt samen met de patiënt gekozen.

Een vierde stap, wanneer bovenstaande stappen de ondersteuningsbehoefte niet vervullen betreft bijvoorbeeld medicatie of het verwijzen naar intensieve psychotherapie.

Tot slot, stap vijf, is een combinatie van medicatie en psychotherapie. Een huisarts zou dan kunnen monitoren hoe de situatie van de patiënt zich ontwikkelt door eens in de zoveel tijd contact op te nemen.

Bij het hanteren van het stepped care model is het een noodzakelijke voorwaarde dat goede diagnostiek wordt uitgevoerd: De zorg moet op het juiste niveau en op de juiste plaats worden verleend. De diagnose bepaalt welke behandeling de patiënt nodig heeft, of deze behandeling in de huisartsenpraktijk (of elders in de eerste lijn) kan worden uitgevoerd, of dat de patiënt moet worden verwezen naar de generalistische basis GGZ of specialistische GGZ (NHG, 2014).

2.2.6 Barrières in de ondersteuning van betrokkenen

Uit onderzoek blijkt dat huisartsen barrières ondervinden in het doorverwijzen, diagnosticeren en behandelen van patiënten na een traumatische gebeurtenis (van den Akker et al., 2001). Huisartsen gaven in het onderzoek van Van den Akker et al (2001) aan dat het aantal zorgverleners waar zij naar kunnen doorverwijzen erg laag te vinden, waardoor het verwijzen van patiënten met een hulpvraag bemoeilijkt wordt. In het onderzoek van Van den Akker et al. (2001) wordt dan ook gesteld dat zorg verbeterd kan worden wanneer het aantal en de beschikbaarheid van gespecialiseerde zorgverleners vergroot wordt. De lange wachtlijsten bij

de gespecialiseerde zorg wordt ook als problematisch ervaren door 60 procent van de huisartsen (Mol, 2004 & Beckers, 2017). Met betrekking tot het diagnosticeren beschikt de huisarts niet altijd over de juiste kennis om symptomen of moeilijkheden die te maken hebben met een ramp te herkennen (van den Akker et al., 2001). Dit werd ook gesteld door IJzermans (2013): mogelijke ramp gerelateerde klachten vallen niet onder de aandachtspunten van huisartsen. De huisarts is namelijk in principe een generalist wordt in het artikel van IJzermans (2013) gesteld en geen (super-)specialist. Dit betekent dat soms psychopathologie gemist kan worden en niet altijd op de voorhand valt in te schatten welke specialistische psychologische zorg op welk moment gewenst is. Volgens de multidisciplinaire richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises heeft de huisarts er dan ook baat bij als zij extra informatie ontvangen over wat er speelt en wat mogelijke effecten zijn van de ramp/crisis (Impact, 2014). Dit benadrukt het belang van juiste informatievoorziening voor de huisartsen. Wat betreft het uitvoeren van de behandeling ervaren huisartsen onvoldoende vaardigheden om de behandeling te kunnen uitvoeren (Van den Akker et al. (2001).

2.2.7 Factoren van invloed op het nazorgproces

Een overige factor die van invloed is op hoe het nazorgproces verloopt, is de betrokkene zelf. Uit onderzoek naar de gevolgen van de Bijlmerramp bleken culturele factoren van invloed te zijn op de hulpverlening (Meijer, 1996). Huisarts Meijer maakt in zijn artikel een onderscheid tussen twee culturele aspecten. Het ene aspect is hoe een bepaalde groep omgaat met belangrijke gebeurtenissen, die beslissend zijn voor leven of dood. Het andere aspect zijn de visies, gewoonten, structuren en gezagsverhoudingen die het handelen bij professionals en organisaties bepalen (Meijer, 1996). Dit tweede aspect manifesteert zich tijdens de organisatie van de hulpverlening. In de situatie van de Bijlmer ramp gaven veel getroffen en aan dat er een tekort aan hulpverleners uit de eigen bevolkingsgroep was. Uiting geven aan gevoelens in een vreemde taal kan lastig zijn voor betrokkenen van een ramp. Daarbij hadden de autochtone hulpverleners soms moeite met het felle, emotionele karakter van de reacties. In de situatie van de Bijlmerramp ontstond er, door het aanbod van vele etnische/culturele zelforganisaties het idee dat het verwerkingsproces alleen binnen de eigen cultuur kon plaats vinden. Ander onderzoek toont aan dat cultuur van grote invloed is op de reactie van een ramp. Er wordt dan ook aangegeven dat hier rekening mee gehouden dient te worden bij het aanbieden van hulp om te herstellen van de ramp (Powell, 2018).

Naast de achtergrond van de betrokkenen dient de huisarts ook rekening te houden met kwetsbare groepen. Onder kwetsbare groepen vallen, zoals in de Toolkit “Goed voorbereid op

nazorg na rampen”, staat: betrokkenen met bestaande psychische problemen voor de ramp, betrokkenen waarvan verhuizing nodig was naar aanleiding van de ramp, betrokkenen met een lager sociaal economische status, etnische minderheden en betrokkenen van het vrouwelijk geslacht (LHV, 2010). In het gezondheidsonderzoek van Plevier (2021) onder de betrokkene van de tramaanslag kwam naar voren dat wanneer een persoon eerdere schokkende gebeurtenissen heeft meegemaakt dit van invloed is op de impact die een schokkende gebeurtenis heeft.

Tot slot is het eigen sociale netwerk van een betrokkene van belang voor het herstel na een ramp. In het onderzoek van Plevier (2021) kwam naar voren dat een gebrek aan sociale steun samenhangt met een minder goede verwerking van de ramp. Het onderzoek van Stene et al., (2016) stelt dat een onvervulde zorgbehoefte samenhangt met een beperkter sociaal netwerk. Sociale steun heeft een positief effect op de mentale gezondheid. Ervaren sociale steun kan gezondheid en welzijn voorafgaan en voorspellen. In het onderzoek van Thoresen et al., (2014) zijn barrières onderzocht die getroffen van een ramp of traumatische gebeurtenis aangegeven om geen gebruik te maken van hun sociale netwerk. Deze barrières waren: de perceptie van de betrokkenen dat andere mensen er klaar mee waren om over het trauma te horen; dat anderen hun eigen problemen onder ogen moesten zien; dat andere mensen zouden vinden dat de betrokkenen te veel bezig waren met wat er gebeurde of dat vriendschappen overbelast zouden kunnen raken; en een gevoel dat andere mensen hun lijden niet echt konden begrijpen als ze het niet zelf hadden meegemaakt. In het onderzoek van Thoresen et al., (2014) wordt dan ook gesteld dat het nuttig kan zijn voor klinici om niet alleen gepercipieerde sociale steun te onderzoeken, maar ook barrières voor het gebruik van de sociale steun.

3. Methoden

Respondenten

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van drie categorieën huisartsen. Deze huisartsen zijn benaderd in de periode tussen maart 2021 en mei 2021. Er zijn huisartsen benaderd die betrokken zijn bij een flitsramp namelijk de tramaanslag in Utrecht op 18 maart 2019. Deze huisartsen konden benaderd worden naar aanleiding van een overkoepelend onderzoek onder de betrokkenen van de tramaanslag. Deze betrokkenen zijn via SHN en OM benaderd met de vraag of zij toestemming gaven aan deelname voor het gezondheidsonderzoek. Tevens is er toestemming voor benadering van huisartsen aan betrokkenen gevraagd. Veertien van de 21 betrokkenen die deelnamen aan het gezondheidsonderzoek hebben toestemming gegeven om hun huisarts te benaderen. Deze veertien huisartsen zijn allereerst telefonisch benaderd met de vraag of er een informatiefolder, om het onderzoek toe te lichten, verstuurd mocht worden (zie bijlage 1 voor informatiefolder). Vervolgens zijn de informatiefolders, wanneer hier toestemming voor was gegeven, per e-mail verstuurd naar de huisartsen. Van de veertien huisartsenpraktijken is de informatiefolder naar 13 huisartsenpraktijken verstuurd. Een huisarts had telefonisch al aangegeven niet te willen meewerken aan het onderzoek. Vervolgens is er telefonisch contact met hen opgenomen om het onderzoek toe te lichten en hen uit te nodigen voor deelname aan het onderzoek. Doordat de reacties uitbleven is er aanvullend nog een brief van de heer Donker, Directeur Publiek Gezondheid (GGDrU) toegestuurd aan de elf huisartsenpraktijken, die nog niet hadden aangegeven af te zien van deelname, waarin het belang van dit onderzoek werd aangegeven (zie bijlage 2). Uiteindelijk hebben vijf huisartsen van de veertien huisartsenpraktijken, die een patiënt hebben ondersteund die betrokken was bij de tramaanslag, deelgenomen aan voorliggend onderzoek. Een zesde huisarts heeft zijn medewerking aan het onderzoek toegezegd. Deze huisarts was aanwezig in de praktijk op het moment van de tramaanslag maar heeft geen betrokkene ondersteund. De ervaringen zijn echter wel van waarde, omdat de desbetreffende huisarts mogelijk intercollegiaal overleg heeft gevoerd, of eventueel patiënten heeft opgevangen. Huisartsen zagen veelal af van deelname van het onderzoek vanwege drukte omtrent de corona-vaccinaties, de vele reguliere zaken en een enkele keer werd aangegeven dat er geen ondersteuningsbehoefte was vanuit de huisarts.

Naast de deelname van huisartsen betrokken bij patiënten van de tramaanslag is de onderzoeksgroep van het onderzoek uitgebreid naar huisartsen die patiënten begeleid hebben bij een chronische ramp die sluipend is en langzaam oploopt namelijk de aardbevingscrisis in Groningen. Deze huisartsen konden benaderd worden naar aanleiding van een overkoepelend onderzoek van het Nivel naar de gezondheidsklachten van getroffen en van de aardbevingscrisis.

Hierbij is gebruik gemaakt van Nivel Zorgregistratie eerstelijns (NZR). Dertien huisartsen die geregistreerd stonden bij het NZR konden benaderd worden. Deze huisartsen zijn per e-mail benaderd door Michel Dücker (onderzoeker vanuit onderzoeksinstituut Nivel), omdat hij in verband met het onderzoek naar de gezondheidsklachten van getroffen personen van de aardbevingscrisis al eerder contact met deze huisartsen had gehad. Vervolgens heeft de onderzoeker van het voorliggende onderzoek telefonisch contact opgenomen met deze huisartspraktijken. Uiteindelijk namen van de dertien huisartsenpraktijken twee huisartsen deel aan dit onderzoek. Redenen voor het niet deelnemen aan het onderzoek was de drukte rondom de vaccinatie tegen Covid-19 of onvoldoende ervaring met getroffen personen van de aardbevingscrisis.

