

Dalhuijsen leerde bij de GGD hoe de maatschappij in elkaar zit

Te dom voor specialist, te lui voor huisarts

Simone Paauw

Zijn moeder was teleurgesteld dat hij geen specialisatie koos met een witte jas. Maar Anton Dalhuijsen verkoos de GGD. 'Daarvoor had ik geen idee hoe de maatschappij in elkaar zat.'

Ondanks de vakantieperiode waren de afgelopen weken druk voor Anton Dalhuijsen, arts bij de GGD Hollands Midden. Als arts infectieziektebestrijding kreeg hij veel telefoontjes over de Mexicaanse griep, of zoals het nu officieel wordt genoemd de Nieuwe Influenza A (H1N1). Al meteen nadat de uitbraak in Mexico in het Nederlandse nieuws kwam, werd hij gebeld door mensen die bang waren dat zij misschien besmet waren. Aanvankelijk bezocht hij serieuzere potentiële gevallen gewapend met 'slechts' een mondkapje. Later, toen de Wereldgezondheidsorganisatie WHO fase 4 aankondigde, nam hij bij nog enkele potentiële patiënten monsters af, maar dan uitgerust met veiligheidsbril, schort en handschoenen. Na de

zomer wil hij in zijn regio graag het vaccinatieprogramma leiden voor de Mexicaanse griep. Vandaag heeft Dalhuijsen forensische dienst. Hij is op te piepen op het moment dat er een ramp plaatsvindt. Het kan rustig blijven, maar het kan ook zijn dat hij van de ene lijkschouwing naar de ander moet, tussendoor wordt opgepiept om medische hulp te verlenen bij een arrestant op een politiebureau en dan alles uit zijn handen moet laten vallen omdat er ergens een bom is ontploft. Daarnaast heeft hij zijn diverse taken bij de GGD die ondanks zijn oproepbaarheid gewoon doorgang moeten vinden.

Dalhuijsen is dan ook geen gewone GGD-arts, stelt hij zelf nadrukkelijk. 'De meeste GGD-artsen richten zich op één deelgebied, bijvoor-

beeld: De Beeldredactie, Jacqueline Spaans





beeld de jeugdzorg, de infectiebestrijding, de forensische geneeskunde of de tuberculosebestrijding. Ik heb aantekeningen gehaald voor infectiebestrijding en forensische geneeskunde en ben daarnaast betrokken bij veel verschillende projecten, bijvoorbeeld lesgeven op het LUMC, contacten onderhouden met gemeenten, coördinator van de opleiding binnen de GGD. Dat maakt mijn baan zeer gevarieerd.'

Hectische uren

Even lijkt het erop alsof het vandaag een rustige dag wordt. In het GGD-gebouw in Leiden heeft Dalhuijsen de tijd voor een telefonische overdracht over de stand van zaken rondom de Mexicaanse griep en zelfs voor het vieren van zijn verjaardag. Totdat zijn pieper voor de forensische dienst afgaat. Als forensisch geneeskundige is Dalhuijsen verantwoordelijk voor lijkschouwingen bij onnatuurlijk overlijden en voor de medische zorg aan arrestanten op het politiebureau.

Nu zit er een ernstig verwarde man in een cel in Leiden. Een bezorgd familielid heeft de politie gebeld omdat de man kennelijk door vieze sloten was gelopen en met modder en stenen aan het gooien was. De man is een oude bekende van de politie en er schijnt al een rechterlijke machtiging in huis te zijn voor een gedwongen opname. De vraag aan de GGD-arts is of de machtiging kan worden gebruikt.

Dalhuijsen begint met een telefoonronde en belandt uiteindelijk bij de behandelaar van de man. Die kan zich wel vinden in een opname en heeft zelfs een plaats beschikbaar. Maar als Dalhuijsen weer belt met de politie blijkt dat hij toch iets te snel heeft gehandeld. De agent



*‘Het politiebureau
lijkt soms wel
een psychiatrisch ziekenhuis’*

meldt dat de politie de man wil vasthouden en verhoren, misschien moet hij er de nacht ook nog doorbrengen. Opnieuw grijpt Dalhuijsen de telefoon om de behandelaar te vertellen dat de opname nog even wordt uitgesteld. ‘Dit leek mij geen echte boef. Ik dacht dat de politie geen probleem zou hebben met een snelle opname. Maar de man heeft ook stenen gegooid naar agenten. Daar houden ze niet zo van.’

