

De kortste verbinding tussen twee punten

Met de titel van de laatste *special* van *Huisarts en Wetenschap*¹ in de herinnering, beseffen wij dat de keizer zich in de praktijk kleedt of ontkleedt al naar gelang de situatie waarin hij zich bevindt. In onze dagen van 'substitutie' – *whatever this may be* – en van verschuiving van taken retour richting huisarts, lijkt de aandacht meer gericht op taakverdeling tussen de eerste en tweede lijn dan op een op de patiënt toegesneden functionaliteit.

In dit nummer berichten *Tenk e.a.* over hun onderzoek naar de hulpverlening bij ongevallen.² De conclusie van de auteurs, dat minder ongevallen door huisartsen zelfstandig worden behandeld naarmate de afstand tot het plaatselijke ziekenhuis kleiner is, verwondert niet. Deze bevinding past in het gegeven dat aanbod van voorzieningen het gebruik ervan bevordert. De resultaten van dit oriënterend onderzoek zijn niet te generaliseren. Op voorhand is echter tevens te stellen, dat de uitkomsten van een grootschaliger, voor Nederland representatief onderzoek weinig nieuws aan deze bevinding zullen toevoegen, hooguit een betere kwantificering.

De kortste verbinding tussen twee punten blijft een rechte lijn. Afgezien van al dan niet vermeende voordelen van eerste-hulpverlening bij ongevallen door huisartsen, zal de patiëntenstroom in de praktijk in niet geringe mate worden bepaald door andere, met name pragmatische aspecten. Kennelijk voorziet de zonder omwegen, gemakkelijk bereikbare EHBO-service van het ziekenhuis in een behoefte.

De eerste lijn kan en moet versterkt worden en er zijn veranderingen nodig; daarover zijn velen het eens. De noodzaak hiervan kan worden toegelicht met vele voorbeelden en op grond van zowel inhoudelijke als economische argumenten. Of de eerste hulp bij ongevallen nu het meest pregnante en overtuigende voorbeeld is, valt echter te betwijfelen.

Het is daarentegen wél een goed voorbeeld om de kwestie van substitutie of complementariteit eens wat nadrukkelijker vanuit functioneel oogpunt te bezien. Men kan zich bijvoorbeeld de vraag stellen, of huisartsen inderdaad moeten concurreren met eenmaal aanwezige grosso modo goed functionerende voorzieningen als de EHBO van het plaatselijke ziekenhuis. Waar zo'n service niet aanwezig is, ten plattelande bijvoorbeeld, gaan de zaken als vanzelf anders. Huisartsen blijken zich wonderwel aan een gegeven situatie aan te passen. Ongevalspatiënten zullen zich, naarmate het ziekenhuis minder gemakkelijk bereikbaar is, eerder tot de plaatselijke (dienstdoende) huisarts wenden. Het ligt allemaal zo voor de hand. Met alle respect voor andere argumenten is aan te tekenen, dat aan het beginsel van de kortste verbinding tussen ongeval en hulpverlening soms wat te gemakkelijk wordt voorbijgegaan.

Uiteraard, dat blijkt uit het onderzoek van *Tenk e.a.*, speelt ook het verwijsgedrag van huisartsen een rol. Het is echter de vraag, of en in hoeverre op zichzelf redelijke opvattingen en zienswijzen, zoals vervat in het Basistakenpakket van de huisarts,³ dan wel een 'stringent acceptatiebeleid' van zieken-

huizen de patiënten van de huns inziens kortste weg kunnen weerhouden. Moeten huisartsen, al dan niet op basis van afspraken met de tweede lijn, een competitie om de ongevalspatiënt aangaan? In het algemeen zal de met bloed bevlekte – zij het niet noodzakelijkerwijs ernstig verwonde – ongevalspatiënt nauwelijks boodschap hebben aan de opvatting of het gegeven dat hij even adequaat of wellicht beter door een huisarts kan worden verzorgd.

Belangrijk voor de discussie in dezen is de vraag, of het om een huisartsgeneeskundig relevant probleem gaat. Wat betreft de duidelijke voorkeur van patiënten voor (primaire) behandeling door de eigen huisarts hebben namelijk andere aandoeningen of gezondheidsstoornissen een duidelijk hogere prioriteit.⁴ Moeten wij ons dus niet afvragen welke huisartsgeneeskundige argumenten in welke mate in het geding zijn, alvorens met veel moeite en onvoldoende resultaat de patiënten tot een 'ommetje' te bewegen? Welke relevantie is aan deze deeltaak toe te kennen. Waarom? Welk gewicht legt deze in de schaal van doeltreffendheid en doelmatigheid?

Huisartsen hebben zich in het verleden zonder veel weerstand verschillende voor de huisartsgeneeskunde meer typische of wellicht meer specifieke deeltaken laten ontnemen. Men denke aan de zorg voor zuigelingen en voor kleuters, de verloskunde of, tot op de dag van vandaag, preventieve taken. Het is toch paradoxaal dat ziekenhuizen, om wellicht andere dan inhoudelijke redenen hun Eerste Hulp limiteren om tegelijkertijd de service aan het publiek uit te bouwen met de instelling van 'risico-poliklinieken' of veredelde fitnesscentra?

De keizer uit het sprookje lijkt zijn kleren gemakkelijk te verhandelen.