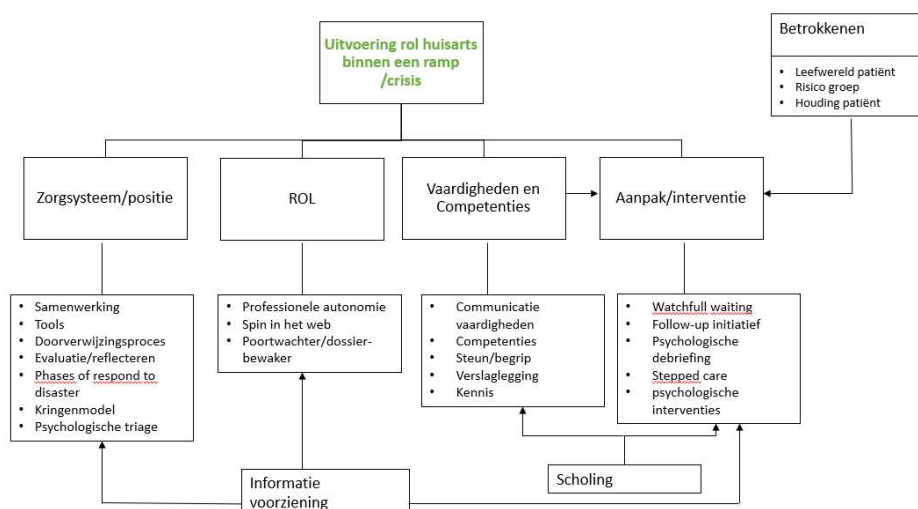
Tot slot is dit onderzoek verder uitgebreid naar huisartsen die los staan van de aardbevingscrisis in Groningen en tramaanslag in Utrecht. Deze huisartsen zijn benaderd over het bijstaan van patiënten na een incident. Waarbij een incident gezien wordt als een negatieve onverwachte en onvoorziene gebeurtenis met mogelijk trauma tot gevolg die direct van invloed is op een enkele persoon, zoals betrokkenheid bij een ongeluk of het verlies van een dierbare door een ongeluk. Deze huisartsen werden in eerste instantie in stad Utrecht gezocht omdat hier de kans groter was dat er een huisarts getroffen werd die een patiënt had ondersteund die betrokken was bij de tramaanslag. Tevens werd in gedachten gehouden dat de huisartsen in Utrecht stad eventueel in intercollegiaal over de tramaanslag hebben gesproken omdat de ramp plaatsvond in Utrecht en daarom meer interesse hadden in deze materie. Er zijn twintig huisartsenpraktijken in Utrecht stad benaderd. Deze huisartsenpraktijken zijn op internet gevonden via zorgkaart Nederland. Allereerst is telefonisch contact opgenomen. Elke huisartsenpraktijk heeft een informatiefolder ontvangen ook wanneer zij telefonisch niet bereikbaar waren (zie bijlage 3). Nadat de informatiefolder was gestuurd is er wederom telefonisch contact opgenomen. Geen enkele huisarts heeft toestemming gegeven voor deelname, reden voor weigering waren met name de drukte omtrent de covid-19 crisis en de reguliere lopende zaken. Daarbij is niet van alle huisartsenpraktijken een reactie ontvangen. Gezien de interesse in de ervaringen van huisartsen wanneer zij een patiënt ondersteunen na een incident met trauma en om dit onderzoek wat meer omvang te geven zijn er via privé contacten andere reguliere huisartsen benaderd. Uiteindelijk hebben vier huisartsen, via persoonlijk contact, toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek. In totaal zijn er 52 huisartsenpraktijken benaderd waarvan 12 huisartsen toestemming hebben gegeven voor deelname aan het onderzoek (zie tabel 3.1).

Tabel 3.1: Aantal deelnemende respondenten

Gebeurtenis	Aantal huisartsenpraktijken benaderd	Aantal huisartsen deelname
Tramaanslag Utrecht	14	6
Aardbeving crisis Groningen	13	2
Incidenten, Utrecht stad	22	2
Incidenten, Den Haag	4	2

Dataverzameling

De dataverzameling is uitgevoerd in de periode van eind maart 2021 en eind mei 2021. Voor de dataverzameling is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews (zie bijlage 4 voor vragenlijst). Bij semigestructureerde interviews wordt een algemeen interviewschema opgesteld waarvan afgeweken mag worden. In figuur 3.2 is een framework te zien dat ontwikkeld is aan de hand van het uitgevoerde literatuuronderzoek. In dit framework zijn de belangrijkste topics, voortkomend uit het literatuuronderzoek, toegevoegd, zoals de rol van de huisarts, de behoefte van de patiënt na een traumatische gebeurtenis en het zorgsysteem. Deze topics vormden de basis van de interviews. Echter binnen de interviews was ruimte voor de respondenten om zijn/haar ervaringen te delen en om op deze ervaringen in te gaan. Negen interviews zijn telefonisch of online afgenomen, het ging hier om huisartsen uit alle drie de categorieën. Naast dat de interviews online en telefonisch zijn afgenomen is het interview ook drie keer op locatie afgenomen. Het ging hier om huisartsen betrokken bij de ondersteuning van een patiënt na de tramaanslag en een huisarts betrokken bij incidenten. De interviews zijn opgenomen en na afloop getranscribeerd. Hierna zijn ze gecodeerd in NVIVO (Libguides, 2021).



Figuur 3.2: Framework huisartsen na een traumatische gebeurtenis

Analyse

Voor de analyse van het transcript is het dataverwerkingsprogramma NVIVO gebruikt. Aan de hand van bovengenoemd framework zijn de getranscribeerde interviews gecodeerd door de interviewer. Dit coderingsproces bestaat uit drie stappen. De eerste stap is open coderen. Hierbij worden fragmenten gecodeerd en worden de labels toegekend. De tweede stap is axiaal coderen, hierbij worden fragmenten met dezelfde code vergeleken op verschillen en overeenkomst. De derde stap is selectief coderen, hierbij worden concepten uitgewerkt tot een theorie en wordt er gezocht naar uitzonderingen door middel van constante vergelijkingen. In deze stap worden geen nieuwe codes meer toegevoegd maar de samenhang tussen de codes wordt geanalyseerd. Bij de analyse zijn de verschillende categorieën huisartsen onderscheiden. Bij de beschrijving van de resultaten is ook dit onderscheid terug te vinden.

Anonimiteit, vertrouwelijkheid en goedkeuring

Verschillende ethische principes zijn hierbij in acht genomen zoals anonimiteit, vertrouwelijkheid en goedkeuring. Anonimiteit wordt gewaarborgd door het gebruik van pseudoniemen bij transcriberen, analyse en rapportage. De respondenten werd dit bij de start van het interview verteld. Anonimiteit kan bijdragen aan een open gesprek. Bij de start van het interview werden respondenten gevraagd of zij goedkeuring gaven aan het opnemen van het interview. Alle respondenten stemden in met de opname.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de kwalitatieve analyse besproken. Om de aan het begin gestelde onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, zijn de resultaten opgedeeld in drie paragrafen. Deze paragrafen bestaan uit: rolopvatting, werkwijze en ondersteuningsbehoefte.

4.1 Rolopvatting

In de begeleiding na een traumatische gebeurtenis nemen de geïnterviewde huisartsen een rol in waarbij veel zeggenschap bij de patiënt ligt. Er is dus sprake van maatwerk en geen ‘one size fits all’. De rollen die veelal terug gehoord zijn in de interviews zijn: het eerste aanspreekpunt, laagdrempelige en bekende zorgverlener uit de buurt, poortwachtersrol, coördinerende rol, een pro-actieve of reactieve rol en tot slot een sturende rol wanneer de patiënt zelf niet meer in staat is om tot de juiste hulp te komen. Hieronder worden deze rollen verder toegelicht.

In eerste instantie ziet de huisarts zijn rol vooral als eerste aanspreekpunt wanneer een patiënt ergens tegenaan loopt of mee zit.

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Ik ben het eerste aanspreekpunt en dat maak ik ze heel goed duidelijk.

Om hun rol als eerste aanspreekpunt te kunnen vervullen geven wordt aangegeven dat de huisartsen hun rol als de laagdrempelige en bekende zorgverlener uit de buurt moeten uitdragen. Een van de huisartsen van de tramaanslag Utrecht, geeft hieraan invulling door een open houding tegenover de patiënt aan te nemen, zodat zij het gevoel hebben dat als ze ergens in vast lopen bij hem terecht kunnen. De rol als laagdrempelige en bekende zorgverlener heeft dan ook een voordeel in het contact met de patiënt.

” Huisarts tramaanslag Utrecht: In mijn optiek is de functie van huisdokter samen met mensen oud worden en dan zie je toch dat je mensen op allerlei fronten kent en daardoor makkelijker met vragen komen zonder dat ze het gevoel hebben van: “Ik zou wel een idiote vraag stellen ofzo”. Dus het contact is laagdrempelig.

De huisarts heeft tevens een poortwachtersrol: zij zijn verantwoordelijk voor doorverwijzing naar de juiste zorg (Groeneweg, 2016). Wanneer een patiënt de wens heeft om doorverwezen te worden, wordt hier veelal in meegegaan. Sommige geïnterviewde huisartsen gaven aan na een traumatische gebeurtenis sneller naar de tweedelijnszorg te verwijzen.

- ” Huisarts incidenten: Psychologische verwijzingen dat is heel erg iets wat ik in ieder geval niet tegenhoud. Als mensen heel graag naar een psycholoog toe willen ben ik heel snel geneigd om dat toe te staan. En zeker mensen die iets traumatisch hebben meegemaakt. Dat is natuurlijk helemaal dan zou ik de laatste zijn die zegt dat mag niet als mensen ook maar enigszins behoefte aan hebben dan is dat natuurlijk altijd goed.
- ” Huisarts tramaanslag Utrecht: Naja, wat eigenlijk denk ik het verschil is van iemand die zegt: 'Ik zit niet lekker in mijn vel', dat ik meteen dacht 'Ik wil hier specialistische GGZ op'. Dus meteen een psychotherapeut die EMDR zou kunnen doen. Waar ik dat misschien anders even zou aankijken waar ik een paar gesprekken had gehad of met een praktijkondersteuner. Ik denk dat omdat dit zo nadrukkelijk een traumatische ervaring was dat ik meteen heb ingezet op psychotherapie en wat minder met de eerstelijnszorg zoals we met de praktijkondersteuner GGZ kunnen doen of met basis GGZ.

Binnen deze poortwachtersrol wordt door zes van de twaalf geïnterviewde huisartsen na een traumatische gebeurtenis extra ondersteuning geboden. Er wordt door hen actief meegezocht naar een psycholoog. Normaliter wordt er over het algemeen een lijst met verschillende psychologen meegegeven waarvan een aantal psychologen zijn aangekruist waar de patiënt contact mee kan opnemen. Het gaat hier om huisartsen die niet werkzaam zijn in een medisch centrum. Drie huisartsen werkzaam in een medisch centrum gaven aan dat de doorverwijzing binnen zo'n centrum vaak snel verloopt vanwege de korte lijntjes.

- ” Huisarts tramaanslag Utrecht: Ehm ik heb daar wel voor diegene in meegedacht waar hij snel terecht zou kunnen omdat ik dat ook wel belangrijk vond in dit geval. En dat is dus wel een uitdaging. Toevallig wist ik iemand waarvan ik op dat moment wist dat diegene niet zo'n lange wachttijd had. Dat heb je niet altijd voor handen zo'n iemand maar daar heb ik nou wel heel bewust mijn keuze op bepaald naar wie ik op verwees op basis van wachttijd en expertise.

Vanuit hun poortwachtersrol vervullen de meeste huisartsen ook een coördinerende rol. Zoals één van de huisartsen betrokken bij incidenten, aangeeft inschattingen te maken of het behandelplan goed wordt opgepakt door een instantie, of kijkt hoe het sociale vangnet is buiten

de hulpverlening om. Tevens is er genoemd dat er om terugkoppeling gevraagd ook van de patiënt.

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Ik zeg altijd tegen hen: "Ik kom dan en dan weer." En dan in het begin wat vaker, om de paar weken en later om de paar maanden en ik vraag aan hen of dat goed is.

De huisartsen geven op verschillende wijze invulling aan hun rol wanneer een patiënt zorgmijndend is. Sommige huisartsen zijn pro-actief en benaderen de patiënt op eigen initiatief.

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Toch proberen contact te leggen en toch ernaar toe gaan en ja van mijn kant wel laten zien dat ik er voor ze ben.

Andere huisartsen zijn bewust meer reactief, zij wachten af wat de patiënt vraagt en reageren daarop.

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Ik vind het niet aan mij om te bepalen wanneer iemand hulp moet vragen. Soms ben je er nog niet aan toe en dan probeer je het en dan is het te confronterend. En dan duwen mensen het even weg. En dan kan ik wel vinden als dokter misschien doe je daar geen goed aan je zou er wat mee moeten doen maar als iemand er niet aan toe is kan ik duwen en trekken en dan gaat het niet gebeuren.

Het zoeken van contact met een patiënt die zorgmijndend is blijft maatwerk. Het is situatieafhankelijk en het ligt aan de informatie die de huisartsen krijgen van bijvoorbeeld de patiënt zelf of de persoon waar zij naar zijn doorverwezen.

Over het algemeen geven de huisartsen aan samen met de patiënt naar een oplossing te kijken. Ze geven aan dat de patiënt hierin het laatste woord blijft hebben.

” Huisarts aardbevingsgebied: In eerste instantie hebben mensen zelf het laatste woord, (...) Als mensen er veel last van hebben, dan zeg ik (...) wat wil je dat ik voor jou doe om dit in ieder geval in betere banen te leiden (...). Het allerbelangrijkste is dat mensen aangeven wat willen ze dat ik doe.

In bepaalde situaties wordt door de huisarts meer de leiding genomen in de zoektocht naar hulp, er wordt dan een sturende rol ingenomen. Dit komt voor wanneer de patiënt zelf niet meer in staat is om in oplossingen te denken of vragen te stellen door het verdriet of de angst.

