

Eerste-hulpbezoek in Amsterdam-West

B.J. VAN DUIN
F.P.M. GARNIER

Gedurende een half jaar werden in twee Amsterdamse huisartspraktijken alle terugrapportagebriefjes van eerste-hulpposten verzameld. In totaal ging het om 110 patiënten (60 procent mannen; 31 procent in de leeftijdsklasse van 20-29 jaar). Het percentage allochtonen kwam overeen met het percentage allochtonen in de praktijken. Driekwart van de patiënten was al meer dan drie jaar ingeschreven in de praktijk en er was geen duidelijke relatie met het aantal contacten in het voorafgaande jaar. Het eerste-hulpbezoek was niet op een bepaalde dag (met name het weekend) geconcentreerd; bijna de helft van de patiënten bezocht de eerste-hulppost tijdens kantooruren. In 79 procent van de gevallen ging het om een trauma, in de overige gevallen vooral om medisch niet-ernstige en vaak al langer bestaande problematiek. Van de aangeboden problemen had 78 procent door de huisarts behandeld kunnen worden.

Van Duin BJ, Garnier FPM. Eerste-hulpbezoek in Amsterdam-West. Huisarts Wet 1992; 35(9): 350-1.

B.J. van Duin, huisarts; F.P.M. Garnier, huisarts.
Correspondentie: B.J. van Duin, Houtrijkstraat 114-116, 1013 VH Amsterdam.

Inleiding

De eerste-hulpfunctie van de huisarts lijkt voor patiënten in de grote steden allerminst een vanzelfsprekende zaak: velen gaan voor als spoedeisend ervaren klachten direct naar de eerste-hulppost van het dichtstbijzijnde ziekenhuis in plaats van naar de huisarts. Ook voor minder urgente en langer bestaande klachten wordt vaak een bezoek aan de eerste hulp gemaakt.¹⁻³

Er zijn verschillende medisch-inhoudelijke bezwaren tegen deze gang van zaken. De dienstdoende specialist, meestal een chirurg (in opleiding), wordt hierdoor vaak geconsulteerd voor klachten die niet op zijn werkterrein liggen. Anderzijds kunnen huisartsen in de grote stad door gebrek aan oefening moeilijk hun vaardigheden op het gebied van de eerste-hulpverlening op peil houden. Verder blijkt de gang naar de eerste hulp nogal eens uit te monden in niet-noodzakelijke verwijzingen, met mogelijke schade voor de patiënt en onnodige kosten voor de gezondheidszorg als gevolg.^{4,5}

Er zijn verschillende factoren die een rol kunnen spelen bij de beslissing niet de huisarts te raadplegen, maar direct naar de eerste hulp te gaan. Hoe dichter de patiënt bij een ziekenhuis woont, des te gemakkelijker is vaak de gang naar de eerste hulp.^{6,7} Ook de beschikbaarheid van een (eigen) vervoermiddel lijkt eerste-hulpbezoek te vergemakkelijken. Verder zouden de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van de huisarts een rol spelen: als de patiënt in eerste instantie een antwoordapparaat treft, zal hij sneller voor de eerste-hulppost kiezen. Tenslotte verwacht de patiënt mogelijk meer van de grotere diagnostische (Röntgenonderzoek) en therapeutische mogelijkheden die het ziekenhuis biedt.

De vraagstelling van ons onderzoek luidt:

- In hoeverre is eerste-hulpbezoek door patiënten uit onze praktijk gerelateerd aan patiëntkenmerken als leeftijd, geslacht en etnische herkomst?
- In hoeverre is eerste-hulpbezoek door patiënten uit onze praktijk gerelateerd aan externe factoren als dag in de week en tijdstip van de dag?

- Om welke klachten gaat het en in hoeverre zouden deze ook behandeld kunnen worden door de huisarts?

