

**Redactiecommissie**

Dr. F.J. Meijman, voorzitter  
 Dr. N.P. van Duijn  
 M. Hugenholtz, arts  
 Prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen  
 Dr. J.W.M. Muris  
 Dr. B. Terluin

**Eindredactie**

Drs. E.A. Hofmans/MediTekst  
 Postbus 15598  
 1001 NB Amsterdam  
 Telefoon (020) 4232131  
 Fax (020) 4232059

**Redactiesecretariaat**

Mevrouw C. Bakker-Bosman  
 Lomanlaan 103,  
 3526 XD Utrecht  
 Postbus 3176, 3502 GD Utrecht  
 Telefoon (030) 2881700  
 Fax (030) 2870668

**Nederlands Huisartsen Genootschap**

Lomanlaan 103,  
 3526 XD Utrecht  
 Postbus 3231, 3502 GE Utrecht  
 Telefoon (030) 2881700  
 Fax (030) 2870668

**Uitgeverij/advertentie-exploitatie**

Bohn Stafleu Van Loghum bv,  
 Postbus 246, 3990 GA Houten  
 Telefoon (030) 6395763  
 Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie. Inzenden aan de uitgeverij.

**Abonnementen**

Intermedia bv, Postbus 4,  
 2400 MA Alphen a/d Rijn  
 Telefoon (0172) 466811  
 Binnenland NLG 174,50 per jaar.  
 België BEF 3.951 per jaar. Overtig buitenland NLG 261,75 per jaar.  
 Studenten NLG 99,50 per jaar. Losse nummers NLG 18,-.  
 Huisarts en Wetenschap verschijnt 13 x per jaar.  
 Opzeggingen dienen ten minste twee maanden voor de aanvang van een kalenderjaar te worden gericht aan Intermedia bv.

**Adreswijzigingen**

NHG-leden aan het NHG-bureau; overige abonnees aan Intermedia bv.

**Druk**

Verweij bv, Mijdrecht.



Lid van de Nederlandse Organisatie van Tijdschrift-Uitgevers NOTU.

ISSN 0018-7070

# Acute spoed en het gemoed

Een spoedgeval kan, behalve bij de patiënt, ook bij de huisarts emoties teweegbrengen. Daarover is in de wetenschappelijke literatuur weinig geschreven. Hoewel in casusbeschrijvingen over urgente situaties de gevoelens van de dokter weleens zijdelings worden aangestipt, beperken de schaarse onderzoeken over spoedgevallen in de huisartspraktijk zich meestal tot kwantitatieve gegevens en medisch-technische aangelegenheden.

In dit nummer van *Huisarts en Wetenschap* staat het eerste artikel uit een serie over spoedgevallen in de huisartspraktijk, waarin zal worden ingegaan op het geneeskundig handelen van de huisarts bij een aantal spoedeisende aandoeningen.<sup>1</sup> Reden voor ons om eens stil te staan bij een andere kant van het spoedgeval: niet hoe het moet, maar hoe wij het als huisartsen beleven.

**Anticipatie**

De wetenschap dat zich elk moment een spoedgeval kan voordoen, zorgt bij al onze avond- of weekenddiensten voor een gespannen gevoel en slecht slapen. Dit nare gevoel komt grotendeels voort uit de vrees niet juist te zullen handelen in een levensbedreigende situatie. Zo roept de gedachte aan een situatie waarin een tracheotomie verricht moet worden bij een kind dat anders zal stikken, onherroepelijk onrust op. Meestal proberen we die onrust te bezweren door de levensreddende handeling in gedachten te oefenen, waarbij we de correcte plaats van de ingreep op de eigen trachearingen trachten te lokaliseren. De herinnering komt boven aan de instructie van een collega die deze verrichting met een toevallig aanwezige ballpoint tot een goed einde wist te brengen. Juist de zeldzaamheid van voorkomen versterkt de onzekerheid over het eigen kunnen en we realiseren ons pijnlijk dat de noodtracheotomie nooit echt tot onze vaardigheden kan gaan behoren.

Deze zelfde angst veroorzaakt een oplopende hartslag als op de praktijk de alarmlijn rinkelt of als er onderweg een spoedoproep binnenkomt op de semafoon. Een bepaald soort telefoonbel of semafoonsignaal appelleert aan onze waakzaamheid, ook in situaties waarin het signaal zeker niet voor ons bestemd is. Dachten wij in vroegere jaren dat deze gevoelens van gespannenheid samenhangen met onzekerheid en gebrek aan ervaring, inmiddels moeten we constateren dat ze niet meer overgaan. Opvallend is ove-

rigens dat dit negatieve aspect van diensten draaien in het Nivel-onderzoek naar burn out bij huisartsen niet wordt genoemd.<sup>2</sup> In dat rapport wordt de 'oneigenlijke hulpvraag' veel meer beschouwd als dé stressfactor van de dienst.