Kortom, de rol van de huisarts wordt veelal aangepast op de behoeftes van de patiënt en de verkregen informatie. Daarbij zijn er een aantal concrete rollen die door praktisch alle huisartsen uitgedragen worden zoals: het eerste aanspreekpunt, de laagdrempelige en bekende zorgverlener uit de buurt en de poortwachtersrol.

4.2 Werkwijze

Binnen de werkwijze van de huisarts zijn er naar verschillende thema's gekeken, die de werkwijze van de huisarts aangegeven. Deze thema's bestaan uit: Het gebruik van standaarden/richtlijnen, de samenwerkingsrelaties, het gesprek met de patiënt en welke vaardigheden nodig zijn om een patiënt te ondersteunen na een traumatische gebeurtenis.

4.2.1 Standaarden en richtlijnen

Ter ondersteuning van een patiënt na een ramp is een Toolkit voor huisartsen ontwikkeld, zoals in de vorige paragraaf al is omschreven (LHV, 2010). Deze Toolkit is met acht huisartsen besproken waarvan zes huisartsen onbekend waren met de Toolkit. Drie van de vijf geïnterviewde huisartsen, die een patiënt hebben ondersteund na de tramaanslag, wisten niet van het bestaan van deze Toolkit af. Twee huisartsen hadden er enkel van gehoord. Opvallend was dat uit de interviews bleek, dat geen van de geïnterviewde huisartsen gebruik heeft gemaakt van deze Toolkit tijdens het ondersteunen van hun patiënt na de schokkende gebeurtenis.

Ook andere standaarden of protocollen van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) zijn door de meeste huisartsen er niet extra bij gepakt tijdens de ondersteuning van een patiënt na een traumatische gebeurtenis. De geïnterviewde huisartsen werken volgens de NHG-standaarden, maar vijf van de twaalf huisartsen geven aan dat de situatie van een ramp of traumatische ervaring een unieke situatie creëert, die niet vaak voor komt. Een huisarts betrokken bij de ondersteuning van een patiënt na de tramaanslag Utrecht, is van mening dat daar zelfs geen standaard voor te maken is. Zulke zorg is heel specifiek op de patiënt gericht en wat er gebeurd is.

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Zo'n systeem of zo'n Toolkit is echt voor als we vast lopen. Maar dan ga ik ook samen met die patiënt in die Toolkit kijken. Dat ga ik niet alleen doen want dan denk ik van: “Ja, want ik moet

echt aansluiten bij hem het gaat om de patiënt het gaat niet om mij.” Het gaat ook niet om het systeem.

Niet iedere huisarts heeft bewust gekozen om geen gebruik te maken van standaarden.

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Nou ik hou er wel van. Op zich was het misschien wel goed geweest om het te gebruiken maar ik heb er niet aan gedacht en ik denk van ‘God, ik probeer het te doen met de kennis die ik heb.’ Het moet ook niet al te onnatuurlijk zijn.

4.2.2 Samenwerkingsrelaties

Gezien het feit dat de huisarts een poortwachtersfunctie heeft in het zorgproces hebben zij veelal te maken met andere instanties waar zij naar doorverwijzen. Uit tien van de twaalf interviewgesprekken komt naar voren dat de huisarts barrières ondervindt in het contact met grote geestelijke gezondheidszorginstanties waar zij hun patiënten na een traumatische ervaring naar doorverwijzen. Over het algemeen lijkt de grootste barrière te zitten in de bestaande lange wachtlijsten bij geestelijke gezondheidszorginstanties. Naast dit probleem vindt de huisarts het ook erg belangrijk dat zij weten hoe de patiënt ondersteund wordt. Veelal is niet bekend wat andere organisaties doen. Hieronder wordt kort weergegeven wat de drie meest genoemde barrières zijn.

- *Wachtlijsten geestelijke gezondheidszorginstanties*

De grootste barrière die benoemd wordt door bijna alle huisartsen zijn de bestaande lange wachtlijsten van geestelijke gezondheidszorginstanties. Door deze lange wachtlijsten wordt er veel gebruik gemaakt van het eigen netwerk wanneer zij een betrokkene van een traumatische gebeurtenis ondersteunen.

” Huisarts incidenten: Algemeen bekend zijn de lange wachtlijsten, dus ehm ik verwijs eigenlijk niet meer naar de grote instanties. Als het even kan heb ik een aantal psychologen om mij heen waarvan ik weet dat ze zelfstandig eigen praktijk houden en korte wachtlijsten hebben en die hebben eigenlijk dezelfde week plek.

Een tweetal huisartsen, een huisarts die een betrokkene van de tramaanslag heeft ondersteund en een huisarts die een patiënt heeft ondersteund na een ander traumatische gebeurtenis, geven dan ook aan dat zij geluk hebben gehad. Dat zij toevallig een psycholoog zelf ter beschikking hadden om een patiënt na een ernstige traumatische gebeurtenis naar toe te

verwijzen. Maar dat zij niet geweten hadden hoe zij het hadden moeten aanpakken als dit niet het geval was. Uit de interviews blijkt dat wanneer een huisarts werkzaam is in een medisch centrum dit voordeel heeft bij de doorverwijzing en ondersteuning van een patiënt.

" Huisarts tramaanslag Utrecht: We hebben een psychologiepraktijk in de huisartsenpraktijk. Je merkt dat je daarmee in de praktijk ook een heel eind komt.

" Huisarts tramaanslag Utrecht: Ja, dat komt omdat we hier een organisatie hebben die daar vrij flexibel op kan inspringen, en ook de vraag die je stelt wil beantwoorden. De ervaring i.v.m. andere organisaties zoals Altrecht is wat minder lange wachttijden.

- *Onbekendheid werk andere organisaties*

Onbekendheid met betrekking tot wat andere organisaties doen heeft ook een invloed op het aangaan van een samenwerkingsrelatie.

" Huisarts tramaanslag Utrecht: Dat vind ik altijd moeilijk met zorgverlening. Er zijn vaak heel veel instanties bij betrokken. Alleen weet je niet wat ze doen en ik weet alleen wat ik doe. Dat is niet arrogant bedoeld. Ik heb natuurlijk ook een netwerk waarmee ik samenwerk. Waarvan ik de mensen ken en weet wat ze doen. Ik weet wat ze waard zijn en dat weet ik natuurlijk nooit van een extern iemand die ook zorg verleent.

" Huisarts incidenten: Daar heb ik minder zicht op. Dat weet ik niet hoe zij dat doet. Er moet niet gelijk een behandeling aan gekoppeld worden.

" Huisarts, incidenten: Kijk ik probeer wel als ik twijfel van goh wat het meest passende is dan probeer ik inderdaad wel zo goed mogelijk te overleggen [...] maar mijn sociale kaart daarin weet ik ook niet heel goed dan zou ik echt moeten gaan bellen.

- *Patiënt- en huisartservaringen in samenwerking andere organisaties/instanties*

Daarbij hebben de ervaringen van de huisarts en de patiënt ook invloed op het wel of niet aangaan van een samenwerkingsrelatie. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld een slechte ervaring heeft met een grotere instantie, wordt daar minder snel hulp gezocht door de huisarts. Wanneer bijvoorbeeld aan een huisarts die een betrokkene van de tramaanslag Utrecht ondersteunde,

werd gevraagd of hij contact zou willen hebben met andere organisaties reageerde hij hier als volgt op:

” Huisarts tramaanslag Utrecht: De vraag is wat heeft het voor zin, wanneer zo iemand van SHN komt en blijkbaar totaal niet aansluit op de situatie zoals die door de mensen beleefd wordt dat is dan gewoon niet handig. Daar word je alleen maar verdrietig van.

De ervaringen en behoefte van de patiënten spelen dus ook een grote rol in het aangaan van een samenwerkingsrelatie of niet.

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Ik heb toen ook gezegd, hij had toen SHN afgehouden aanvankelijk, toen heb ik gezegd ik zou alles aannemen wat je aangeboden wordt.

POH-GGZ

Elke huisarts werkt samen met een POH-GGZ. Zij worden dan ook vaak ingezet ter overbrugging wanneer een patiënt op een wachtlijst staat naar meer gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Tevens worden zij als laagdrempelige sparringpartners gezien wanneer de huisarts vastloopt.

Contact met andere organisaties na de tramaanslag Utrecht

Wanneer gevraagd werd naar het contact met andere instanties aan de huisartsen die een betrokkene van de tramaanslag hebben ondersteund werd het volgende aangegeven: Wanneer de betrokkene woonachtig was buiten de provincie Utrecht heeft de huisarts geen contact gehad met andere organisaties zoals de GGD. Wanneer de betrokkene woonachtig was binnen de provincie Utrecht gaven de desbetreffende huisartsen aan dat zij dachten dat er wel contact was geweest maar dat zij dit niet zeker meer wisten omdat dit twee jaar geleden is geweest. Geen enkele huisarts, die een betrokkene van de tramaanslag heeft ondersteund, heeft contact gehad met overige instanties zoals Slachtofferhulp Nederland.

Uit bovenstaande informatie komt naar voren dat het eigen netwerk van een huisarts of het werken in een medisch centrum erg belangrijk is om ervoor te zorgen dat een patiënt na een traumatische gebeurtenis snel bij de juiste zorg terecht komt.

4.2.3 In gesprek met de patiënt

Het gespreksverloop met de patiënt geeft ook de werkwijze van de huisarts aan. Na een traumatische gebeurtenis geven de geïnterviewde huisartsen aan met een open houding het gesprek met de patiënt in te gaan, waarbij in eerste instantie alleen geluisterd wordt.

De vraag ‘hoe gaat het met je’ lijkt een standaardvraag te zijn, die huisartsen stellen wanneer iedere patiënt op gesprek komt.

” Huisarts incidenten: Ik denk aan het begin vooral bij een traumatische ervaring is het van belang om vooral niet te diep te graven vooral iemand het verhaal te laten doen en dat is eigenlijk al genoeg.

De copingstrategie van de patiënt wordt veelal in langere consulten in kaart gebracht. Zoals een van de huisartsen betrokken bij incidenten, aangeeft kom je er in het gesprek vanzelf achter wat de copingstrategie is van de patiënt “Je moet de mensen af en toe spreken”.

Acht van de twaalf geïnterviewde huisartsen geven aan dat zij vraaggericht werken en niet aanbodgericht volgens een vooropgesteld plan. Een huisarts betrokken bij de tramaanslag Utrecht, geeft aan dat er beter niet gespit kan worden in iets wat er gewoon keurig uitziet. Als huisarts ken je als het goed is je patiënt. Dit helpt bij het inschatten hoe een patiënt met een situatie omgaat geeft huisarts betrokken bij incidenten aan.

Door een huisarts betrokken bij incidenten, wordt onder andere in het gesprek opgelet of een patiënt hoog of laag is opgeleid, of er enigszins zelfreflectie is en op de taal en de cultuur. Tevens is het volgens alle huisartsen van belang dat in het consult rekening gehouden wordt met de sociale context van de patiënt. Zoals huisarts betrokken bij de ondersteuning na de tramaanslag Utrecht, dit mooi verwoord: “Het is een kenmerk van het huisartsenvak om het gezin, de straat en de familie te kennen.”

Tevens worden er vragen gesteld over het dagelijks leven van de patiënt, zoals: Hoe gaat het thuis? Hoe gaat het in de relatie? Wat doe je overdag? Met dit soort vragen wordt geprobeerd in kaart te brengen hoe de patiënt met de situatie na de traumatische gebeurtenis omgaat.

Belangrijk hierbij is wederom dat de patiënt de tijd krijgt om in gesprek te gaan met de huisartsen. Tevens wordt aangegeven dat wanneer een patiënt na een traumatische gebeurtenis op gesprek komt dit niet met één gesprek afgedaan kan worden, maar vaak in langere consulten.

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Daarvoor heb je wel eens meerdere contacten nodig dus ook een open houding van: ‘he, vertel eens’. Niet te snel in een hokje duwen of diagnosticeren.

Een huisarts betrokken bij incidenten, geeft dan ook aan dit soort gesprekken aan het einde van de dag te plannen, zodat de patiënt geen tijdsdruk ervaart. Daarbij wordt door onder andere een huisarts betrokken bij de ondersteuning van een patiënt na de tramaanslag aangegeven de ondersteuning veelal in eigen tijd verloopt.