Methode

Het onderzoek vond plaats in een gezondheidscentrum in Amsterdam-West met twee huisartspraktijken met samen ongeveer 4100 patiënten. Het dichtstbijzijnde ziekenhuis ligt op 5 km afstand; daarnaast zijn er in de onmiddellijke omgeving nog zes andere ziekenhuizen met een eerste-hulppost.

Gedurende zes maanden werden alle terugrapportagebriefjes van de verschillende eerste-hulpposten verzameld en zo nodig vergeleken met de patiëntenkaart. De volgende gegevens werden vastgelegd:

- sekse en leeftijd van de patiënt;
- herkomst patiënt: wel/niet allochtoon;
- dag van de week en tijd van de dag van het eerste-hulpbezoek;
- wel/niet aanwezig zijn van een voorafgaand trauma en de aard hiervan;
- specialisme eerste hulp (auteur eerste-hulpbriefje);
- duur van de inschrijving van de patiënt in de praktijk;
- aantal contacten (consulten en visites) met de huisarts in het voorafgaande jaar.

Voorts beoordeelden drie ervaren huisartsen uit onze waarneemgroep of het probleem geheel door de huisarts op te vangen en te behandelen zou zijn geweest.

Resultaten

In totaal werden 110 terugrapportagebriefjes ontvangen.

Patiëntkenmerken

De man/vrouw-verdeling was 60/40; 31 procent had betrekking op iemand in de leeftijdsklasse van 20-29 jaar (tabel).

Het percentage allochtonen bedroeg 25 procent; dit komt overeen met het percentage allochtonen in onze praktijken (23 procent).

Van de patiënten was 73 procent meer dan drie jaar ingeschreven in de praktijk; voor 13 procent was dat 1-3 jaar, voor 14 procent 1 jaar.

De verdeling van het aantal contacten met huisarts in het voorafgaande jaar was als volgt:

- 0	21
- 1 - 3	40
- 4 - 6	22
- 7 - 9	18
- 10	9

Externe factoren

Het eerste-hulpbezoek was niet op een bepaalde dag geconcentreerd; de zondag en de dinsdag scoorden relatief laag:

- zondag	7
- maandag	17
- dinsdag	9
- woensdag	22
- donderdag	20
- vrijdag	20
- zaterdag	15

Slechts enkele patiënten bezochten de eerste-hulp post 's nachts (0.00-8.00 uur); 49 procent kwam tussen 8.00 en 16.00 uur, 46 procent tussen 16.00 en 24.00 uur.

Klachten

In 79 procent van de gevallen was aan het eerste-hulpbezoek een trauma voorafgegaan. Het ging daarbij om:

- contusie/distorsie 38×
- wonden 22×; alleen verbonden 11×, hechtingen nodig 11×
- fissuur/fractuur 12×
- ruptuur band/ligament 3×
- Mallet-finger 3×
- corpus alienum oog 3×
- subunguaal hematoom 2×
- commotio cerebri 2×
- onduidelijk/niet vast te stellen 2×

Tabel Leeftijd en geslacht 110 bezoekers eerste hulp. Aantallen.

Leeftijd in jaren	Mannen	Vrouwen
0 - 9	2	4
10 - 19	16	6
20 - 29	19	15
30 - 39	12	3
40 - 49	9	4
50 - 59	2	4
60 - 69	-	4
70 - 79	4	4
80 - 89	2	-

In de overige gevallen ging het meestal om medisch niet-ernstige en vaak al langer bestaande problematiek.

In 90 procent van de gevallen werd de eerste hulp verleend door een chirurg; de overige specialisten waren KNO-arts, oog-arts, neuroloog, psychiater en gynaecoloog. Van de aangeboden problemen had 78 procent door de huisarts behandeld kunnen worden.

Beschouwing

De gevonden geslachtsverdeling is in overeenstemming met de man/vrouw-ratio bij eerdere onderzoeken naar eerste-hulpbezoek.^{1 2} Deze verhouding wijkt duidelijk af van het patroon in de dagelijkse praktijk, waar de man/vrouw-ratio ongeveer 40/60 bedraagt. Kennelijk zijn mannen in het algemeen meer 'accident prone' dan vrouwen.