Het gevoel dat er elk moment iets heel ergs kan gebeuren en dat we altijd paraat moeten zijn, heeft gezorgd voor de ontwikkeling van allerlei rituelen in de dienst. Denk hierbij aan het herhaaldelijk controleren van de hoorn van de telefoon wel op de haak ligt, niet douchen en laat naar bed gaan. Ook in bed zijn we geprepareerd om weer snel te vertrekken: de haren zijn vastgebonden en de helft van de kleren blijft aan. Om toch vooral goed wakker te zijn aan de telefoon, staat deze zo opgesteld dat het bed verlaten moet worden om het gesprek aan te kunnen nemen.

Smit telde in zijn onderzoek over spoedgevallen in zijn eigen praktijk zo'n vijf spoedgevallen per 1000 patiënten per maand, waarvan de helft bestond uit ongevallen en verloskunde. Bij 10 procent van deze gevallen ging het om levensbedreigende situaties en bij nog eens 6 procent was de aandoening dubieus levensbedreigend.<sup>3</sup> Al met al kan een huisarts dus hooguit zo'n tien tot vijftien keer per jaar met een levensbedreigende situatie te maken krijgen. Dat staat in geen verhouding tot het aantal uren per jaar daarop wordt geanticipeerd.

## IN DIT NUMMER

Acute spoed en het gemoed	45
Van inhalatiетragiek tot inhalatietechniek	48
De kunst van het fluisteren	51
Behandeling van acute, ernstige dyspneu bij astma en COPD in de huisartspraktijk	54
Geboeid, maar dan anders. Een egodocument	63
Ingezonden	66
NHG-Standaard Slechthorendheid	70
Kennistoets	79
Forum	80
Boeken	83
Agenda	84
NHG-katern	85

### **Het spoedgeval dient zich aan**

Uit het onderzoek van *Smit* blijkt dat de spoedboodschap in 99 procent van de gevallen niet door de patiënt zelf wordt doorgegeven. Soms is het verhaal direct duidelijk, bijvoorbeeld bij pijn op de borst, soms maken angst en paniek van de dierbaren van de patiënt een anamnese onmogelijk. Het doorvragen van de huisarts kan dan worden opgevat als een blijk van tegenzin om te komen en nodeloze vertraging.

Door ervaring weten we meestal al aan de telefoon, wanneer er echt sprake is van een ernstige situatie. Kennis van de wijze waarop de plaatselijke bevolking gewend is zijn klachten te presenteren, is daarbij ook van belang. Zo werd één van ons, kort na een huisartsopleiding op het Friese platteland, tijdens een waarneming in Rotterdam Zuid geconfronteerd met de boodschap: 'Mijn man ligt te stikken op de bank.' Zonder dat ook maar één aanvullende vraag was gesteld, werd onmiddellijk een spoedvisite afgelegd. Bij aankomst bleek het om een lichte astma-aanval te gaan.

Het spoedgeval zelf roept de meeste stress op vanaf het moment dat de spoedboodschap binnenkomt tot het moment dat de patiënt is gezien. Bepaalde alarmsymptomen, zoals acute bewusteloosheid, ernstige benauwdheid en hevige pijn op de borst, zorgen voor een vliegensvlug vertrek. In de auto vragen we ons alvast gespannen af in wat voor toestand we de patiënt zullen aantreffen en welke potentiële behandelscenario's in aanmerking komen. De aard van de melding bepaalt in hoge mate de stress. Sommige klachten zijn weliswaar voor de aanvrager een bedreiging en vereisen ook door de ernst van het lijden een snelle aanpak, maar bezorgen ons een veel minder hoog adrenalinegehalte: koortsstuipen, een epilepsieaanval, een hemibebeld, pseudokroep of gal- en niersteenaanvallen. Een acute doodmelding, hoe treurig ook, leidt tot veel consternatie van de betrokkenen, maar roept bovenstaande emoties meestal niet op.

De acute psychiatrie neemt een aparte plaats in, omdat daar de dreiging van de patiënt ten opzichte van de omgeving of het risico van suïcide een rol speelt. Het is spannend of het lukt om met de patiënt in contact te komen en hem op een goed behandelingsspoor te krijgen, maar de uitkomst hangt veel minder af van het acuut verrichten van de juiste handelingen van artsenzijde.

### **De aankomst bij de plek des onheils**

De aankomst bij het huis van de spoedeisende patiënt kan al een beeld geven van wat je binnen te wachten staat. Iedere huisarts kent de aanblik van het huis met de openstaande deur, waarvoor de huisgenoten staan te wachten. De patiënt blijkt dan vaak al te zijn overleden. Ook een voordeur die op een kier staat, voorspelt meestal weinig goeds. Gecompliceerder is de aankomst bij een spoedge-

val buitenshuis. Het slachtoffer is dikwijls al omgeven door een groepje toeschouwers, dat zich inmiddels een mening heeft gevormd over wat er moet gebeuren. Met name voor de vrouwelijk huisarts is het dan zaak om niet door een goedbedoelende man met een EHBO-diploma opzij te worden geduwd.

