

Een rapportage over vierentwintig keer weekenddienst

DOOR H. G. WAISFISZ, HUISARTS TE RIDDERKERK

INLEIDING

Gezien het ontbreken van gegevens over de weekenddienst met name de verrichtingen lijkt het nuttig de oorspronkelijk voor eigen doeleinden verzamelde gegevens te publiceren. De vraag was of het mogelijk is inzicht te verkrijgen in de verdeling van de verrichtingen over het weekend, de aard van de verrichtingen en de urgentiegraad der verrichtingen (*Van der Meer*).

De rapportage heeft betrekking op een weekenddienst van vier praktijken met omstreeks 18000 zielen in een gemeente van ongeveer 44.000 inwoners met een gemiddelde leeftijd van omstreeks 30 jaar. De gemeente bestaat uit vijf dicht bij elkaar gelegen dorpskernen, waarvan twee in elkaar zijn gevloeid, waardoor een centrum is ontstaan. Er bestaan geen G.G.D.- of plaatselijke ziekenhuis-faciliteiten, maar de gemeente is tussen de regio's Dordrecht en Rotterdam gelegen en beschikt over een eigen, gesubsidieerde ambulancedienst, zodat vervoer naar een ziekenhuis geen problemen behoeft op te leveren. Gezien de tijdsduur, waarover de registratie zich uitstrekte, de wisseling in praktijkgrootte door frequente verhuizingen van de bevolking, alsmede de onderlinge verhouding der artsen binnen de weekenddienst, werd afgezien van een registratie van het totale

patiënten-bestand, zodat de berekening van een verrichtingsgetal slechts schattenderwijs kon worden gegeven.

STATISCHE GEGEVENS

De weekenddienst begon zaterdagmorgen om 8 uur en eindigde maandagmorgen om 7 uur (totaal 47 uur). Genoteerd werden visites, consulten en telefonische consulten waaraan de afgifte van receptuur was verbonden. De verrichtingen werden verdeeld in perioden van vier uren, waarbij tevens de verdeling in mannen, vrouwen en kinderen, alsmede de urgentiegraden volgens de definitie van *Van der Meer* werden geregistreerd: Urgentiegraad I: noodzakelijke weekendverrichting; urgentiegraad II: minder noodzakelijke weekendverrichting, had vrijdag kunnen worden afgewerkt of had zonder bezwaar kunnen wachten tot maandag; urgentiegraad III: niet noodzakelijke weekendverrichting. Hierbij wordt aangetekend dat een dergelijke classificatie subjectief is gekleurd, zodat exacte vergelijking niet mogelijk is.

BESPREKING DER RESULTATEN

Bij een geschat patiëntenbestand van circa 18.000 zielen werden, verdeeld over 24 weekends, totaal 754 handelingen verricht, waarvan 192 visites (25,5%), 426 consulten

Samenvatting. Uit de verzamelde gegevens kan de conclusie worden getrokken dat de zaterdag duidelijk meer belast was dan de zondag. Ten einde een indruk van de aard der verrichtingen in het weekend te verkrijgen, werd een poging ondernomen de verrichtingen naar specialisme en naar diagnose te rubriceren. Van een nadere analyse van de uitkomsten werd afgezien.

