

Ten behoeve van de semafoon tekenden wij in de plattegrond van de stad twee lijnen, waardoor de stad in drie sectoren, genummerd 1, 2 en 3, werd verdeeld. Een naboodschap voor één der genoemde sectoren wordt als code 1, 2 of 3 doorgegeven: het nummer van de sector, waar men zich op het moment van ontvangst bevindt, bepaalt de spoed waarmee het doktershuis moet worden opgebeld; juist gaande van sector 1 naar 2 zal men voor code 1 direct naar huis opbellen, code 3 is op dit moment weinig belangrijk en kan wachten.

Een spoedboodschap wordt als code 4 doorgegeven en maakt onverwijld naar huis opbellen noodzakelijk. Ook een tweede naboodschap, die binnenkomt voordat voor de eerste contact wordt opgenomen, wordt als code 4 uitgezonden. Wij herhalen code 4 elk kwartier totdat contact is verkregen; het is namelijk mogelijk dat door een onverwacht langdurig huisbezoek het toestel ten tijde van het uitzenden van de tweede code 4 nog werd geblokkeerd door de eerste code, waardoor de code 4 verloren zou gaan.

Code 5 kan worden gebruikt door de dokters-telefoon (boodschappendienst) en code 6 voor inci-

dentele gevallen volgens afspraak (bijvoorbeeld par-tus mevrouw X).

Het is gewenst dat slechts het doktershuis of de dokterstelefoon de semafoonboodschappen door-geeft: dubbel werk wordt daardoor voorkomen. Het gebruik van het semafoonnummer door patiënten moet worden vermeden.

Bij een langdurig huisbezoek kan de semafoon gemakkelijk uit de slede in de auto en in de hand als portable worden meegenomen, waarbij men eraan moet denken, binnen 15 seconden de antenne uit te schuiven!

Samenvatting. De semafoon is een zeer bruikbaar apparaat voor de huisartspraktijk. De bereikbaarheid van de huisarts is steeds optimaal; doordat naboodschappen tijdiger kunnen worden ingelast kan dit tijdwinst voor arts en patiënt geven. De gebruiker van de semafoon zal ervaren dat door deze „verbinding” een deel van zijn gebondenheid overgaat in vrijheid.

Summary. General practitioner and semaphony. The sema-
phone is a very useful apparatus in general practice. It ensures optimum accessibility of the general practitioner and can save time both for the doctor and for the patient because follow-up messages can be inserted more timely. The user of a sema-
phone will find that this „connection” turns part of his bond-
age into freedom. G. S. van Dorp

VAN DE LANDELIJKE STUDIEGROEP PRAKTIJKVOERING

De bereikbaarheid van de huisarts

Men kan stellen dat in een modern geordende samenleving, zoals deze in Nederland bestaat, iedereen bij een ongeval of plotseling optredende ziekte zo nodig recht heeft op zo spoedig mogelijke geneeskundige hulp. Wanneer dit ongeval of die plotselinge ziekte zich voordoet in het praktijkgebied van de huisarts van de getroffene, is deze huisarts ervoor verantwoordelijk dat deze hulp ook inderdaad binnen redelijke tijd wordt verleend. Deze verantwoordelijkheid kan gedeeltelijk zijn gedelegeerd, indien er in dit praktijkgebied andere mogelijkheden tot het verlenen van spoedhulp aanwezig zijn, zoals een eerste hulp-dienst van de G.G. en G.D. Deze dienst zal echter meestal alleen gelden voor de straatongevallen, zodat de ongevallen bin-nenshuis toch onder verantwoordelijkheid van de huisarts blijven. In vele gevallen, zoals in een dorp met één arts, zal deze huisarts verantwoordelijk zijn voor de spoedhulp aan alle in zijn praktijkgebied voorkomende ongevallen.

Voor het verrichten van zijn taak zal de huisarts vele uren per dag buitenshuis zijn, meestal enkele uren achtereen. Voor vele ongevallen en plotseling optredende ziekte-toestanden is onmiddellijke medi-sche hulp niet noodzakelijk. Vaak zal het verant-woord zijn wanneer deze eerst na enige uren wordt verleend. Er zijn echter ook toestanden die wèl zeer

spoedige medische hulp vereisen. Juist voor deze noodsituaties is het nodig dat de huisarts een rege-ling treft, waardoor hij tijdens zijn visiteroute snel bereikbaar kan zijn.

De tijd tussen het optreden van de noodsituatie en de aankomst van de arts bij de patiënt kan wor-den verdeeld in vier perioden:

- a < optreden noodsituatie
- b < boodschap bereikt het (praktijk)huis van de huisarts
- c < boodschap bereikt de huisarts
- d < de huisarts geeft gevolg aan de boodschap
- de huisarts komt bij de patiënt aan.

Op periode a kan de huisarts (meestal) geen in-vloed uitoefenen. Periode d is afhankelijk van vele factoren, die niet door de huisarts kunnen worden beïnvloed, bijvoorbeeld de verkeerssituatie, de af-stand tot het huis van de patiënt. Op periode c heeft de arts vrijwel altijd directe invloed: meestal zal hij onmiddellijk kunnen reageren.

