

Lessen over de griep

Gilles de Wildt,
huisarts

Birmingham en de omringende West Midlands vormden dit voorjaar een vroeg epicentrum van de uitbraak van de Mexicaanse griep. In het praktijkgebied van mijn echtgenote – met veel armoede en achterstand – begon de uitbraak vroeg en breidde zich als een lopend vuurtje uit, ongetwijfeld doordat veel patiënten met zijn achten of meer in een huis wonen.

Mijn eerste patiënt meldde zich korte tijd later. Ze was tien dagen eerder teruggekomen van een reis naar Mexico met familieleden en had een mild ziektebeeld. Ik belde de Health Protection Agency (HPA), een streng geleide combinatie van het Nederlandse RIVM en de afdeling infectieziekten van de GGD. Aanvankelijk dienden wij alle verdachte gevallen daar te melden, en de instantie kon ook als enige oseltamivir (Tamiflu) uitgeven. Ik kreeg bij de HPA een vriendelijke arts-assistent aan de lijn. Mijn patiënt voldoet aan alle criteria op één na, legde ik uit. Aan het laatste – dat de symptomen binnen zeven dagen na vertrek uit Mexico moeten optreden – voldeed ze eigenlijk ook, maar dan in gemodificeerde vorm. Ze was namelijk in

nauw contact gebleven met meereizende familieleden die beurtelings ziek waren geworden.

Hierin voorzag het protocol echter niet, legde de jongeman plechtig uit na overleg met zijn opleider. 'Ik

begrijp uw *anxiety* en die van uw patiënt, maar u hoeft niets te doen, ook geen viraal monster af te nemen.' Op mijn vraag waarom niet, antwoordde hij dat het hem in die zeven dagen zat en in de zorg van de HPA 'dat iedereen maar ging bellen'. *Anxiety*? Ja, een beetje wel – het was allemaal nog erg onduidelijk in het begin. Glijt een patiënt die snel erg ziek wordt door onze vingers? Hoe hoog zijn de *case fatality rate*, de *numbers needed to treat* en de *numbers needed to harm* eigenlijk? Kunnen we het virus doorgeven aan onze kinderen?

Spoedig daarna raakte alles in een stroomversnelling. De HPA werd onder de voet gelopen en onbereikbaar, hele ladingen transportmedia, maskers en schorten werden op de huisartsenpraktijken afgeleverd, resultaten van virale uitstrijkjes kwamen pas na tien dagen of helemaal niet meer terug. Beteugelen lukte niet meer, en de HPA kondigde

het einde aan van de *containment*-fase. De organisatie regelde de verschaffing van oseltamivir niet langer zelf, maar wees daarvoor plaatselijke apotheken aan. De protocollen veranderden om de dag. Vooraanstaande en minder vooraanstaande medici en politici zagen hun kans schoon om uitgebreid op tv hun zegje te doen.

Al naar gelang de aard van de patiënt zorgde dat voor meer angst (meestal) of geruststelling (zelden). Het hielp daarbij niet dat politiek en hoge ambtenarij in Groot-Brittannië een aura hebben van onbetrouwbaarheid. Ook al is iets waar, het wordt toch niet geloofd. Bovendien is het Engelse gedeelte van het land een tamelijk autoritaire, alternerende eenpartijstaat met een almachtige regering, waarmee gezondheidsautoriteiten niet graag uit de pas lopen. Dat heeft weer tot gevolg dat media en oppositie uitspraken van gezagsdragers en onafhankelijke wetenschappers op een goudschaaltje wegen en gretig hun tanden zetten in iedere tegenstrijdigheid, hoe onbenullig ook. Intussen kwamen er *flu lines*, telefoondiensten met automatische berichten en getrainde leken die naar algoritmes kijken. Door huisartsen bemande griepcentra zagen het licht. Het liep als een trein. Maar ons lokale centrum werd in augustus plotseling weer afgeschaft, toen de inmiddels op krachten gekomen HPA het weer overnam. Tegelijkertijd hield de patiëntenstroom op, als een leeggelopen ballon. Einde epidemie?

Mijn grootste zorg gedurende de hele crisis was dat we iedereen over één kam zouden scheren en iemand over het hoofd zouden zien die helemaal geen Mexicaanse griep had, maar meningitis of een ernstige urineweginfectie bij een onbekende diabetes. In mijn groepspraktijk probeerden we kleine kinderen en andere kwetsbare patiënten dan ook zoveel mogelijk zelf te zien. Een complicatie is dat Britten vaak geen thermometer in huis hebben en dat rectale opname voor velen een absoluut taboe is.