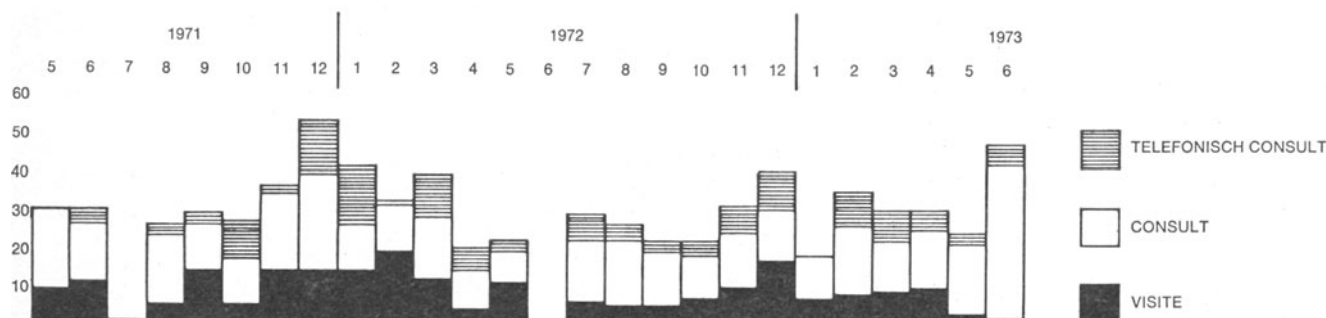
(56,5%) en 136 telefonische consulten (18%). Plaatselijk gesproken betekent dit als verwachtingspatroon een geschat verrichtingsgetal van 1,74 per 1000, met een gemiddeld aantal van 8 visites, 17,8 consulten en 5,6 telefonische consulten.

In *figuur 1* zijn de verrichtingen per weekend aangegeven. De hiaten in de registratie in juli 1971 en juni 1972 zijn veroorzaakt door vakanties, waarbij registratie achterwege moest blijven. Een sterke fluctuatie der verrichtingen valt op. Desondanks kan men de voorzichtige conclusie trekken, dat in de wintermaanden het aantal verrichtingen per weekend zal stijgen.

In *tabel 1* wordt het aantal verrichtingen in perioden van vier uren weergegeven. Opvallend daarbij zijn de volgende bevindingen:

— De zaterdag wordt meer belast dan de zondag: 63,4 procent te-

Figuur 1. Weekenddienstkalender van mei 1971 tot en met juni 1973, met de verrichtingen per weekend, onderscheiden naar telefonisch consult, consult en visite.



Tabel 1. Het aantal verrichtingen gedurende 24 weekends, verdeeld in perioden van vier uren, gerangschikt naar de aard der verrichting, mannen, vrouwen en kinderen, en de urgentiegraden, waarbij urgentiegraad I ook in procenten. TC = telefonisch consult; C = consult; V = visite; I, II en III = urgentiegraden.

Uur	TC	C	V	M	V	K	I	Procent	II	III	Totaal
8-12	60	127	44	77	79	75	153	66,2	49	29	231
12-16	20	57	24	32	38	31	66	65,3	24	11	101
16-20	14	55	13	31	29	22	51	62,2	23	8	82
20-00	3	22	18	18	15	10	24	55,8	11	8	43
00- 4	—	4	7	5	6	—	8	72,7	2	1	11
4- 8	—	2	8	9	1	—	9	90	—	1	10
											478 = 63,4% zaterdag
8-12	10	67	30	33	30	44	67	62,6	26	14	107
12-16	10	34	17	24	16	21	41	67,2	12	8	61
16-20	10	42	14	30	14	22	49	74,2	7	10	66
20-00	8	13	14	10	13	12	19	54,3	8	8	35
00- 4	1	2	2	3	2	—	3	60	—	2	5
4- 7	—	1	1	2	—	—	2	100	—	—	2
											276 = 36,6% zondag
Totaal	136	426	192	274	243	273	492	65,3	162	100	754

- gen 36,6 procent der verrichtingen;
- van 8-20 uur worden de meeste handelingen verricht;
 - de verdeling in mannen, vrouwen en kinderen vertoont geen opvallende niveau-verschillen.
 - op zaterdagmorgen konden zowel absoluut als relatief veelvuldig telefonische adviezen worden gegeven;
 - behandeling van kinderen na 24 uur ontbreekt ten enen male;
 - opvallend is — hoewel gering in aantal — de sterke toename van het percentage urgentiegraad I na 24 uur;
 - er bestaat een suggestieve daling van het percentage urgentiegraad I in het tijdvak van 20-24 uur.