Is de patiënt eenmaal in zicht, dan breekt een periode van ingespannen en geconcentreerd bezig zijn aan. Meestal is direct te zien of de situatie levensbedreigend is: de patiënt is bleek en klam of benauwd of niet aanspreekbaar. Soms doet je neus dienst en is er een duidelijke geur van alcohol, aceton, urine of ontlasting. Voor het stellen van een preciezere diagnose is de huisarts afhankelijk van de anamnese. Ook bij spoedgevallen is het gesprek het werktuig bij uitstek. Eigenlijk heeft de huisarts naast de zintuigen niet veel andere diagnostische middelen, bloeddrukmeter en stethoscoop uitgezonderd.<sup>4</sup> Soms is er door de situatie van de patiënt weinig tijd of gelegenheid voor een gesprek: de patiënt is benauwd en kan niet goed praten, de patiënt heeft te veel pijn om rustig een anamnese af te nemen, patiënt en partner zijn te zenuwachtig om adequaat te reageren. Bij dit alles is het van belang om de gemoederen van patiënt en huisgenoten te kalmeren. Dat betekent aandacht voor de gemoedstoestand van de patiënt en daarop inspelen. Dat betekent ook dat de partner tijdens het hele gebeuren op de achtergrond aandacht behoeft en mede voorwerp van zorg is.

Als de diagnose, hoe ernstig ook, duidelijk is, prevaleert voor ons het bewerkstelligen van een maximale psychologische rust boven de naakte waarheid. We hebben het niet over de ernst van de situatie, tenzij dat noodzakelijk is voor ons handelen. We praten in verhullende termen over de diagnose totdat de lichamelijke situatie duidelijk beter is of totdat inmiddels hulpbronnen in de zin van ambulancepersoneel zijn verschenen. Daarom is de tijdspanne tussen het inroepen en verschijnen van hulp, bijvoorbeeld bij een infarct, ook zo energerend. Terwijl we al doende en pratende geruststelling proberen te bewerkstelligen, zijn we tegelijkertijd alert op een eventuele verslechtering die ingrijpen noodzakelijk kan maken.

Als het eenmaal duidelijk is wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren, kan het verdere beloop heel bevredigend zijn. Dit geldt met name voor ernstige zaken die thuis behandeld kunnen worden, zoals een asthma cardiale of een flinke anafylactische reactie. Anderzijds kunnen bijvoorbeeld koliekpijnen een geirriteerd of beschaamd gevoel geven als een injectie niet het gewenste pijnstillende effect heeft. En dan is er het klunzige gevoel bij de onstelpbare neusbloeding. Maar dat doet tenminste geen pijn en appelleert ook minder aan het zelfbeeld van de dokter.

Helaas treden ook bij de afwikkeling nog weleens irritaties op. Soms moet er met patiënten bij verschillende ziekenhuizen geleurd worden voor een vrij bed, is er dis-

cussie over de noodzaak van een specialistisch consult, zijn er competentiekwesties met de ambulanceverpleegkundige of zijn patiënten of familieleden niet gerust te stellen.

### De afloop

Na afloop overheerst de opluchting als alles goed is gegaan. Is de patiënt thuis gebleven, dan blijft de eerste uren een lichte onrust op de achtergrond aanwezig. Er kan immers opnieuw gebeld worden, omdat de situatie is verslechterd of de geruststelling is uitgewerkt. Sommige spoedvisites werken langer na door het indrukwekkende ziektebeeld of de tragische omstandigheden die werden aangetroffen.

Kortere of langere tijd later komt de terugkoppeling uit het ziekenhuis, van een collega of van de familie. Het blijft altijd prettig om te horen dat je de juiste diagnose hebt gesteld. Feedback over gemiste diagnoses of ontijdelijke verwijzingen kan een negatief gevoel geven. Voor de zoveelste keer moet je onder ogen zien dat je als dokter een fout kunt maken. Dan is het belangrijk om na te gaan op welk moment en om welke reden je deze diagnose hebt gemist. Het is moeilijk om niet in 'had ik maar dit...' gedachten gevangen te raken. Inbrengen van de casus in de hagro of supervisiegroep kan verhelderend werken.

Goede raadgevingen van collega's helpen niet altijd. Natuurlijk weten we dat je allerlei vaardigheden kunt oefenen en op peil kunt houden in een vaardigheidslaboratorium en door andere nascholingsactiviteiten. Ook de komende serie over spoedgevallen in dit tijdschrift is bedoeld als scholing over dit onderwerp. Maar dat behoeft ons nog niet voor fouten en ook niet voor de angst niet juist te zullen handelen in een levensbedreigende situatie. Zeker nu ballpoints zelden meer vorhanden zijn.

Marjolijn Hugenholtz  
Toine Lagro-Janssen

- 1 Van Grunsven PM. De behandeling van acute ernstige dyspneu bij astma en COPD in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1997; 40(2): 54-62.
- 2 Van Dierendonck D, Groenewegen PP, Sixma H. Opgebrand. Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Utrecht: Nivel, 1992.
- 3 Smit PTh. Spoedgevallen in een huisartspraktijk. Amsterdam: Bohn, 1974.
- 4 Pieters HM. Spoedgevallen. Utrecht: Bunge, 1996. ■