Men kan de kwestie uit oogpunt van solidariteit benaderen. Waarom in de stad wel een gemakkelijk toegankelijke Eerste Hulp en waarom ten plattelande het gemis van dit gerief? Kortom, men kan er lang en breed over discussiëren en de meeste argumenten zijn gemakkelijk te ontcrachten. Is er nu werkelijk een probleem of maken wij er een probleem van?

De meest efficiënte benadering zal in ieder geval naar situatie verschillen. Een lokale pragmatische oplossing hoeft niet zonder meer strijdig te zijn met de noodzaak van een ook uit huisartsgeneeskundig gezichtspunt adequate opvang van ongevalspatiënten. Slechts tot op zekere hoogte kan men van de patiënt en diens naasten verwachten dat zij de triage die op papier op basis van goede argumenten is vast te leggen, de facto in praktijk zullen brengen. Er zijn genoeg situaties te bedenken waarin een afwijzing door een eerste-hulpafdeling door de patiënt niet zal worden begrepen en nog minder zal worden gewaardeerd.

Het gaat bij dit alles niet alleen om taakopvattingen van huisartsen of om werkafspraken tussen de eerste en tweede lijn, maar vooral ook om opvattingen en zienswijzen van

patiënten. Wat verstaat het publiek onder 'versterking van de eerste lijn', of onder een gezondheidszorg die 'zo dicht mogelijk bij de thuis- of werksituatie' is gelokaliseerd?

Wat het verwijsgedrag van huisartsen bij ongevallen betreft, voor zover dat aspect uit de context is te lichten, kan men zich afvragen waarom sommige huisartsen ongevallen zoveel mogelijk zelf behandelen, terwijl hun collega's hier gemakkelijker verwijzen. Men hoeft geen onderzoek te doen om er achter te komen dat, behalve een min of meer ideële beroepsopvatting en een kleinere of grotere afstand tot een ziekenhuis, met name praktijkorganisatorische – en dat betekent vaak ook financiële – aspecten een rol spelen. Neemt men de moeite om in een van de ons omringende landen een ongevalletje op te doen, dan ervaart men aan den lijve en aan de rekening waarom ook huisartsen dag en nacht bereid en in staat zijn ongevalspatiënten eerste hulp te verlenen. Al dan niet inclusief röntgendiagnostiek en desgewenst met een afspraak voor fysiotherapeutische nabehandeling.

Of nader onderzoek naar de feitelijke motieven van huisartsen opmerkelijke zaken zal opleveren, is zeer de vraag. De primaire behandeling van patiënten met een niet te ernstig ongeval is wellicht een typische maar zeker geen specifieke taak van de huisarts. Het is vaak lastig in de praktijkvoering en de beloning bestaat uit zelfvoldoening. Hoe edel dit laatste ook is, niet iedere huisarts wordt er warm van.

Voor een ziekenhuis spelen andere motieven een rol: economische motieven of motieven in de sfeer van de *public relations*. Voor de meeste patiënten zal gelden dat iedere arts die hen bij een ongeval kordaat, efficiënt en adequaat behandelt, een 'goede dokter' is.

Een herwaardering van de taken van de huisarts lijkt in dezen niet aan de orde. Zolang termen als 'substitutie' of 'complementariteit' niet op hun intrinsieke inhoudelijke waarde zijn getoetst, blijven het zwakke argumenten in de discussie over de doelmatigheid van ons gezondheidszorgsysteem.

De keizer moet zich nog maar eens beraden op de efficiency van de hulpverlening bij ongevallen, alvorens zijn onderdanen al te zeer te kapittelen.

H.G.M. van der Velden

¹ De kleren van de keizer. Huisarts Wet 1988; 31(suppl 12).

² Tenk M, Van Binsbergen JJ, Kamma H. Huisarts, ongevalspatiënten en een ziekenhuis in de buurt. Behandelen, verwijzen of buiten spel? Huisarts Wet 1989; 32: 125-7.

³ Anoniem. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.

⁴ Huygen FJA, Heydendael PHJM, Persoon J. Onderzoekingen rond een pseudo-groepspraktijk. Huisarts Wet 1974; 17: 169-75.

Kanker in de huisartsgeneeskunde

Vervolg van pag. 122

⁴ Engelsman C, Suurmeijer ThPBM, Riewald M. Poliklinische chemotherapie en continuïteit in de zorg. Een enquête onder specialisten, polikliniekverpleegkundigen, huisartsen en wijkverpleegkundigen. Huisarts Wet 1989; 32: 130-3.

⁵ Zwaveling A. De tragiek van verzuimde tijd. Ned Tijdschr Geneeskd 1973; 117: 1449-52.

⁶ Ballard-Barbash R, Griffin MR, Wold LE, O'Fallon WM. Breast cancer in residents of Rochester, Minnesota: incidence and survival, 1935

to 1982. Mayo Clin Proc 1987; 62: 192-8.

⁷ Coebergh JW, Crommelin MA, Kluck H, e.a. Borstkanker in Zuidoost Noord-Brabant, 1975-1986. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1988; 66(middenkatern nr. 11): 14-5.

⁸ Schadé E. Overleden patiënten. Een huisartsgeneeskundige analyse van doodsoorzaken en van problemen bij diagnostiek en behandeling van patiënten overleden aan kanker [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1986.