In tabel 2 is een indeling gegeven van de ziektebeelden, gerangschikt naar specialisme. Hoewel de merites van deze indeling kunnen worden aangevochten (immers, niet alle verschijnselen zijn onmiddellijk te classificeren), werd van de gedachte uitgegaan naar welk specialisme bij eventuele noodzaak daartoe zou worden verwezen. Aldus werd toch een redelijk logische rangschikking verkregen, voldoende voor een indruk van de activiteiten gedurende het weekend. Opvallend is het geringe aantal verwijzingen (5,8%); een aanwijzing

Tabel 2. Poging tot rubricering van de in 24 weekends waargenomen ziektebeelden, gerangschikt naar specialisme, waarbij de niet te rubriceren gevallen onder het hoofd „niet specialisme” werden gebracht.

	Aantal	Verwezen
Niet specialisme		
Ongevallen	123	20
„Griep”	78	—
Diarree	33	—
„Niets”	23	—
Herhaling medicatie	5	—
Intoxicatie	4	—
Specialisme		
Keel-, neus- en oorheelkunde	125	3
Dermatologie	49	—
Neurologie	46	—
Interne	44	—
Longziekten	41	4
Psychiatrie	31	—
Urologie	29	—
Gynaecologie	28	2
Kinderziekten	26	—
Chirurgie/Orthopedie	24	7
Cardiologie	23	7
Oogheelkunde	22	1
Totaal	754	44 (5,8%)

voor het belang van de opvang in het eerste echelon.

REGISTRATIE „E” LIJST

Tenslotte werd een poging gedaan de verrichtingen, voor zover een zekere diagnose kon worden gesteld, te classificeren volgens de gemodificeerde E-lijst (Oliemans) (tabel 3). Wegens de bonte mengeling werden on-

gevallen hier buiten beschouwing gelaten. Om een vergelijking met tabel 2 mogelijk te maken werden de diagnoses naar specialisme gerangschikt. De getallen tussen haakjes geven het absolute aantal geregistreerde gevallen aan. Een belangrijk deel van het totaal aantal verrichtingen kon niet worden gerubriceerd, enerzijds omdat deze lijst te uitgebreid zou worden met slechts een gering aantal gevallen

bij een grote verscheidenheid aan ziektebeelden, anderzijds omdat vele van dergelijke gevallen op het niet met een medische diagnose te honoreren werkterrein van de huisarts lagen. Vage klachten, verdeeld over de verschillende tracti behoren hiertoe, burenruzies door alcohol-abusus en de daarmee gepaard gaande opwindingsstoelstanden, het constateren van de dood bij patiënten in het eindstadium van een fatale ziekte, teveel diversiteit om hierop nader te kunnen ingaan. Dat een zo belangrijk aantal ziekten of ziektebeelden (286) onbesproken moet blijven, illustreert de werksfeer, waarbinnen de huisarts zich beweegt, genoegzaam.

BESPREKING DER BEVINDINGEN

Uit de registratie der verrichtingen kunnen enkele algemene conclusies worden getrokken:

- Uit de verdeling van het aantal verrichtingen in perioden van vier uren blijkt, dat signalering van enige ziekte zich voornamelijk gedurende de dag afspeelt. Opvallend is het geringe gebruik dat in de nachtelijke uren van de arts wordt gemaakt, terwijl de urgentiestijging in deze periode aangeeft dat het in het algemeen ernstige ziektebeelden betreft.
- De indruk bestaat dat er in vergelijking met de werkdagen een grotere spreiding in de aanvraag voor hulp in het weekend is. Deze hypothese zal met behulp van vergelijkende onderzoeken over de praktijkuitoefening gedurende de werkdagen moeten worden bewezen.
- Opvallend in de registratie is de relatieve daling van het percentage urgentiegraad I in de periode van 20-24 uur; naar persoonlijke ervaring correlerend met het feit dat juist in deze periode de frustratie-tolerantie van de arts gering is.

KORTE BESCHOUWING

In de beschreven weekenddienst is

Tabel 3. Registratie van ziektebeelden volgens de E-lijst. Tussen haakjes het absolute aantal geregistreerde gevallen.