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Dat gaat meestal in eigen tijd. Natuurlijk gaat dat in eigen tijd of dan werk ik langer door dan worden mijn dagen langer ja.

Daar vult een huisarts, betrokken bij incidenten, bij aan dat je als huisarts vooral niet moeilijk moet doen. Dat er bijvoorbeeld niet perse een afspraak gemaakt dient te worden op een spreekuur wanneer mensen bellen die iets traumatisch hebben meegemaakt. Je moet er dan namelijk voor zorgen dat je er altijd bent.

Het overgrote deel van de huisartsen heeft het idee dat de patiënt hen kan vinden om het gesprek aan te gaan. De meeste geven aan, dat dit komt door hun laagdrempeligheid.

” Huisarts aardbevingsgebied Groningen: Ja hoor, ik ben echt extreem laagdrempelig dus mensen komen hier ook altijd wel.

4.2.4 Vaardigheden

De huisartsen hanteren tijdens het uitvoeren van hun werkzaamheden bepaalde vaardigheden. Zoals het onderzoek van Parker et al. (2006) onder andere aangaf is actief luisteren, prioriteiten stellen en reageren op de behoeften van de betrokkenen wenselijk. Het je kunnen inleven in de leefwereld van de patiënt na een traumatische gebeurtenis wordt aangegeven als noodzakelijk. De termen empathie, invoelend zijn, compassie hebben, het gevoel geven dat je meeleeft, worden dan ook in driekwart van de interviews genoemd.

‘Er kunnen en willen zijn voor de patiënten’ wordt ook als belangrijke vaardigheid aangegeven. Wat inhoudt dat de patiënten zich gehoord en erkend voelen in hun gevoelens. Het bieden van een luisterend oor wordt door de acht van de twaalf geïnterviewde huisartsen gezien als belangrijk middel om er te kunnen zijn voor de patiënten.

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Mijn doel was nogmaals om er voor ze te zijn en een luisterend oor te hebben.

4.3 Ondersteuningsbehoefte huisarts

Over het algemeen gaven de huisartsen aan dat zij zichzelf weten te redden wanneer zij te maken krijgen met een patiënt die een traumatische gebeurtenis heeft meegemaakt. Ervaring speelt hierin een grote rol. Toch gaven acht van de twaalf geïnterviewde huisartsen aan open te staan voor nieuwe kennis en sprak alle acht huisartsen met wie de Toolkit nazorg na rampen besproken is het idee van de Toolkit, nazorg na rampen, aan.

“ Huisarts tramaanslag Utrecht: Ik ben zolang huisarts dat ik daar wel mee kan dealen het is niet dat ik dacht oh god wat is het spannend, maar er zullen ongetwijfeld dingen zijn die ik met wat meer kennis en meer achtergrondkennis waar ik misschien een voordeel mee had gedaan hoor.

Daarbij is een verschil te bemerken tussen de huisartsen die een patiënt bij een chronische ramp ondersteunen en de huisartsen die patiënten ondersteunen na een incident of flitsramp. Huisartsen die een patiënt ondersteunen bij een chronische ramp, hebben minder behoefte aan extra ondersteuning.

“ Huisarts Groningen aardbevingsgebied: Ik hoor wel eens nascholing dan kunnen wij je wel eens wat leren over psychische problemen bij aardbeving. Dan denk ik: ‘Nou ik denk dat ik jou beter een uurtje les kan geven dan jij mij.’

Informatiebehoefte huisartsen

Wanneer gesproken werd over nascholing werd door drie van de acht geïnterviewde huisartsen, die extra informatie wenste aangegeven dat zij meer zouden willen leren over trauma en rouwverwerking. Een huisarts betrokken bij incidenten, geeft onder andere aan het interessant te vinden te leren over wat normaal is in traumaverwerking en hoe traumaverwerking verstoord kan worden. Tevens werd aangegeven dat zij meer wilde leren over rouwverwerking en het mechanisme, hoe betrokkenen omgaan met verwerking.

“ Huisarts tramaanslag Utrecht: Misschien toch de verschillende fases van de rouw, de rouwverwerking.

Daarbij geeft een huisarts, betrokken bij de ondersteuning na tramaanslag Utrecht, aan het belangrijk te vinden om te leren over de wijze waarop opschaling werkt na een ramp. De gemiddelde huisarts is niet op de hoogte hoe opschaling na rampen werkt.

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Toevallig ben ik degene uit ons groepje huisartsen die aanspreekpunt is bij rampen. Dus ik heb daar al een nascholing over gehad, maar de gemiddelde huisarts weet niks van hoe opschalen bij een ramp in zijn werk gaat. Echt helemaal blanco. Voordat ik die nascholing ging doen had ik echt geen idee.

Om bovenstaande te specificeren, is onderstaande quote toegevoegd.

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Dat ik dus dan ook weet van hoe kan ik andere professionele betrokkenen bereiken. Dat is denk ik wat je het meest miste als huisarts, van als ik het hier nu zelf even over wil hebben en deze patiënt verder wil hebben waar kan ik dan naar toe bellen waar begin ik dan? Is dat dan de GGD of SHN of de politie? Hoe werkt dat? Hoe kom je in die structuur? Want zo’n rampenplan dat wordt in gang gezet maar dat sluit zichzelf ook weer af op een gegeven moment. Daar sta je helemaal niet bij stil hoe dat werkt daar heb je geen verstand van als huisartsen. Dus, dat je daar een beetje in meegenomen wordt, dat als er zoiets gebeurt dan gebeurt er dit allemaal bij de GGD GHOR en in de rampenbestrijdingsplan. Hoe kan je dat terugbrengen naar het individu heen en weer?

Deze extra informatie zou de huisarts het liefst in de vorm van een gesprek of online/offline nascholing wensen en niet in de vorm van een standaard/protocol. Een huisarts betrokken bij incidenten geeft aan de voorkeur te geven aan E-health nascholing. Daarbij is ook de wens dat de huisarts dit er snel bij kan pakken als hij/zij dit nodig heeft:

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Ik denk dat alleen lezen niet meer zo van deze tijd is [...] Dus ik denk dat gewoon een online nascholing of een live nascholing daarvoor het meest geschikt is.

Door een huisarts wordt daarbij de tip gegeven dat wanneer een huisarts is aangesloten bij HAROP (huisartsenrampen opvang plan), deze huisartsen intensiever nageschoold kunnen worden bijvoorbeeld offline en dat er voor de overige huisartsen in de huisartsenpraktijk een ‘light’ online versie ingekocht kan worden door de huisartsen.

” Huisarts, tramaanslag Utrecht: dat je dan als ik als tegenwoordige namens mijn huisartsengroep naar zo’n live nascholing zou gaan en ik krijg een link mee. Nou voor drie tientjes kan elke huisarts in jouw groepje die nascholing

ook doen die krijgen ook nog een beetje nut ervoor. Daar zou ik wel reclame voor maken.

Behoeft huisartsen naar aanleiding tramaanslag Utrecht

Alle betrokken huisartsen gaven aan dat zij de wens hebben om op de hoogte gebracht te worden van het feit dat een betrokkene van een ramp (tramaanslag) bij hun in de praktijk patiënt is. Enkel één huisarts wist zeker dat hij op de hoogte gebracht was van betrokkenheid van een patiënt bij de tramaanslag in Utrecht. Echter werd deze huisarts pas later op de hoogte gebracht terwijl hij zelf het prettiger had gevonden als hij eerder was ingelicht. Alle vijf huisartsen die een patiënt van de tramaanslag begeleid hebben, geven aan dat prettig is wanneer de huisarts al op de hoogte is.

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Het was wel zo dat ik er een beetje door overvallen werd. Toen ik hem/haar op het spreekuur kreeg, vertelde hij/zij het aan mij. Wat ik wel jammer vond dat ik niet eerder op de hoogte ben gebracht. Ik weet niet of dat had gekund of hoe dat had moeten. Maar ja op dat moment was het wel gewoon dat ik dacht deze meneer is wel zo verstandig geweest om contact met ons op te zoeken, maar als hij dat niet had gedaan dan had ik echt gewoon geen idee gehad. Dat vond ik wel soort van heftig.

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Ik zou behoefte aan hebben dat als het gebeurt en het wordt bekend dat ik daar wat pro-actiever achteraan kan gaan. Ik ben nu reactief geweest natuurlijk want de patiënt komt bij mij van joh heb wat mee gemaakt het zou mooi geweest zijn als ik daar wat pro-actiever in had kunnen werken. Van je hebt dit meegemaakt hou daar even rekening mee.

De huisarts kent zijn patiënt en kan aan de hand daarvan beslissen of hij contact opneemt met de patiënt of het laat bij een notitie in de verslaglegging voor wanneer de patiënt een afspraak maakt bij de huisarts.

Een huisarts gaf aan geïnformeerd te willen worden over het verloop van het proces bij justitie, wanneer justitie bijvoorbeeld iets gaat doen omdat dan verwacht kan worden dat er meer klachten ontstaan bij de patiënt wanneer de rechtszaak plaats vindt.

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Ja en niet van beloop van God dit kunnen ze ontwikkelen want dat is voor iedereen anders, maar van hey er zit nu iets

officieels aan te komen. Het eerste jaar is voorbij, bij wijze van spreken wees een beetje attent. Dat zijn dingen die in de waan van de dag voorbij gaan. De dingen gaan bij mij ook sneller voorbij dan bij de patiënt want die heeft het probleem. En ik heb straks weer een ander probleem.

De behoefte aan het hebben van een aanspreekpunt verschilt per huisarts. Zoals twee huisartsen aangeven is het hebben van bijvoorbeeld een informatieloket handig. Echter, dan moet deze wel beschikbaar zijn anders wordt er toch eerder in het eigen sociale systeem van de huisarts gekeken.

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Weet je als er een informatieloket is dan is het goed om die ergens te hebben waar je kunt kijken of je er mogelijk nog wat aan hebt, maar de ervaring is dat de ondersteuning via de wat landelijke meer grote lokale organisatie dat de wachttijden niet reëel zijn. Daar heb je niks aan.

Twee overige huisartsen betrokken bij de ondersteuning na de tramaanslag geven het volgende aan:

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Ja, op zich zou dat wel mooi zijn, als je op een gegeven moment teruggebeld wordt. Dus een plek waar de vragen verzameld worden. Maar goed dat had ik ook zelf kunnen doen. Ik heb me er ook wel mee gered. Maar achteraf denk ik God het was misschien.. maar ja je wordt nu geconfronteerd met dit interview en dan denk je terug God ja het was waarschijnlijk wel goed geweest als we contact hadden gehad.

” Huisarts tramaanslag Utrecht: Hoe werkt dat bij een ramp? En hoe werkt de nazorg van een ramp? En waar vind je dan informatie daarover? Wie kun je dan bellen? Ik denk dat dat ook was waarmee ik met deze persoon me onzeker over voelde. Wat als ik nou niet deze therapeut had gehad of als hij daar nou net geen klik mee heeft wat dan? Je kan natuurlijk ook nog situaties hebben dat het nog extremer en nog heftiger is.

Het hebben van contact met andere huisartsen die een betrokkenen van de tramaanslag Utrecht hebben ondersteund wordt als wenselijk aangegeven door vier van de vijf huisartsen betrokken bij de tramaanslag in Utrecht.

Conclusie eindrapportage

Er is onderzocht hoe het zorgproces bij de huisarts verloopt wanneer zij een betrokkene van een traumatische gebeurtenis of een ramp op het spreekuur krijgen. Daarnaast is de rol van de huisarts binnen dit zorgproces onderzocht en welke ondersteuningsbehoefte de huisarts zelf heeft.

Werkwijze

Opvallend is dat door alle huisartsen ongeveer dezelfde werkwijze werd gehanteerd. De standaarden en protocollen of Toolkit worden enkel gebruikt wanneer de huisartsen er zelf niet meer uitkomen. Daarbij moet wel in acht genomen worden dat impliciet de standaarden en protocollen altijd in de handeling van de huisarts aanwezig zijn vanwege hun opleiding en eerdere ervaringen met het gebruik van de standaarden en protocollen. Elke huisarts gebruikte het liefst het eigen netwerk wanneer zij een patiënt wilde doorverwijzen. De huisarts paste zijn rol aan op de patiënt en de gebeurtenis waarbij als uitgangspunt genomen werd dat er veel zeggenschap bij de patiënt lag. Tijdens het gesprek met de patiënt namen alle huisartsen een open houding aan en paste zij maatwerk toe. Het aannemen van een openhouding en het bieden van maatwerk valt onder patiënt gerichte zorg (Lateef, 2011). Patiënt gerichte zorg, is ook wel bekend als geïndividualiseerde zorg dat zich richt op de individualiteit van een patiënt om interpersoonlijke benaderingen en interventies te bepalen (Wolf et al., 2008). Het onderzoek van Wolf et al. (2008) suggereert dat patiënt gerichte zorg van invloed kan zijn op patiënttevredenheid en hoe patiënten de kwaliteit van zorg ervaren.