Het is typerend voor het werk van Dalhuijsen dat hij veel tijd doorbrengt aan de telefoon. Als zijn pieper gaat voor een arrestant moet hij vaak veel bellen om de context van de patiënt in beeld te krijgen. Wat is diens voorgeschiedenis, wat voor medicijnen slikt hij, bij welke

behandelaars is hij bekend? Omdat de verwarde man misschien nog een nacht in de cel moet blijven, wil Dalhuijsen hem opzoeken. Dan kan hij ook kijken of de man medicatie nodig heeft. Bij het politiebureau aangekomen, onderzoekt

hij in het papieren systeem naar eerdere rapportages over de man. Hij is al een keer of vijf eerder vastgezet, dus heeft de arts redelijk veel informatie. ‘Maar als hij volgende week in Alphen wordt gearresteerd, moeten we weer helemaal opnieuw beginnen. Een EPD lijkt me praktischer en is ook niet moeilijk in te voeren.’ De psychische toestand van de man blijkt ernstiger dan verwacht. Omdat zijn kleren nat en vies waren, heeft hij van de politie een overall gekregen. Maar die heeft hij uitgetrokken en in de wc-pot gepropt. Op monitoren van de bewaking is te zien dat hij nu bloot in zijn cel

zit. Over zijn arrestatie is hij zeer verongelijkt. Als Dalhuijsen een praatje met hem probeert te maken via het doorgeefluik van de celdeur vraagt de man ‘of hij soms al ter dood is veroordeeld’. De GGD-arts kan niet veel voor de man betekenen – die heeft psychiatrische hulp nodig.

Klinische blik

Volgens Dalhuijsen zijn er GGD’en die geen forensische geneeskunde uitvoeren. Maar dat is niet verstandig, denkt hij. Door de forensische zorg verankert de GGD namelijk sterk in de regio. Maar er zijn ook GGD-artsen die liever geen forensische diensten draaien. Ze hebben een gezin en willen geen onregelmatige diensten draaien of ze kunnen niet goed tegen de ellende die ze zien bij lijkschouwingen en de arrestantenzorg.

‘Het politiebureau lijkt soms wel een psychiatrisch ziekenhuis. Vooral in de weekenden zitten hier bijna meer psychiatrische patiënten dan “echte” criminelen’, zegt Dalhuijsen. ‘Deze patiënten kunnen in het weekend minder goed terugvallen op de reguliere hulpverlening. Er is de laatste tijd discussie over of de forensische geneeskunde zou moeten worden overgenomen door huisartsen. Maar ik denk dat je voor de arrestantenzorg specifieke kennis en ervaring nodig hebt. Ik heb daarvoor in de loop der jaren een goede klinische blik ontwikkeld. Ik zie meteen als iemand een combinatie van coke en alcohol op heeft en ik weet wat ik dan moet doen. Een arrestant zit maximaal 72 uur in de cel. Ik moet kunnen beoordelen of zijn medische toestand acuut is of dat hij gewoon in de cel kan blijven.’





Een oud grapje onder artsen is dat de GGD-arts te dom is om specialist worden en te lui om het te schoppen tot huisarts, vertelt Dalhuijsen. Zelfs zijn eigen moeder was teleurgesteld dat hij geen 'betere' specialisatie had uitgekozen. Eentje mét een witte jas en die hem wat meer aanzien zou verschaffen.

Toch heeft hij heel bewust gekozen voor de specialisatie sociale geneeskunde. Door zijn ervaring als arts in de tropen had hij veel affiniteit gekregen met public health, omdat het daarom in de tropen juist draait. Zijn keuze voor dit specialisme verschaftte hem ook een andere wijsheid: 'Ik zat op het gymnasium en ik kon goed hockeyen. Voordat ik bij de GGD terechtkwam, had ik geen idee hoe de maatschappij in elkaar zat. Die heb ik pas leren kennen toen ik veertig was. Ik krijg hier een betaalde cursus algemene ontwikkeling, ik heb bijvoorbeeld het politie- en brandweerapparaat leren kennen. Laatst stond ik om drie uur 's nachts op een volkstuincomplex. Door een slecht in elkaar gezette kachelpijp was een man gestikt. Ik wist niet dat mensen wónen op een volkstuinje.'

Kantoorarts

Onlangs dat ze hem een 'kantoorarts' noemen, wordt de band tussen (huis)artsen en GGD-artsen steeds nauwer. Volgens Dalhuijsen zijn GGD-artsen veel kundiger en professioneler geworden. Daardoor wordt de GGD tegenwoordig meer als partner gezien en is de samenwerking met andere gemeentelijke instanties en de medische sector beter.