Specialisme	E-Lijst	Diagnose		
Keel-, neus- en oorheelkunde	242	tonsillitis	(46)	
	183	otitis media	(35)	
	243	sinusitis	(7)	
	182	otitis externa	(5)	
	Longziekten	251	pleuritis	(4)
		247	bronchitis	(15)
		246	pneumonie	(3)
		086	astma	(9)
	Infectieziekten	252	pneumothorax	(3)
		304	diarrhoea	(33)
006		scarlatina	(2)	
011		morbilli	(10)	
012		rubella	(3)	
013		varicellen	(6)	
015		parotitis	(4)	
Oogziekten		170	conjunctivitis	(10)
		496	corpus alienum	(12)
Neurologie		407	lumbago	(8)
	168	ischialgie	(5)	
	453	hoofdpijn	(9)	
	159	migraine	(10)	
	165	facialisparese	(2)	
	167	bragialgie	(3)	
	155	hersenvloeding	(2)	
	Urologie	313	cystitis	(24)
		312	niersteen	(7)
	Dermatologie	087	allergie	(30)
375		impetigo	} (13)	
377		pyodermie		
379		eczema		
Gynaecologie	350	abortus/partus immaturus	(5)	
	523	pil-er-na	(5)	
Cardiologie	214	ritmestoornissen	(7)	
	216	asthma cardiale	(1)	
	211	coronairinfarct	(12)	

aan een aantal grondregels voldaan. De weekenddienstregeling wordt tijdig in een huis aan huis verspreid plaatselijk weekblad gepubliceerd. De artsen verwijzen via een automatische telefoonbeantwoorder naar de dienstdoende arts. Over het algemeen worden ernstig zieke of terminale patiënten te voren doorgegeven. Bij ernstige moeilijkheden over medische gegevens, die plotseling noodzakelijk blijken, kan door de dienstdoende arts informatie worden ingewonnen via een tweede, „stil” nummer bij de betreffende huisarts. De patiënt weet door deze opzet tijdig waar hij hulp moet aanvragen; de waarnemend arts heeft in nood de mogelijkheid tot informatie. De geschetste opzet is mijns inziens absoluut noodzakelijk, wil een weekenddienst adequaat functioneren.

Vraag is wat een weekenddienst behoort te zijn. Is hij een continue zorg van het patiëntenbestand met een onverminderde „service”-verlening of biedt hij de garantie van bereikbaarheid van een deskundige in geval van nood? Gezien de huidige opzet van bereikbaarheid, zowel extramuraal als intramuraal, kan de laatste opvatting als gebruikelijk worden aangenomen. In dat geval spelen plaatselijke factoren een belangrijke rol in de weekenddienst. Leefstijdsopbouw van de bevolking, praktijkuitoefening en outillage van de huisarts, alsmede de bereikbaarheid van min of meer nabij gelegen ziekenhuizen zijn even zovele bepalende factoren welke uitkomst bepalen. Geografische verschillen leiden tot beïnvloeding der verrichtingen. In een stadspraktijk heeft de dienstdoen-

de arts minder te maken met (straat) ongevallen, omdat vele patiënten het ziekenhuis als eerste echelon gebruiken. In een dorpspraktijk wordt de huisarts daarentegen veelal primair ingeschakeld. Regionale verschillen in verrichtingsgetal per 1000 patiënten moeten dan ook wel optreden.

Het begrip urgentie is een moeilijk te hanteren factor, waarbij groot verschil kan bestaan tussen de ongerustheid van de patiënt, de ernst van het ziektebeeld en de beoordeling hiervan door de arts. De indeling is niet te normeren en dient mijns inziens in het vervolg te vervallen. Het lijkt dan ook hachelijk algemene richtlijnen te

willen aangeven, na onderzoek binnen een conglomeratie van weekenddiensten (*Van der Meer*). Zijn richtlijnen zou ik noch willen onderschrijven, noch bestrijden, maar willen plaatsen binnen de regionale omstandigheden waarin het onderzoek werd verricht. Het lijkt gerechtvaardigd te betogen dat nog te weinig gegevens bekend zijn om een algemeen beeld te kunnen schetsen van de weekenddienst in Nederland. Het aandragen van meer gegevens, bij voorkeur volgens een landelijk genormeerd rapportage-patroon, zal meer inzicht kunnen verschaffen en tot een juiste opzet van de weekenddienst, ten

voordele van patiënt en arts kunnen leiden.