Door de geïnterviewde huisartsen, in het rapportage dat u voor ogen heeft, werd aangegeven dat het van belang is dat de patiënten allereerst hun verhaal vertellen en dat de huisarts daarbij empathie toont voor de situatie van de patiënt. Eerder onderzoek toont aan dat het vermogen van een arts om empathisch begrip op te bouwen voor de situatie van de patiënt essentieel is voor de ontwikkeling van de relatie tussen de huisarts en de patiënt. Deze relatie is weer van belang voor het effectief kunnen uitoefenen van het medisch vak (Eby, 2018). Onderzoek van Derksen et al. (2013) toont dan ook aan dat er een positief effect is tussen het gebruik van empathie door de huisarts en patiënttevredenheid. In het onderzoek van Tomaz et al. (2018) wordt gesteld dat empathische en op vertrouwen gebaseerde communicatie ervoor zorgt dat patiënten gemakkelijker over hun traumatische ervaring praten.

In boven omschreven werkwijze is geen verschil te zien tussen huisartsen die een patiënt na de tramaanslag hebben ondersteund en huisartsen die patiënten na andere traumatische gebeurtenissen hebben ondersteund.

Rolopvatting van de huisarts

Uit de gesprekken met de huisartsen komt naar voren dat de huisartsen hun rol aanpassen op de patiënt en diens behoefte. De huisarts is immers de persoon die de patiënt en diens geschiedenis inclusief sociale context kent waardoor het makkelijker wordt om de rol aan te passen op de patiënt. Dit sluit aan bij het onderzoek van, Van Staveren et al. (2011) waarin naar voren komt dat de huisarts niet in elk consult dezelfde rol hanteert. In de situatie na een traumatische gebeurtenis heeft over het algemeen de patiënt een actieve rol in het consult en heeft de patiënt uiteindelijk het laatste woord blijkt uit de resultaten. De rol van de huisarts om een zo optimaal mogelijk behandelresultaat te verkrijgen is door over het algemeen de laagdrempelige en bekende zorgverlener in de buurt te zijn. Dit zorgt ervoor dat de patiënt met zijn problemen bij de huisarts durft te komen en ook vragen durft te stellen aan de huisarts. Een coördinerende en poortwachtersrol wordt ook aangenomen door de huisartsen wanneer zij een patiënt na een traumatische gebeurtenis ondersteunen. Dit kan het zorgproces ten goede komen omdat de patiënt zo wordt doorverwezen naar meer gespecialiseerdere zorg. Door de coördinerende rol van de huisarts kan in de gaten gehouden worden hoe deze doorverwijzing verloopt. De meest voorkomende rollen die genoemd zijn in dit onderzoek liggen in lijn met het artikel van IJzermans (2013) waarin wordt gesteld dat in de nafase van een ramp de positie van de huisarts onomstreden is als onder andere poortwachter van de zorg en laagdrempelige, bekende zorgverlener in de buurt.

Voorzien in zorgbehoefte

De huisartsen voorzien volgens zichzelf in de zorgbehoefte van de patiënt door een luisterend oor te bieden, de tijd te nemen voor de patiënt, de patiënt als eerste hun verhaal te laten doen en daarbij het dagelijks leven van de patiënt in hun behandelplan mee te nemen. Waarbij empathie hebben voor de patiënt als uitgangspunt wordt genomen. Dit is in lijn met eerder onderzoek naar de behoeftes van betrokkenen van een traumatische gebeurtenis wanneer zij op consult komen bij de huisarts onderzoek (Mol et al., 2002 & Mol et al., 2004).

Tijdig door verwijzen waarbij ze indien nodig in de gaten houden hoe het met de patiënt gaat wanneer deze is doorverwezen wordt ook als belangrijk gezien om in de zorgbehoefte van de patiënt te kunnen voorzien. In de begeleiding waarbij sprake was van een doorverwijzing

was dit meestal op verzoek van de patiënt en werd hier te allen tijde in meegegaan door de huisarts. Een enkele keer was het op initiatief van de huisarts om direct door te verwijzen. De ene huisarts neemt actief contact op met de patiënt voor een vervolgesprek. De andere huisarts is meer reactief. Echter maakt elke huisarts heel duidelijk aan de patiënt dat zij altijd bij hen terug kunnen komen. In het onderzoek van Mol et al. (2004) wordt gesteld dat de patiënt die betrokken is bij een traumatische gebeurtenis de behoefte heeft dat de huisarts actief een follow-up gesprek in plant. Uit de resultaten van ons onderzoek komt echter naar voren dat dit maatwerk is en dat er geen standaard gemaakt dient te worden voor het actief inplannen van follow-up gesprekken. Zolang de huisartsen maar duidelijk maken dat de patiënten altijd bij hen terecht kunnen met al hun vragen, weet de patiënt de huisarts veelal te vinden. De huisarts 'dwingt' dus veelal de patiënt niet om een gesprek te voeren maar legt de mogelijkheid bij de patiënt om zijn of haar hart te luchten bij de huisarts wanneer de patiënt dit wenst of de huisarts vraagt aan de patiënt of een follow-up gesprek gewenst is. Deze methodiek sluit aan bij watchful waiting zoals beschreven door Buerman in het artikel van Hogendorp (2018).

In eerder onderzoek komt naar voren dat betrokkenen van een ramp een onvervulde zorgbehoefte ervaren ondanks alle ontwikkelde volksgezondheidsprogramma's (Stene et al., 2018). In het onderzoek van Plevier (2021) is ook naar voren gekomen dat enkele betrokkenen een onvervulde zorgbehoefte hadden. Er zijn verschillende factoren, barrières en uitdagingen die van invloed kunnen zijn op het vinden van de juiste zorg. Dit zijn onder andere factoren zoals cultuur, socio-demografische achtergrond en sociale steun (Stene et al., 2018). In het onderzoek van Kazlauskas et al. (2016) naar traumabehandeling in Europa wordt aangegeven dat Nederlandse overheid veel aandacht besteedt aan rampen en dat er wekelijks geschreven wordt over de gevolgen van rampen. Hierdoor kunnen onder andere huisartsen het verband tussen trauma en symptomen herkennen en de patiënten doorverwijzen naar adequate zorg (Kazlauskas et al., 2016). In het rapportage dat u voor ogen heeft wordt dan ook niet door de huisartsen aangegeven dat zij moeite hebben met het herkennen van symptomen, dit is in lijn met het artikel van Kazlauskas et al. (2016). In het onderzoek van Kazlauskas et al. (2016) wordt daarbij wel aangegeven dat meer specialistische kennis op het gebied van PTSS, wat voor kan komen na rampen en traumatische gebeurtenissen, gewenst is. Tevens wordt in dit zelfde onderzoek aangegeven dat de toegankelijkheid van de zorg belemmerd wordt door lange wachtlijsten, wat een uitdaging vormt voor de gezondheidszorg. Deze lange wachtlijsten zijn ook door een aantal geïnterviewde huisartsen benoemd als problematisch waardoor veelal op het eigen netwerk terug gevallen wordt. De lange wachtlijsten kunnen dan ook een barrière zijn

voor huisartsen, die een onvoldoende groot eigen netwerk hebben, om in de zorgbehoefte van de patiënt te voorzien.

Ondersteuningsbehoefte

Om de zorg vanuit de huisarts naar de patiënt te optimaliseren is genoeg tijd voor de patiënt noodzakelijk, zoals voor de gesprekken om de coping van de patiënt in kaart te brengen, het contact opnemen met geestelijke gezondheidszorginstanties en om een behandelplan op te stellen dat passend is bij de wereld van de patiënt. Nu wordt een gedeelte van deze taken in eigen tijd gedaan.

Tevens is het voor de huisarts wenselijk dat er een goede samenwerkingsrelatie tussen hen en andere zorginstanties ontstaat. Zodat zij van elkaar weten waar welke zorg geboden wordt en zodat zij niet enkel aangewezen zijn op hun eigen bekende netwerk.

Daarbij zou informeren van de betrokkenheid van een patiënt bij een ramp, gewaardeerd worden door de huisartsen. Wanneer de huisarts hiervan op de hoogte is kunnen zij beslissen of er telefonisch contact opgenomen wordt of dat het in het dossier wordt gezet voor het geval een patiënt op consult komt. Dit kan de zorg ten goede doen omdat de huisarts op deze manier op de hoogte is van een groot life-event van de patiënt welke weer van invloed kan zijn op andere problemen waarmee de patiënt eventueel naar de huisarts toekomt.

Dit leidt tot het volgende punt namelijk de behoefte aan een aanspreekpunt waar de huisarts terecht zou kunnen wanneer zij vastlopen bij de ondersteuning van een patiënt betrokken bij een ramp. De meningen over het nut van een aanspreekpunt zijn wisselend. Het belangrijkste is volgens de huisartsen dat als er een aanspreekpunt is, dit aanspreekpunt ook toegankelijk dient te zijn en dat dit loket makkelijk te bereiken is. Het aanspreekpunt zou met name gebruikt worden om te sparren over doorverwijsmogelijkheden en wanneer zij vastlopen bij de ondersteuning van een patiënt en zij hier niet met intercollegiaal overleg uitkomen. Dit aanspreekpunt zou in de vorm van een éénloketfunctie kunnen zijn. In het onderzoek van Duckers et al. (2020) wordt de behoefte van een éénloketfunctie onderzocht onder gemeenten. Hierin kwam naar voren dat het belang van een éénloketfunctie geen een keer ter discussie werd gesteld. In dit zelfde onderzoek kwam naar voren dat partijen als inhoudelijks specialisten (bijvoorbeeld op het gebied van rouw), ervaringsdeskundige en het ARQ Kenniscentrum Impact een kennis- en adviescentrum psychosociale zorg en veiligheid bij schokkende gebeurtenissen, zouden kunnen deelnemen aan een éénloketfunctie. Dit zijn allerlei partijen waar een huisarts ruggenspraak mee zou kunnen voeren wanneer hier behoefte aan is of waar een huisarts mee zou kunnen sparren naar wie het beste doorverwezen kan worden. De

geïnterviewde huisartsen geven wel aan dat mocht er een informatieloket komen dat het wel van belang is dat dit loket duidelijk bereikbaar en goed beschikbaar is voor alle partijen die gebruik zouden willen maken zodat er optimaal gebruik gemaakt kan worden van dit loket.

Tot slot gaven de huisartsen aan dat over het algemeen de eigen ervaringen van de huisartsen volgens hen voldoende zijn om patiënten na een traumatische gebeurtenis te ondersteunen. Huisartsen gaven tijdens dit onderzoek aan behoefte te hebben aan extra kennis betreffende rouw- en traumaverwerking en hoe deze traumaverwerking verstoord kan worden. Daarbij is er de wens om meer te leren over de werking van opschaling na rampen, er wordt aangegeven dat de gemiddelde huisarts hier geen verstand van heeft. Deze ondersteuning zou de huisarts het liefst in een vorm van E-learning of live nascholing wensen. Wanneer dit in de vorm van een E-learning wordt gegeven, dan het liefst een korte E-learning die de huisarts erbij kan pakken op het moment dat het nodig is.