Met bijna 6800 patiënten kregen we drie maanden lang dagelijks tien tot twintig telefoontjes van bezorgde patiënten, vaak mensen die in alle verwarring gewoon met iemand wilden praten die ze vertrouwden. We schreven gaandeweg steeds minder oseltamivir voor, omdat we niet zo zeker waren van de effectiviteit en menig patiënt er ernstig van moest braken. Daarmee liepen we vooruit

**Mijn grootste zorg was
dat we iedereen
over één kam zouden scheren**



Huisartsen in Groot-Brittannië zijn dit voorjaar overvallen door de Mexicaanse-griepgolf.

beeld: ANP

op wijzigingen van het protocol, net als veel andere huisartsen.

Natuurlijk kwamen allerlei vragen en speculaties op. Is het inderdaad zo dat mensen die de A-griep hebben meegemaakt in 1957 en 1968 gedeeltelijke weerstand hebben? Zijn we gezegend, hier in de West Midlands, dat we werden getroffen in het voorjaar en de zomer en vroeg immuniteit konden verwerven? Gaat de winterse golf, zoals nu in Argentinië en Australië, en indertijd met de Spaanse griep, gepaard met een veel hogere case fatality rate?

Een ergernis was dat er zo weinig recente onderzoeksgegevens beschikbaar zijn. Een bron van voldoening was dat we het weliswaar heel druk hadden – al viel de ernst mee – maar dat dit ons niet van onze patiënten verwijderde. De griepgolf bracht ons eerder nader tot hen.

Wat kan Nederland hiervan leren? Misschien zijn er op tijd genoeg werkzame vaccins. Als dat niet lukt, dan zal de werkelijkheid voor patiënten en artsen dynamisch zijn en altijd afwijken van het beeld dat experts van tevoren schetsen – hoe nuttig de voorbereidingen ook zijn. Het mediacircus zal op volle toeren draaien en angst zaaien. Ook in Nederland is het wantrouwen jegens overheid en autoriteiten toegenomen.

Onderzoekers: doe meteen relatief eenvoudig onderzoek en publiceer het bij wijze van spreken de volgende dag. Dokters: lees de protocollen maar gebruik je verstand en je klinische blik. Ga ervan uit dat veel mensen toch met hun vertrouwde huisarts willen spreken en dat het aanzienlijk drukker wordt. Beleidsmakers en verzekeraars: tast in de buidel en creëer een reserve aan generalisten – huisartsen en praktijkverpleegkundigen – voor als het in de reguliere eerste lijn uit de hand loopt.

veldwerk

Denk eens aan je moeder

Er zijn veel boeken geschreven over hoe we klantgerichter kunnen worden in de zorg. Of het nu de holistische Planetree-benadering is of juist een Walt Disney-insteek, we hebben kennelijk behoefte aan een kapstok die een beetje 'bekt'. Waarbij Planetree wat chiquer en Walt Disney wat leuker is om mee te schermen.

Maar toen mijn moeder mij laatst belde om even stoom af te blazen over wat zij als dame van 76 had meegemaakt, bedacht ik me dat de wijsheid over klantgerichtheid wellicht dichter bij huis kan worden gehaald.

Stelt u zich voor, u bent een alleenstaande, zelfstandig wonende 75-plusser met bijbehorende gezondheidsklachten, en u wilt een alarmapparaatje voor in de nacht om u veilig te voelen. En om zo langer zelfstandig te kunnen blijven wonen – iets wat we met zijn allen heel belangrijk vinden in Nederland. En u wilt 'even' zo'n apparaatje regelen. Dan blijkt dat 'even' een strijdtocht te worden langs huisarts, zorgverzekeraar, leverancier, zorgkantoor en thuiszorg. Elke schakel in de keten wil het liefst snel doorverwijzen naar een ander en weigert regie te voeren of eindverantwoordelijkheid te dragen. Elke schakel stuurt ook liever formuleren in plaats van een gesprek te voeren, en staat de cliënt te woord als ware deze al dement. Niet goed voor de bloeddruk van mijn moeder.

Maar voor u en mij wellicht een leermomentje? In plaats van Planetree of Disney, kunnen we gewoon in onze organisaties het credo introduceren 'denk eens wat vaker aan je moeder'. Minder fancy, maar wellicht wel zo effectief.

Claudia Zuiderwijk,
ziekenhuisbestuurder