

Hulpvragen op de dokterspost: ongerust of urgent?

Ger van der Werf

Zeker, spoed in de doktersdienst heeft te maken met wat medisch gezien geen uitstel gedooft. Maar spoed is ook wat in de ogen van de patiënt niet kan wachten tot morgen. Giesen et al. beschrijven in dit nummer van H&W (pagina 207) de urgentie van de klachten waarmee patiënten bij een huisartsenpost komen. De urgentie-classificatie die de onderzoekers gebruiken, is gebaseerd op de mate van bedreiging van vitale functies en geënt op het triage-systeem van de landelijke ambulancehulpverlening.

Het onderzoek van Giesen et al. geeft weinig inzicht in wat op een huisartsenpost gebeurt: als er eenmaal een diagnose is gesteld, kan 83,7% van alle hulpvragen zonder tijdsdruk afgewerkt worden. Het medisch handelen kenmerkt zich door sober gedrag: veel uitleg geven, geruststellen en terugverwijzen voor zelfzorg.

Wat is er veranderd met de komst van de doktersposten? Het eerste artikel over diensten in de huisartsenpraktijk verscheen in het eerste nummer van H&W, van de hand van de toenmalige NHG-voorzitter Hogerzeil.¹ Hij maakte een driedeling in hulpvragen: medisch noodzakelijke hulpvragen (circa 61%), begrijpelijke hulpvragen, als er volgens de huisarts weliswaar geen duidelijk objectieve medische indicatie bestond, maar de subjectieve indicatie wel invoelbaar was (26%) en onnodig gebruik (13%). IJzermans et al. maakten in 1997 hetzelfde onderscheid.² Hogerzeil concludeerde dat andere dan medische factoren de doorslag geven bij het inroepen van medische hulp. In 1971 schreef de Rotterdamse huisarts Hofmans, destijds hoofdredacteur van H&W, dat hij veel energie steekt in geruststellen, maar dat geruststelling nu eenmaal inherent is aan het menszijn.³ Van der Meer concludeerde in 1973 dat het oordeel over de objectieve noodzaak van een hulpvraag in de weekenddienst erg moeilijk is, omdat rekening gehouden moet worden met 'integrale factoren'.⁴

De consult-visiteratio is buiten kantooruren nog steeds twee op één, het percentage verwijzingen blijft vrijwel gelijk (5,8% in 1974 en 6,4% in 2000) en het percentage onterechte en onzinnige hulpvragen schommelt nog steeds rond de 1 op 7.⁵ Hoewel jongeren in de grote steden buiten kantooruren naar de spoedopvang van het ziekenhuis gaan, wachten ouderen ook daar gewoon op hun eigen huisarts.^{5,6} Veruit de meeste mensen geven ook buiten kantooruren de voorkeur aan hulp door een huisarts.⁷

Auteursgegevens

Disciplinegroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, A. Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen: dr. G.Th. van der Werf, huisarts. Correspondentie: g.t.h.van.der.werf@oprit.rug.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dat is dus allemaal niet erg veranderd, maar de manier waarop wij naar spoed kijken verandert blijkbaar wel. Giesen beoogt met zijn onderzoek de mate van spoed in kaart te brengen: hij introduceert daartoe de categorie 'directe bedreiging van vitale functies'. Dát is nieuw, in ieder geval anders dan in de afgelopen decennia. Beoordelen in hoeverre de vitale functies bedreigd worden is een belangrijk aspect van ons werk en zeker als we de triagefunctie moeten uitbesteden aan assistentes verdient dat deel van ons werk aandacht. Dat Giesen et al. dat doen in de vorm van onderzoek is toe te juichen. 'Sociaal-wetenschappelijke onderzoeksmethoden worden gevormd door hun omgeving, maar geven tegelijkertijd die werkelijkheid ook vorm. Deze complexe relatie maakt onderzoeksmethoden echter zeker niet overbodig of ongeldig. Het maakt ze vooral invloedrijker dan louter een eenvoudige verzameling van neutrale instrumenten'.⁸ Ook Giesens instrument is niet neutraal. De NHG-Telefoonwijzer heeft zijn benadering overgenomen: spoed en urgent lijken synoniem geworden; de rest is 'routine'.⁹ Daarmee lijken uitleg geven, geruststellen en de mensen zelfzorg adviseren naar de achtergrond te zijn terugverwezen. Het behoort tot de taken van een dokterspost vragen van mensen die menen dat hun klacht niet tot morgen kan wachten op een juiste manier te beantwoorden. Het onderzoek van Giesen beperkt zich te veel tot de vraag naar de urgentie van het probleem. Maar er is ook een andere kant: de beleving, de ongerustheid van mensen. Huisartsen voeren persoonsgerichte, integrale zorg in hun vaandel. Daarom is het aan de huisarts om beide kanten van de werkelijkheid te integreren.

Literatuur

- 1 Hogerzeil HHW. Morbiditeit en verrichtingspercentage bij avond- en nachtvisites. *Huisarts Wet* 1957;1:25-32.
- 2 IJzermans CJ, Mentink S, Klaphake LM, Van Grieken JJ, Bindels PJ. Contacten buiten de kantooruren: klachten gepresenteerd aan de huisarts en aan de Spoedeisende Hulp. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002;146:1413-7.
- 3 Hofmans A. Weekenddienst. *Huisarts Wet* 1971;14:247-50.
- 4 Van der Meer K. Weekenddienst. *Huisarts Wet* 1973;16:223-8.
- 5 Waisfisz HG. Een rapportage over vierentwintig keer weekenddienst. *Huisarts Wet* 1974;17:226-30.
- 6 Van Geloven AAW, Luitse JSK, Simons MP, Obertop H. Door de huisarts verwezen patiënten en zelfverwijzers op de afdeling spoedeisende hulp. *Huisarts Wet* 2000;43:516-7.
- 7 Friele R. Huisarts eerste keus bij spoedeisende medische hulp buiten kantooruren. *Huisarts Wet* 2001;44:170.
- 8 Bartholomé Y. Society as a laboratory; Donald T. Campbell and the history of social experimentation [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2004.
- 9 NHG-Telefoonwijzer; een leidraad voor triage en advies. Nederlands Huisartsen Genootschap: Utrecht, 2002.