Beperkingen in onderzoek

Uiteindelijk hebben vijf huisartsen die een betrokkene bij de tramaanslag hebben ondersteund meegewerkt aan dit onderzoek. Een respons van vijf van de veertien huisartsen betekent dat minder dan de helft van de huisartsen mee heeft gewerkt aan dit onderzoek. Daarbij moet ook in acht worden genomen dat van de 21 geïnterviewde betrokkenen in het gezondheidsonderzoek niet alle geïnterviewden toestemming hebben gegeven om contact op te nemen met hun huisarts. Het is hierdoor niet duidelijk of er met de huisartsen van de zwaarst getroffen is gesproken. Het aantal huisartsen dat heeft deelgenomen is te klein voor kwantitatieve analyse van het onderzoek. Wel kunnen achtergronden benoemd worden en verdiepende informatie opgehaald worden. Om toch iets te kunnen zeggen over de ondersteuningsbehoefte van huisartsen van patiënten van een ramp of schokkende gebeurtenis is de onderzoeksgroep uitgebreid met huisartsen van een chronische ramp en huisartsen die patiënten van incidenten begeleid hebben. Hierdoor hebben we enig licht kunnen werpen op het verschil of overeenkomst van deze verschillende typen huisartsen.

Er zijn verschillende categorieën huisartsen geïnterviewd in dit onderzoek waaronder huisartsen van een flitsramp en de tramaanslag. De tramaanslag is weliswaar een tijd geleden. Toch hebben de meeste betrokkenen nog steeds contact met hun huisarts. Uit de gesprekken bleek dat het soms lastig was voor de huisartsen, die een betrokkene van de tramaanslag hadden ondersteund, om te herinneren wat er hun ondersteuningsbehoefte destijds was. Dit kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten van het onderzoek. Doordat er ook huisartsen zijn geïnterviewd betrokken bij een chronische ramp en huisartsen betrokken bij overige schokkende gebeurtenissen en hier een vergelijkend beeld uit kwam met betrekking tot ondersteuningsbehoefte, werkwijze en rolopvatting denken we daarom toch dat de invloed van het mogelijk niet alles precies kunnen herinneren beperkt is geweest.

Concluderend kan worden gesteld dat de geïnterviewde huisartsen zich over het algemeen voorbereid voelden om een patiënt na een traumatische gebeurtenis te ondersteunen. Toch zou met extra kennis of ondersteuning de zorg voor de betrokkene geoptimaliseerd kan worden. Acht van de twaalf huisartsen gaven een extra ondersteuningsbehoefte aan. De huisartsen zouden graag geïnformeerd willen worden over de betrokkenheid van een patiënt bij een ramp, of eventueel over de voortgang van de rechtsprocedure. Daarbij is er de behoefte aan een aanspreekpunt, in het geval de huisarts vastloopt en er met zijn of haar eigen netwerk niet uitkomt. Dit aanspreekpunt zou met name gebruikt worden om te sparren met andere professionals en voor eventueel ondersteuning bij het doorverwijsproces als hun eigen netwerk ontoereikend is. Tot slot is er de wens om meer kennis te vergaren over rouw- en traumaverwerking maar ook over opschaling na rampen en hoe dit in zijn werk gaat, omdat de gemiddelde huisarts hier niet bekend mee is. Overigens moet in acht worden genomen dat bovenstaande voor een deel van de huisartsen geldt. Er waren ook huisartsen die aangaven geen extra ondersteuning nodig te hebben.

Aanbevelingen

- Op grond van de resultaten van de interviews en van de literatuur adviseren wij na een ingrijpend incident en na een ramp als overheid zorg te dragen dat huisartsen op één plaats terecht kunnen met hun vragen. De éénloketfunctie zou op meerdere manieren bruikbaar kunnen zijn voor de huisarts, wat uiteindelijk de zorg aan de betrokkene verbetert:
 - Een éénloketfunctie kan betrokkenen van een ramp, zoals de tramaanslag, registreren. Met toestemming van de patiënt is het mogelijk de huisarts van de patiënt te informeren over het feit dat een patiënt uit zijn of haar praktijk betrokken was bij een ramp of ingrijpend incident. Een huisarts kan op basis van zijn of haar kennis over de patiënt en diens achtergrond beslissen of er direct contact opgenomen wordt, of er later contact opgenomen wordt of dat het in de verslaglegging wordt genoteerd voor wanneer de patiënt later op consult komt. Wanneer de huisarts contact op neemt met de patiënt kan de huisarts aangegeven zij altijd bereikbaar zijn voor een gesprek. Op deze manier weten de patiënten dat de huisarts beschikbaar is maar ligt de keuze bij hen of zij van deze hulp gebruik willen maken.
 - Wanneer er vanuit een éénloketfunctie contact wordt opgenomen met de huisartsenpraktijk over de betrokkenheid van een patiënt kan een professional op het gebied van trauma of rampen alvast informatie verstrekken t.a.v. problematiek, passende zorg, en andere adviezen.
 - Tevens zou een éénloketfunctie andere informatie kunnen doorgeven aan de huisartsenpraktijk die van nut kunnen zijn voor de ondersteuning van een patiënt na een ingrijpende gebeurtenis of een ramp. Zoals de voortgang van de rechtsprocedure, wanneer er bijvoorbeeld een rechtszitting aankomt kan er verwacht worden dat er meer klachten kunnen ontstaan bij de betrokkene. Dit komt ook naar voren in het gezondheidsonderzoek dat is uitgevoerd onder de betrokkenen van de tramaanslag. De rechtszaak werd als confronterend ervaren, omdat alles weer opgehaald werd en er soms nieuwe feiten aan het licht kwamen. Wanneer de huisarts bekend is met dit soort zaken kunnen zij, indien zij dit zelf nodig vinden, contact opnemen met de patiënt om te vragen hoe het gaat met hem of haar.

- Tot slot kan het éénloketfunctie, een aanspreekpunt zijn voor de huisartsen wanneer de huisarts vastloopt in de ondersteuning en er met intercollegiaal overleg niet uitkomt. De huisartsen kunnen dan, indien nodig, hun vragen stellen aan deskundigen die gespecialiseerd zijn in de begeleiding van mensen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt. Ten aanzien van bijvoorbeeld een normale reactie op een abnormale situatie en passende zorg. Tevens zou de huisarts hier terecht kunnen voor eventuele doorverwijsmogelijkheden als zij er met hun eigen netwerk niet uitkomen.
- Vanuit een éénloketfunctie zouden huisartsen ook advies kunnen vragen/overleggen met professionals op het gebied van trauma en rampen wanneer er sprake is van een ingrijpend incident of een ramp. Het nut van het inzetten van professionals kwam ook in het onderzoek van Ozbay et al. (2013) naar voren. In dit onderzoek werden beleidsmakers geadviseerd om hoog opgeleide klinici te gebruiken om ramp gerelateerde psychische problemen aan te pakken.
- Bij gelijksoortige traumatische gebeurtenissen, zoals de tramaanslag, zou ook een intervisiebijeenkomst georganiseerd kunnen worden onder huisartsen zodat de huisarts kan reflecteren op het eigen handelen teneinde de bewustwording van het eigen handelen te vergroten. Het onderzoek van te Braake et al. (2020) toont het belang van reflecteren op eigen handelen voor huisartsen ook aan. Naast dat gereflecteerd kan worden op het eigen handelen kunnen huisartsen ook informatie en kennis uitwisselen, aangezien zij allen een patiënt betrokken bij een ramp of ingrijpend incident hebben ondersteund. Zo'n bijeenkomst kan digitaal of live plaats vinden. Hierbij moet natuurlijk rekening gehouden worden met de beschikbare tijd van een huisarts. Na een ramp kan mogelijk vanuit de éénloketfunctie hieraan bijdragen door na een ramp of ingrijpende gebeurtenis alle huisartsen die geregistreerd staan te contacteren met de vraag of er behoefte is aan zo'n intervisiebijeenkomst en bij voldoende animo dit te organiseren.
- Resultaten tonen aan dat nascholing gewenst is door een aantal geïnterviewde huisartsen. Onderdelen van de nascholing zouden kunnen zijn: de Toolkit nazorg na rampen, hoe opschaling na rampen werkt. Verder zou in deze nascholing gesproken kunnen worden over rouw en traumaverwerking na rampen of crisissen. Mogelijk is het nuttig om de behoefte hiërarchie van Jordan (2015) hierin op te nemen. De GGD, het GHOR en het LHV zouden samen dienen uit te zoeken wat belangrijk is voor de huisarts om te weten over opschaling na rampen en welke andere informatie van belang is voor de huisarts, gezien hun centrale

rol in de nazorgfase. Er wordt geadviseerd dit in een korte E-learning op te nemen, die de huisarts er snel bij kan pakken.

- Het voorliggende onderzoek heeft laten zien hoe de ondersteuning na een ramp of traumatische gebeurtenis verloopt vanuit het perspectief van de huisarts. Het onderzoek heeft nuttige informatie opgeleverd om huisartsen nog beter te ondersteunen in de begeleiding van hun patiënten na een schokkende gebeurtenis of ramp. Echter was het aantal respondenten in het onderzoek gering. Vervolgonderzoek in een grotere populatie na een volgende ramp of crisis waarin de huisartsen al wat intensiever ondersteund zijn zou kunnen bijdragen aan inzicht in de wijze waarop ondersteuning aan huisartsen het beste vorm gegeven kan worden na een ramp of crisis.

Dankwoord

Dit onderzoek is tot stand gekomen dankzij de medewerking van verschillende personen.

Allereerst willen we de huisartsen bedanken dat zij ingestemd hebben met dit onderzoek. Het waren waardevolle gesprekken waarbij de huisartsen zich open stelde om vragen te beantwoorden.

Literatuurlijst

- Beckers, J. (2017). Hoe we gezamenlijk de wachttijden in de zorg kunnen verkorten
PASSENDE EN TIJDIGE ZORG VOOR ALLE PATIËNTEN. *HEADline*, 34(3).
<https://doi.org/10.1007/s40739-017-0030-9>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the
Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*,
59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.1.20>
- Chen, J., & Hou, F. (2002). Unmet needs for health care. *Health rep*, 13(2), 23–34.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12743954/>
- Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general
practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), 76–84.
<https://doi.org/10.3399/bjgp13x660814>
- Dückers, M., Gerbecks, J., Jacobs, J. (2020) *Voorbereid op éénloketfuncties bij rampen en
crises: resultaten van een behoeftepeiling onder gemeenten*. Utrecht: Nivel.
- Eby, D. (2018). Empathy in general practice: its meaning for patients and doctors. *British
Journal of General Practice*, 68(674), 412–413.
<https://doi.org/10.3399/bjgp18x698453>
- GGZ. (z.d.). *GGZ Standaarden*. GGZstandaarden. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-klachten-in-de-huisartsenpraktijk/zorg-bij-psychische-klachten-in-de-huisartsenpraktijk>
- Havenaar, J. M., & Bromet, E. J. (2003). e psychiatrische gevolgen van rampen Een overzicht
van de epidemiologische literatuur1. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 7, 367–376.
http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_33pdf.pdf
- Hermans, F. (2010). *Trauma en beschaving* (1ste editie). Boom Lemma

- Hogendorp, S. (2018, 22 maart). *Praten over trauma kan juist averechts werken*.
Zorg+Welzijn. <https://www.zorgwelzijn.nl/praten-trauma-kan-juist-averechts-werken/>
- IJzermans, J. (2013). De huisarts als ankerpunt: huisartsenzorg is een onmisbare basis voor zorg en onderzoek na rampen. *Cogiscope*, 10(3), 10–15.
<http://postprint.nivel.nl/PPpp5226.pdf>
- Impact. (2014). *Multidisciplinaire Richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises*. Impact-kenniscentrum. <https://www.impact-kenniscentrum.nl/sites/default/files/domain-26/documents/richtlijn-psh-26-1433751010381977863.pdf>
- Impact. (2017). *Psychosociale hulp bij rampen en crises inventarisatie rollen en taken van betrokken partijen*. Impact-kenniscentrum. https://www.impact-kenniscentrum.nl/sites/default/files/domain-26/documents/rapportage_inv_rollen_taken_psh_juli_2017-26-14993323391390158748.pdf
- IVF. (2017). *Brondocument Basiskennis GHOR*.
<https://www.ifv.nl/kennisplein/Documents/20170602-IFV-Brondocument-Basiskennis-GHOR.pdf>
- Johal, S. S., & Mounsey, Z. R. (2016). Recovering from disaster: Comparing the experiences of nurses and general practitioners after the Canterbury, New Zealand earthquake sequence 2010–2011. *Nursing & Health Sciences*, 19(1), 29–34.
<https://doi.org/10.1111/nhs.12296>
- Jordan, K. (2015). *The Disaster Survivor's Hierarchy of Needs: What Every Disaster Mental Health Worker Should Know*. American Counseling Association.
https://www.counseling.org/docs/default-source/vistas/the-disaster-survivor.pdf?sfvrsn=e2db432c_6
- LHV. (2010). *Toolkit Nazorg na rampen | LHV*. <https://www.lhv.nl/service/toolkit-nazorg-na-rampen>