Rekening houdend met vele praktische factoren,

waarvan de mogelijkheid tijdens zijn afwezigheid van andere zijde geneeskundige spoedhulp te kunnen verkrijgen wel de voornaamste is, zal iedere huisarts voor zichzelf moeten bepalen hoe groot de periode b maximaal zal mogen zijn. Meestal zal hij deze periode zo klein mogelijk trachten te maken. Hiertoe zal hij tijdens zijn visiteroute op een of andere manier contact met zijn praktijkhuis moeten hebben. De in den lande bekende en toegepaste mogelijkheden hiertoe zijn:

1 Regelmatig tijdens het visiterijden naar huis opbellen.

2 Het organiseren van een aantal over het praktijkgebied verspreid liggende boodschappenadressen, waar men tijdens het visiterijden vaak langs komt en waar door middel van een vlag of een krant voor het raam kan worden gewaarschuwd dat er een boodschap is.

3 Het voor elke visiterit op een kaart van het praktijkgebied tekenen van de te maken route met telefoonnummers (glasplaat over de kaart, waarop met gemakkelijk afwasbaar glaspotlood of lippestift kan worden getekend).

4 Het achterlaten van een routelijstje met telefoonnummers.

5 Semafoon.

6 Mobilfoon.

De mogelijkheden 5 en 6 geven de meeste zekerheid dat de arts snel bereikbaar is, maar zijn nogal kostbaar. Bij 3 en 4 zal de tijd tussen twee telefoonadressen niet te lang mogen zijn evenmin als bij 1 en 2. Deze tijdsfactor zal iedere huisarts naar eigen inzicht dienen vast te stellen. Het bestuur van de Landelijke Studiegroep Praktijkvoering is van mening, dat deze tijd in de regel niet korter kan zijn dan een half uur en niet langer mag zijn dan een uur. Is men door omstandigheden niet in staat zich aan de tijdslimiet te houden, of meent men, dat deze nog korter dient te zijn, dan zal men andere maatregelen moeten treffen. Deze kunnen zijn: aanschaf van een mobilfoon of semafoon; een afspraak maken met de G.G. en G.D. om in noodgevallen in te springen; een afspraak maken met een ziekenhuis, zodat in noodgevallen een van deze artsen naar de patiënt gaat; een afspraak maken met een groep collegae, dat altijd een (of twee) van de groep thuis beschikbaar is; dit is in een groep te realiseren door op verschillende tijden spreekuur te houden. In gebieden waar de huisarts de gehele verantwoordelijkheid draagt voor de geneeskundige hulp aan ongevalspatiënten, zal hij een vaste, gedurende het gehele etmaal bereikbare post moeten organiseren, bijvoorbeeld samen met de brandweer of de politie, die beschikken over de adressen van een aantal E.H.B.O.-ers, alsook van de plaats waar zij hun

dagelijks werk verrichten. Deze kunnen dan worden gewaarschuwd als de arts onbereikbaar is.

Het komt gelukkig slechts zelden voor — de ernstige verkeersongevallen daargelaten, daar hiervoor wel bijna overal een speciale regeling is getroffen — dat een half uur kan beslissen over leven en dood. Maar wij mogen nooit vergeten dat dit wel degelijk mogelijk is en zich elk ogenblik kan voordoen. Een bekend angstbeeld in dit verband is bijvoorbeeld de ernstig vloeiende vrouw met een incomplete abortus. Op vrij eenvoudige wijze kan hier door een arts afdoende hulp worden verleend, mits hij dan ook maar op tijd komt.

Het is inderdaad waar dat vele, als super-spoed opgegeven, boodschappen op de keper beschouwd best een paar uur later hadden kunnen worden gehonoreerd. Voor men zich hierover echter opwindt dient men zich te realiseren, dat de arts dit wel, de betrokken patiënt en diens familie dit meestentijds niet kunnen beoordelen. Daarnaast moet men ook bedenken dat, behoudens de behandeling van de ziekte, het bijstaan en steunen van de zieke en diens gezin ook een belangrijke taak van de huisarts is.

E. M. Jansen

Oproep

Het ligt in het voornemen van het Bestuur der Nederlandse Stichting tot Bevordering van de Huisartsgeneeskunde op korte termijn over te gaan tot aanstelling van een fungerend directeur van het Nederlands Huisartsen-Instituut te Utrecht. Deze functionaris zal voorlopig circa twee dagen per week op genoemd instituut werkzaam zijn. Zijn werkzaamheden omvatten het leiding geven aan twee wetenschappelijke medewerkers, het coördineren hunner activiteiten met betrekking tot de nascholing van en het wetenschappelijk onderzoek door en ten behoeve van huisartsen, alsmede het onderhouden van contacten op deze terreinen met de medische faculteiten en de overheid.

Voor deze functie komt in aanmerking een collega met zeer ruime ervaring als huisarts, die blijk heeft gegeven tot zelfstandig wetenschappelijk werk in staat te zijn en die terdege bekend is met de huisartsenproblematiek. Naast organisatorische kwaliteiten, zal hij moeten beschikken over het vermogen om op tactvolle wijze anderen tot samenwerking te inspireren bij het tot ontwikkeling brengen van een wetenschappelijk en dienstverlenend apparaat ten behoeve van de Nederlandse huisartsen.

Uitsluitend schriftelijke sollicitaties worden vóór 15 april 1964 ingewacht door het bestuur der Stichting, Keizersgracht 327, Amsterdam.

E. M. Jansen, secretaris