Dalhuijsen doet onder meer onderzoek naar hoe het melden van meldingsplichtige infectieziekten vanuit de huisartsenpraktijken beter





kan verlopen. Hij merkt vaak dat huisartsen denken dat de GGD niets anders doet dan de informatie doorspelen aan het RIVM, dat er dan mooie statistieken over bijhoudt. Maar voor de GGD is het heel belangrijk om infecties in kaart te brengen. Als drie huisartsen in Lisse drie afzonderlijke gevallen van mazelen constateren dan weten ze dat niet van elkaar. De GGD gaat echter ermee aan de slag om door bron- en contactonderzoek de uitbraak van een epidemie zo veel mogelijk in te dammen.

‘Ik heb veel baat bij mijn contacten met huisartsen en specialisten over arrestanten’, vertelt

Dalhuijsen. ‘Daardoor kennen ze me vaak en dat maakt het weer makkelijker ze te benaderen over dingen die gaan over de infectieziektebestrijding. Door de goede relatie met de medische microbiologie van het LUMC hebben wij

altijd binnen 24 uur een uitslag, waar huisartsen vaak weken moeten wachten op resultaten van hun lab.’

Theatraal gedrag

Als Anton Dalhuijsen klaar is met de verwarde man in het arrestantencomplex in Leiden, moet hij naar Alphen. Daar is een vrouw uit Libië gearresteerd die illegaal in Nederland verblijft. In de cel klaagt ze over buikpijn, stress en pijn bij de borstkas, ze heeft gekokhalsd en is overstuur. Naar het schijnt wordt ze geslagen door haar man. Ze heeft haar medicijnen meegenomen, maar de politie mag ze niet geven. Ze willen bovendien graag weten hoe ernstig haar klachten zijn. Op basis van de medicijnen, Nexium, Ulcogant en omeprazol, constateert Dalhuijsen dat haar klachten ernstig moeten zijn, hoewel haar gedrag theatraal overkomt. Met behulp van de tolkentelefoon probeert hij iets meer over haar klachten te weten te komen.

Ze lijkt zuuropspisingen te hebben en vertelt dat ze enkele dagen later een gastroscopie moet ondergaan.

Na het gesprek adviseert Anton Dalhuijsen de politie dit onderzoek te laten doorgaan, omdat de klachten ernstig lijken. Daarna belt hij met de huisarts om te vragen hoe vaak ze haar medicijnen moet slikken. Dat gesprek werpt een ander licht op de zaak. De vrouw blijkt vrijwel dagelijks de huisartsenpraktijk en de spoedeisendehulpafdeling te bezoeken. Ze heeft refluxoesofagitis, maar het overgrote deel van haar klachten is te wijten aan somatisaties. Het enige dat de huisartsenpraktijk nog voor haar doet, is checken of ze haar medicijnen inneemt – en dat doet ze niet vaak. Dat ze ook oxazepam en amitriptyline slikt, is de huisarts onbekend. ‘Je zult maar zo’n leven hebben’, verzucht Dalhuijsen nadat alle telefoontjes zijn afgerond. ‘Dagelijks bij de huisarts en op de eerste hulp en dan word je misschien ook nog in elkaar geslagen door je man.’

Suggestief

Als GGD-arts balanceert Anton Dalhuijsen, naar eigen zeggen, op de rand van reguliere zorg en samenleving. Voor hem is het onderhouden van een goede relatie met huisartsen en specialisten van belang. Maar net zo belangrijk is het onderhouden van een goed contact met het publiek.

Dat merkte hij bij de HPV-vaccinatiecampagne, waarover hij binnen zijn regio de coördinatie had. Hoewel hij het heel leuk vond om aan de campagne mee te werken, viel de opkomst ook in de regio Hollands Midden tegen met 55 procent. ‘Ik heb daarvan een paar dagen enorm gebaald. Maar ik heb ook met tientallen meisjes gesproken. Het RIVM had een mooie site: “Prik en bescherm”. Maar meisjes van veertien halen hun informatie van YouTube en daar vinden ze een onverantwoord suggestief antivaccinatiefilmpje. Je ziet beelden van jonge gezonde meiden en dan wordt er gewaarschuwd voor de gevaren van “dit experiment”. De bijwerkingen zouden onbekend zijn, vrouwen in de VS zouden zijn overleden of verlamd zijn geraakt of zouden na vaccinatie een miskraam hebben gehad. Er zijn mensen die met dit soort antipropaganda een soort heilige strijd voeren tegen het vaccineren. Het is nog een effectieve manier van actievoeren ook. Iemand die een vaccinatie ontraadt, neemt een grote verantwoordelijkheid op zich.’ 

‘Meisjes van veertien halen hun informatie van YouTube’



Het door Dalhuijsen genoemde YouTube-filmpje kunt u bekijken via dit artikel op www.medischcontact.nl.