- LHV. (2015). *Aanbod huisartsgeneeskundige zorg* | LHV. <https://www.lhv.nl/service/aanbod-huisartsgeneeskundige-zorg>
- Lateef, F. (2011). Patient expectations and the paradigm shift of care in emergency medicine. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 4(2), 163. <https://doi.org/10.4103/0974-2700.82199>
- LibGuides: Statistical & Qualitative Data Analysis Software: About NVivo*. (2021).
Libguides. <https://libguides.library.kent.edu/statconsulting/NVivo>
- Magnée, T., Beurs, D.P. de, Verhaak, P.F.M. Consulten bij de huisarts en de POH-GGZ in verband met psychosociale problematiek. Een analyse van NIVEL Zorgregistraties gegevens van 2010-2014. Utrecht: NIVEL, 2015
- Meijer, T. S. (1996). *De vliegcramp in de Bijlmermeer Een trauma in een multi-etnische woonwijk*. socsci.uva. http://tma.socsci.uva.nl/08_1/meijer.pdf
- Mol, S. (2004). Huisartsenhulp na ingrijpende gebeurtenissen. *Huisarts en Wetenschap*, 47(7), 502–507. <https://doi.org/10.1007/bf03083860>
- Mol, S. S. L. (2002). Trauma, life events and PTSD : a challenge for patients and family doctors. Universiteit Maastricht.
<https://cris.maastrichtuniversity.nl/ws/portalfiles/portal/1149376/guid-74a52c89-787f-4375-8a28-5972c8b3881a-ASSET1.0.pdf>
- Netten, J. C. M., & van de Donk, M. (2018). *Enhancing the resilience of victims after terrorist attacks*. Ran centre of excellence. https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/default/files/what-we-do/networks/radicalisation_awareness_network/about-ran/ran-rvt/docs/enhancing_resilience_victims_after_terrorist_attacks_032018_en.pdf
- NHG. (2014). *Stepped care*.
https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/images/thema/stepped_care.pdf

NtVP. (z.d.). *Inleiding psychotrauma*. <https://www.ntvp.nl/wp-content/uploads/Inleiding-Psychotrauma.pdf>

Ozbay, F., Auf der Heyde, T., Reissman, D., & Sharma, V. (2013). The Enduring Mental Health Impact of the September 11th Terrorist Attacks. *Psychiatric Clinics of North America*, 36(3), 417–429. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.05.011>

Parker C, Everly G, Barnett D, Links J. (2006) Establishing evidence-informed core intervention competencies in psychological first aid for public health personnel. *Int. J. Emerg. Ment. Health*, 8: 83–92.

Plevier, C. (2021). *Eindrapportage onderzoek onder betrokkenen bij de tramaanslag in Utrecht van 18 maart 2019: welbevinden, zorgbehoefte en-gebruik een half jaar en anderhalf jaar na de tramaanslag*. GGDru. <https://www.ggdru.nl/over-de-ggd/nieuws-en-persberichten/nieuwsbericht/artikel/gezondheidsonderzoek-tramaanslag-utrecht-heeft-na-anderhalf-jaar-nog-invloed-op-gezondheid-deel-betrokkenen>

Powell, T. M., & Wegmann, K. M. (2018). *Culture strongly influences coping behaviors after natural disasters*. ScienceDaily. <https://www.sciencedaily.com/releases/2018/11/181102180805.htm>

RACGP. (2015). *GPs play an important role in the assessment and treatment of patients experiencing posttraumatic stress disorder*. https://www.racgp.org.au/download/Documents/Good%20Practice/2015/November/GP2015_Nov_managing_trauma.pdf

RTV Utrecht. (2021, 27 juni). *GGD Utrecht onderzoekt gevolgen tramaanslag 24 Oktoberplein*. <https://www.rtvutrecht.nl/nieuws/1936001/ggd-utrecht-onderzoekt-gevolgen-tramaanslag-24-oktoberplein.html>

Soeteman, R. (2008). Gezondheidsproblemen en zorggebruik na drie rampen in Nederland: monitoring in de huisartspraktijk. *Psychologie & gezondheid*, 36(3), 141–146. <https://doi.org/10.1007/bf03077489>

- Stene, L. E., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2016). Healthcare Needs, Experiences and Satisfaction after Terrorism: A Longitudinal Study of Survivors from the Utøya Attack. *Frontiers in Psychology, 7*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01809>
- Thoresen, S., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2014). Social support barriers and mental health in terrorist attack survivors. *Journal of Affective Disorders, 156*, 187–193. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.014>
- Tomaz, T., & Castro-Vale, I. (2020). Trauma-Informed Care in Primary Health Settings—Which Is Even More Needed in Times of COVID-19. *Healthcare, 8*(3), 340. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030340>
- UMC Utrecht. (z.d.). *Trauma - UMC Utrecht*. <https://www.umcutrecht.nl/nl/ziekenhuis/ziekte/trauma#:~:text=We%20spreken%20opas%20van%20een,op%20somberheid%2C%20angsten%20en%20wantrouwen.>
- van den Akker, M., Mol, S. S., Metsemakers, J. F., Dinant, G.-J., & Knottnerus, J. A. (2001). Barriers in the care of patients who have experienced a traumatic event: the perspective of general practice. *Family Practice, 18*(2), 214–216. <https://doi.org/10.1093/fampra/18.2.214>
- Williams, R., & Drury, J. (2009). Psychosocial resilience and its influence on managing mass emergencies and disasters. *Psychiatry, 8*(8), 293-296.
- Zannoni, M. (2011). *De nafase van rampen en crises: gedeelde zorg? · Tijdschrift voor Religie, Recht en Beleid · BJu Tijdschriften*. https://www.bjutijdschriften.nl/tijdschrift/religierechtenbeleid/2011/1/TvRRB_1879-7784_2011_002_001_003

Bijlagen

Bijlage 1: Informatiefolder huisartsen



**Informatiefolder onderzoek
onder huisartsen**

Tramaanslag 18 maart 2019

Utrecht

Onderzoek

In opdracht van het Kennis- en Expertise Centrum van GGD regio Utrecht in samenwerking met Onderzoeksinstituut Nivel, wordt er onderzoek uitgevoerd naar de ervaringen van huisartsen bij het ondersteunen van hun patiënten die een ramp hebben meegemaakt. Dit onderzoek vindt plaats naar aanleiding van de tramsnslag, die plaatsvond op 18 maart 2019 in Utrecht.

Waarom ontvangt u deze uitnodiging

Ik wil u uitnodigen om deel te nemen aan het onderzoek. U ontvangt deze uitnodiging omdat iemand uit uw praktijk betrokken was bij de tramsnslag in Utrecht als slachtoffer, getuige, nabestaande of familie/bekende van een slachtoffer. Wanneer u meedoet aan dit onderzoek wil ik u graag interviewen. Het interview zal 30 minuten duren. De desbetreffende betrokkenen hebben toestemming gegeven om contact met u op te nemen. Ik ben niet op de hoogte van de persoonsgegevens van de betrokkenen die u heeft ondersteund. Tevens zal er tijdens het onderzoek niet gesproken worden over de betrokkenen.

Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in hoe op dit moment het zorgproces na een ramp verloopt vanuit het perspectief van de huisarts. Hierbij valt te denken aan wat de huisarts nodig heeft om patiënten die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt goed te begeleiden, waar zij knelpunten of successen ervaren en wat hun rol is in dit proces. Dit onderzoek kan bijdragen aan mogelijke nascholing over nazorg na rampen voor huisartsen.

Opzet van het onderzoek

In dit onderzoek zullen huisartsen van betrokkenen bij de tramsnslag geïnterviewd worden. Tijdens deze interviews zullen er verschillende onderwerpen aan bod komen. De hoofdonderwerpen zijn: het zorgsysteem en de positie van de huisarts, de rol van de huisarts tijdens de nazorg van een ramp, vaardigheden en competenties, en de handelwijze. Daarbij zullen er vragen gesteld worden over de behoefte aan scholing en informatievoorziening. Het interview zal ongeveer een half uur duren en zal online plaatsvinden vanwege de huidige maatregelen omtrent Covid-19. Mocht u zich hier niet prettig bij voelen, dan ben ik ook in de gelegenheid om op een gewenste locatie te komen. De Covid-19 maatregelen zullen daarbij in acht genomen worden.

Onderzoeker

Een WO-master student Sociology: Contemporary Social Problems aan de Universiteit Utrecht. De student wordt begeleidt door epidemioloog (GGDrU) en een bijzonder hoogleraar Crises, Veiligheid en gezondheid Rijksuniversiteit Groningen en Programmaleider Rampen en Milieudreigingen onderzoeksinstituut Nivel.

Deelname

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Nadat het onderzoek is afgerond ontvangt u het onderzoeksrapport. U kunt het onderzoeksrapport eind juni begin juli verwachten.

Vertrouwelijkheid en dataverwerking

Wanneer u hier toestemming voor geeft zullen de interviews opgenomen worden. De opnames zullen op een afgeschermd plek, waar enkel ik en mijn begeleider vanuit de GGD bij kunnen, opgeslagen worden. De opgenomen interviews zullen getranscribeerd worden. Mocht u het transcript willen inzien dan kunt u dit aan mij doorgeven, ik zal het transcript vervolgens naar u toesturen. Wanneer er iets in het transcript staat waarvan u liever niet heeft dat het in het onderzoek terecht komt kunt u dit aan mij doorgeven. Nadat het interview is getranscribeerd worden de opnames van het interview verwijderd. De verkregen data uit het interview zullen volledig geanonimiseerd worden, er zal gebruikt gemaakt worden van pseudoniemen. Resultaten van het onderzoek kunnen worden gepubliceerd binnen uw vakgebied.

Afsluiting

Graag maak ik een afspraak op een dag en een tijdstip die voor u het beste uitkomt om een interview af te nemen.

Bijlage 2: informatie brief van de heer Donker

Kenmerk : Uit-2021/09952/
Doorkiesnr. :
Datum : 19 maart 2021
Onderwerp : Onderzoek ondersteuning door huisartsen van betrokkenen
tramaanslag 24-Oktoberplein

Geachte,

Op 18 maart 2019 werd Nederland opgeschrikt door de aanslag in de tram op het 24-Oktoberplein in Utrecht. De GGD regio Utrecht voert in opdracht van de gemeente Utrecht onderzoek uit naar de gezondheidssituatie en zorgbehoefte van betrokkenen van de tramaanslag. In aanvulling daarop zou de GGDrU ook graag de huisartsen van deze betrokkenen spreken over de ondersteuning die zij aan de betrokkenen van deze aanslag hebben gegeven. We zijn vanuit het publieke belang geïnteresseerd in wat daarin goed gaat, maar ook wat uitdagingen zijn. Uw assistente is daarover vorige week gebeld door de GGDrU. Daaropvolgend is een mail met de relevante informatie over het onderzoek toegestuurd.

Waarom bent u benaderd voor dit onderzoek?

Eén van uw patiënten was op dit plein aanwezig of was familie of bekende van een één van de slachtoffers. We willen u daarom vragen om mee te werken aan dit onderzoek. Het gaat hierbij niet specifiek om de patiënt zelf maar om de algemene lessen die we uit de begeleiding van patiënten die een dergelijke gebeurtenis hebben meegemaakt kunnen trekken.

Ik realiseer me dat deze coronatijd voor u een hele drukke periode is. Toch wil ik u vragen om mee te doen aan dit onderzoek. Juist vanwege het bijzondere karakter van deze gebeurtenis en het beperkt aantal huisartsen (aantal=13), dat we kunnen benaderen zou uw inbreng heel waardevol zijn.

Ik hoop op uw medewerking.

Met vriendelijke groet,



J.R. Donker
Directeur Publieke Gezondheid

Bijlage 3: informatiebrief huisartsen



Informatiefolder onderzoek onder huisartsen

Het zorgproces na een traumatische gebeurtenis vanuit het perspectief
van de huisarts

Onderzoek

In opdracht van het Kennis- en Expertise Centrum van GGD regio Utrecht in samenwerking met Onderzoeksinstituut Nivel, wordt er onderzoek uitgevoerd naar de ervaringen van huisartsen bij het ondersteunen van hun patiënten die een ramp/crisis hebben meegemaakt.