Summary. Report on twenty-four weekend duties. The data collected warrant the conclusion that the work load on Saturdays evidently exceeded that on Sundays. In order to gain an impression of the type of consulting during weekend, an attempt was made to classify consultations according to specialty and according to diagnosis. No further analysis of the findings was made.

Meer, K. van der. (1973) huisarts en wetenschap 16, 223-228

Oliemans, A. P. (1970) huisarts en wetenschap 13, 354-362.

Formulier voor communicatie in de eerste lijn*

INLEIDING

Voor een betere hulpverlening in de eerstelijnsgezondheidszorg is samenwerking tussen de verschillende werkers een vereiste. Over deze samenwerking wordt de laatste tijd veel gedacht en geschreven. Eén van de talrijke voorwaarden voor een samenwerking is het elkaar verschaffen van adequate informatie over de patiënt/cliënt.

In het volgende willen wij de lezer op de hoogte brengen van een rapportage-formulier, ten dienste van de hulpverleners, om tot een betere hulpverlening te komen. Tevens is het een chronologisch verslag van een project, uitgewerkt door een groepje studenten, verpleegkundigen aan de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Haagse Sociale Academie, in het kader van de opleiding.

PROJECTWEEK

Als studenten van de Haagse Sociale Academie, studierichting Maatschappelijke Gezondheidszorg,

* Aangeboden namens een groepje studenten van de Haagse Sociale Academie, afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, door Loes Buys, Truus de Joode, Moneke Koning en Els Schaafsma.

hebben wij een projectweek gehouden met als doelstelling:

1. Het samenstellen van een formulier dat na door de huisarts te zijn ingevuld optimale informatie geeft over de patiënt/cliënt. Deze informatie is nodig voor de juiste door de wijkverpleegkundige te geven behandeling, direct na de aanvraag tot hulpverlening.
2. Aanvaarding van het formulier door huisartsen en wijkverpleegkundigen.
3. Het verkrijgen van medewerking van de Stichting Samenwerkende Landelijke Kruisverenigingen (S.S.L.K.) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.) voor de introductie van het formulier bij voornoemden.

Wij hebben dit onderwerp gekozen, omdat wij van hen die met deze problematiek te maken hebben vernamen, dat de samenwerking, in het bijzonder wat betreft het doorgeven van adequate informatie, te wensen overlaat.

De indeling van de projectweek was als volgt. Nadat een proefformulier was samengesteld, werd dit aan twintig wijkverpleegkundigen, zes hoofdwijkverpleegkundigen en vijftientig huisartsen in de regio's 's-Gravenhage en Leiden voorgelegd, met het doel opmerkingen en sugges-

ties uit te lokken. Vervolgens werd een nieuw formulier ontworpen, waarin de verschillende opmerkingen en suggesties waren verwerkt.

De projectweek bleek te kort om één en ander af te ronden. In de tijd hierna volgden contacten met de S.S.L.K. en de L.H.V., die positieve suggesties opleverden. Via de L.H.V. zijn wij in contact gekomen met de heer Boot, huisarts te 's-Gravenhage-Loosduinen en lid van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Met hem, enkele wijkverpleegkundigen en een maatschappelijk werker werden verscheidene besprekingen gevoerd, waarbij reacties vanuit de S.S.L.K. en het N.H.G. diepgaand werden besproken.

Het hieruit resulterende formulier** is zodanig dat het niet alleen een beter contact tussen huisarts en wijkverpleegkundige tengevolge kan hebben, maar dat het tevens de integratie in de extramurale gezondheidszorg kan bevorderen.

** Het formulier vindt men hierbij — schaal 1:2 — afgedrukt, waarbij de bladen 1 en 2 naast elkaar en de bladen 3 en ongenummerd daaronder zijn afgedrukt. De vier bladen zijn zodanig gevouwen en gecarboneerd, dat het schrijfwerk tot een minimum kan worden beperkt. Voor bestelling van het formulier zie men de N.H.I.-rubriek in dit nummer pagina 240.