We vonden geen aanwijzingen dat allochtonen - uit onbekendheid met het Nederlandse gezondheidszorgsysteem - vaker naar de eerste hulp gaan dan geboren Nederlanders. De mogelijkheid bestaat echter dat allochtonen een verzoek van de eerste-hulp post om het terugrapportagebriefje bij de huisarts af te geven, minder vaak honoreren.

Van de verwachte piek in de weekends was geen sprake. Ook dit kan echter een artefact zijn: wellicht werd door de drukte in de weekends minder vaak een terugrapportagebriefjes aan patiënten meegegeven.

Bijna de helft van de eerste-hulp bezoeken viel in kantooruren. Er is geen steun voor de veronderstelling dat onbekendheid met de huisarts of de plaats van praktijkuitoefening hierbij een belangrijke rol speelt. Het grootste deel van de onderzochte problemen had door de huisarts behandeld kunnen worden, iets wat ook in ander onderzoek is geconstateerd. Wellicht zou de huisarts gerichter aandacht kunnen geven aan zijn rol als eerste-hulpverlener. Daarbij valt te denken valt aan:

- het maken van afspraken binnen de waarneemgroep over zaken als bereidheid, uitrusting en nascholing;
- het regelen van een goede bereikbaarheid en beschikbaarheid voor eerste-hulpactiviteiten;

- het attenderen van de patiënten op de bereidheid van de huisarts eerste hulp te verlenen door middel van een affiche in de wachtkamer;

- het informeren van patiënten die de eerste hulp op eigen initiatief hebben bezocht, over de mogelijkheid in voorkomende gevallen de huisarts te raadplegen.⁸

Anderzijds zou de eerste-hulparts klachten die niet op de eerste hulp thuishoren, vaker kunnen verwijzen naar de huisarts. Met name valt hierbij te denken aan al langer bestaande klachten en aan niet-chirurgische problematiek. Hierover zouden op lokaal niveau afspraken gemaakt kunnen worden tussen huisartsen en ziekenhuizen.

Een belangrijk knelpunt is de huidige financiering van de eerste-hulpverlening. In tegenstelling tot specialisten krijgen huisartsen bij ziekenfondspatiënten geen extra honorering voor eerste-hulpactiviteiten en patiënten weten dat ze op de eerste hulp in principe niet behoeven te betalen. Financiële prikkels en drempels zouden kunnen bijdragen aan een verschuiving van de huidige patiëntenstromen.

Literatuur

- ¹ Peeters MPJM, Vierhout WPM. Spoedeisende gevallen: aard en omvang van de hulpvraag op een EHBO-afdeling in Maastricht. *Med Contact* 1987; 42: 1147.
- ² Kreutzberg CL, Jansen PP, Merkelbach JW. EHBO-bezoek: eerste- of tweedelijns karakter? *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 73-6.
- ³ Krebber TFWA, Brouwer W, Greep JM, et al. Acute buikpijn op een EHBO. *Huisarts Wet* 1989; 32: 329-33.
- ⁴ Discussienota spoedeisende medische hulp. Nationale raad voor de Volksgezondheid, 1990.
- ⁵ Elzinga T. Eerste hulp: verzekerd? *Med Contact* 1990; 45: 1049-51.
- ⁶ Tenk M, Van Binsbergen JJ, Kamma H. Ongevallen: huisarts en de afstand tot het ziekenhuis. *Huisarts en Wet* 1989; 32: 125-7.
- ⁷ Van der Velden HGM. De kortste verbinding tussen twee punten [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1989; 32: 123-4.
- ⁸ Engelenburg JL. Medische hulpverlening buiten kantooruren. Hinken op twee gedachten. *Med Contact* 1987; 42: 1611-2. ■