Uitnodiging

Ik wil u uitnodigen om deel te nemen aan het onderzoek. Ik ben mij er van bewust dat u mogelijk geen ervaring hebt gehad bij de ondersteuning van een patient na een ramp of crisis. Des ondanks kan uw informatie en uw perspectief als huisarts op een situatie als deze wel heel waardevol zijn. Wanneer u meedoet aan dit onderzoek wil ik u graag interviewen. Het interview zal 30 minuten duren. De desbetreffende betrokkenen hebben toestemming gegeven om contact met u op te nemen. Ik ben niet op de hoogte van de persoonsgegevens van de betrokkenen die u heeft ondersteund. Tevens zal er tijdens het onderzoek niet inhoudelijk worden gesproken over de patienten. Dat behoort niet tot het doel van dit

Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in hoe op dit moment het zorgproces na een traumatische gebeurtenis verloopt vanuit het perspectief van de huisarts. Hierbij valt te denken aan wat de huisarts nodig heeft om patienten die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt goed te begeleiden, waar zij knelpunten of successen ervaren en wat hun rol is in dit proces. Dit onderzoek kan bijdragen aan mogelijke nascholing over nazorg na rampen voor huisartsen.

Opzet van het onderzoek

Naast dat u als huisarts bent benaderd voor deelname aan het onderzoek zijn ook de volgende huisartsen benaderd. Er zijn huisartsen benaderd die een betrokkenen bij de tramaanslag hebben ondersteund. Tevens zijn er huisartsen die getroffen van de aardbevingcrisis ondersteunen benaderd. Tijdens deze interviews zullen er verscheidene onderwerpen aan bod komen. De hoofdonderwerpen zijn: het zorgsysteem en de positie van de huisarts, de rol van de huisarts tijdens de nazorg van een ramp, vaardigheden en competenties, en de handelwijze. Daarbij zullen er vragen gesteld worden over de behoefte aan scholing en informatievoorziening. Het interview zal ongeveer een half uur duren en zal online plaatsvinden vanwege de huidige maatregelen omtrent Covid-19. Mocht u zich hier niet prettig bij voelen, dan ben ik ook in de gelegenheid om op een gewenste locatie te komen. De Covid-19 maatregelen zullen daarbij in acht genomen worden.

Onderzoeker

Een WO-master student Sociology: Contemporary Social Problems aan de Universiteit Utrecht. De student wordt begeleidt door epidemioloog (GGDrU) en een bijzonder hoogleraar Crises, Veiligheid en Gezondheid en Programmaleider Rampen en Milieu dreigingen werkend bij Onderzoeksinstituut Nivel. De gegevens vanuit het interview worden met uw toestemming gebruikt voor het uitwerken van de scriptie van de onderzoeker.

Deelname

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Nadat het onderzoek is afgerond ontvangt u het onderzoeksrapport. U kunt het onderzoeksrapport rond juli verwachten.

Vertrouwelijkheid en dataverwerking

Wanneer u hier toestemming voor geeft zullen de interviews opgenomen worden. De opnames zullen op een afgeschermd plek opgeslagen worden. De opgenomen interviews zullen getranscribeerd worden. Mocht u het transcript willen inzien dan kunt u dit aan mij doorgeven, ik zal het transcript vervolgens naar u toesturen. Wanneer er iets in het transcript staat waarvan u liever niet heeft dat het in het onderzoek terecht komt kunt u dit aan mij doorgeven. Nadat het interview is getranscribeerd worden de opnames van het interview verwijderd. De verkregen data uit het interview zullen volledig geanonimiseerd worden, er zal gebruikt gemaakt worden van pseudoniemen. Resultaten van het onderzoek kunnen worden gepubliceerd binnen uw vakgebied.

Afsluiting

Ik realiseer mij dat u op dit moment erg zult zijn vanwege de huidige coronacrisis. Toch wil ik u vragen om deel te nemen aan dit onderzoek. Graag maak ik een afspraak op een dag en een tijdstip die voor u het beste uitkomt om een interview af te nemen.

Bijlage 4: interview topic lijst

Startvraag

- Allereerst ben ik geïnteresseerd in hoeveel jaar werkt u al als huisarts?

Ondersteuning vanuit de huisarts (rol)

Wat verstaat u als huisarts onder nazorg?

Ik begrijp dat het voor u misschien een open deur lijkt maar vanuit het onderzoek wil ik u deze vraag toch stellen ik benieuwd hoe de *ondersteuning* van een patiënt verloopt in de context van een ramp als deze? Verschilt dit van de reguliere context?

- *Plant u meer tijd*
- *Geeft u aan begin misschien bepaalde tips*
- *Verwijst u eerder door*
- *Watch full waiting*
- *Dat u kijkt of ze contact hebben met andere*
- *Hanteert u misschien een andere gespreksvorm*

Zorgsysteem / andere organisaties

Ik zou u nu graag wat vragen willen stellen over het contact met andere organisaties, de bestaande handvatten die u kunt gebruiken ter ondersteuning en waar de behoeftes liggen.

Wanneer er een betrokkenen van een ramp of crisis bij u in de praktijk komt met welke organisaties zoals, Slachtofferhulp Nederland, LHV, ARQ IVP heeft u contact tijdens de ondersteuning van de betrokkenen (als patiënt binnenkomt, voor behandelplan, na doorverwijzing, herhaling)? Wat loopt er goed en waar liggen uitdagingen in het contact met de andere organisaties?

Met andere organisaties contact

- Wat is uw contact met Slachtofferhulp Nederland (of andere organisatie die HA benoemd)?
- Hoe ziet uw, uw rol in dit contact?
- Waar ligt uw behoefte wanneer het gaat om contact met andere organisaties?
- Denkt u dat het voor u belangrijk is om contact te hebben met andere organisaties? Ja nee waarom wel of waarom niet?

Geen contact met andere organisaties

- Kunt u dit toelichten?
- Waar ligt uw behoefte wanneer het gaat om contact met andere organisaties?
- Denkt u dat het voor u belangrijk is om contact te hebben met andere organisaties? Ja nee waarom wel of waarom niet?

Er zijn verschillende handvatten/protocollen voor huisartsen die zij kunnen gebruiken of moeten gebruiken bij het ondersteunen van patiënten. Na een ramp wordt geadviseerd om de toolkit nazorg na rampen te gebruiken, kent u deze toolkit?

JA

- Heeft u gebruik gemaakt van de toolkit? Kunt u toelichten waarom u de toolkit wel of niet heeft gebruikt
- Wat vond u van de toolkit? Wat voor informatie miste u in de toolkit?

NEE

- In de toolkit worden de volgende onderwerpen uitgelicht:
 - o Uw rol in de nazorg fases
 - o De fases van de nazorg
 - o Met welke organisaties u te maken kunt krijgen
 - o Welke psychosociale klachten kunnen optreden?

- Hoe de voorkomende psychosociale klachten gediagnostiseerd kunnen worden?
- Welke interventies ingezet kunnen worden?

Als u dit zo hoort heeft u dan de indruk dat meer informatie over een van deze onderwerpen u zou kunnen ondersteunen wanneer u een betrokkene van een ramp ondersteunt?

- Kunt u toelichten welk onderwerp? Kunt u toelichten waarom extra informatie over deze onderwerpen geen verschil zou uitmaken?

Maakt u gebruik van eventuele overige standaarden of protocollen in een situatie als deze?

- Ja want er zijn bijvoorbeeld bepaalde standaarden die gebruikt kunnen worden voor bijvoorbeeld depressie of angststoornissen de NHG-standaarden en bij PTSS de klinische interview voor PTSS.

Kunt u toelichten waarom u deze wel of niet heeft gebruikt?

U wordt gezien als de poortwachter naar de geestelijke gezondheidszorg en duurdere specialistische zorg. Hoe verloopt een doorverwijsproces wanneer u een betrokkene van een ramp doorverwijst?

- **Wat waren uitdagingen in zijn algemeenheid in dit proces?**
- **Wat zou u nodig hebben in dit proces?**

Ik zou u nu graag wat vragen willen stellen over uw rol als huisarts wanneer u een betrokkene van een ramp ondersteunt.

Uit de gesprekken met de betrokkenen weten we dat de meeste betrokkenen zijn doorverwezen naar andere zorgverleners maar dat sommige zijn gestopt bij de zorgverlener waarnaar zij zijn doorverwezen. Ik weet niet wie u heeft ondersteund en dat is ook niet van belang. Ik ben benieuwd hoe u hiermee om zou gaan in de context van een crisis als deze. Gaat u hier dan anders mee om dan wanneer in een reguliere context een patiënt zorg mijndend is?

Zoals in een vorige vraag al is gesteld wordt de huisarts als de poortwachter van de zorg gezien. Het is een erg brede vraag, maar toch wil ik hem proberen te stellen u kunt ook aangegeven dat de vraag niet te beantwoorden is maar ik ben benieuwd hoe zou u uw rol omschrijven bij de ondersteuning van een betrokkene na een ramp. Ik kan wel een paar voorbeelden geven coördinerend, samen beslissend, hele actieve rol.

- Kijkt u hierbij naar de verschillende type betrokkenen. Neemt u hierbij de verschillende type betrokken mee (*Psychologische triage De eerste groep betrokkenen zijn betrokkenen die een normale stressreactie laten zien op een ingrijpende gebeurtenis. Deze groep herstelt vaak met behulp van het eigen sociale netwerk en de aanwezige veerkracht bij de desbetreffende getroffen. De tweede groep zijn de betrokkenen die een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van verwerkingsproblematiek. Hierbij dient de huisarts actief te monitoren zodat er op tijd ingegrepen kan worden mocht er een behandeling noodzakelijk zijn om een stoornis te voorkomen. De derde groep zijn de betrokkenen die direct psychosociale problematiek ontwikkelen als gevolg van de ramp. Deze groep dient onmiddellijke psychosociale hulpverlening te krijgen*)
- Kan deze vorm/rol per consult verschillen. Gezien de verschillende fases waarin een betrokkene kan zitten?

Handelwijze

De ondersteuning van een ramp kan een unieke situatie vormen, wat zou u doen of heeft u gedaan toen u vastliep in de ondersteuning van een betrokkene van een ramp?

Waar zou u behoefte aan hebben als u vastloopt in de ondersteuning van een betrokkene van een ramp? Hierbij kan u denken aan structurele handvatten (zoals een toolkit), een gesprek met een collega huisarts of slachtofferhulp of een andere organisatie, een informatie loket of een expertgroep meeting

Behoeft

- Waar zou u behoefte aan hebben en van wie? Bijvoorbeeld gemeente, SHN, GGD of het LHV?

Geen behoefte

- Kunt u uw antwoord toelichten?

Ik heb begrepen vanuit andere interviews dat er tijdens de ondersteuning naar verschillende achtergrond factoren wordt gekeken bij de ondersteuning, zoals social support van een patiënt, de bestaande psychische klachten, zelfredzaamheid, etnische achtergrond en de leefsituatie van de patiënt zijn er specifieke factoren waar u naar kijkt bij de ondersteuning van een patiënt na een ramp als deze?

- Wordt dit in de context van een ramp/aanslag anders meegewogen dan in de reguliere context?

Vaardigheden & competenties

Wat zijn de belangrijkste competenties naar uw mening hebben om iemand te ondersteunen na een groot life event als deze?

- Onder competenties wordt verstaan, de kennis (de informatie en ervaring), vaardigheden (handelingen) en attitudes (houding die iemand inneemt).
- Er kan bijvoorbeeld gedacht worden aan dat de huisarts in staat moet zijn steun te kunnen bieden, begripvol te kunnen zijn, bepaalde communicatie vaardigheden.
- (actief luisteren, prioriteiten stellen en reageren op de behoeften van de betrokkenen, lichte psychische problemen herkennen en daar informatie overgeven, communiceren van hoe om te gaan met ASS, het kunnen herkennen van de risico factoren van een slechte geestelijke gezondheid en de risico factoren hierop kunnen verminderen door er bewustzijn voor te creëren en de betrokkenen doorverwijzen voor gespecialiseerde gezondheidszorg).

sluitvraag

Als er nascholing zou komen wat zou u adviseren om hierin op te nemen vanuit uw eigen ervaringen en behoefte?

Welke successen en uitdagingen komt u tegen in deze ondersteuning?