

D.H. DE BAKKER
F.G. SCHELLEVIS
G.P. WESTERT
R. SCHULLER-PUNT

De Bakker DH, Schellevis FG, Westert GP, Schuller-Punt R. Spoedvisites in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1999;42(5):199-204.

Doel Het beschrijven van het voorkomen van spoedvisites in de huisartspraktijk naar demografische en geografische kenmerken, tijdstip en hulpverlener, de aard van de hulpvraag, de gestelde diagnose en de behandeling.

Methode Secundaire analyse van gegevens uit de Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (1987/1988). Spoedvisites werden vergeleken met andere visites buiten kantooruren en met alle face-to-face-huisartscontacten.

Resultaten Omgerekend naar een normpraktijk kwamen spoedvisites gemiddeld twee keer per week voor. Spoedvisites kwamen relatief vaak voor bij ouderen en bij kleine kinderen. De helft van de spoedvisites vond plaats tijdens kantooruren, en het overgrote deel hiervan werd afgelegd door de huisarts. Buiten kantooruren speelde de waarnemend huisarts een rol, maar zelfs 's avonds en 's nachts in het weekend handelde de huisarts nog de helft van de spoedvisites zelf af. In vergelijking tot 'gewone huisartscontacten' ging het bij spoedvisites om acute, relatief ernstige problematiek. Andere visites buiten kantooruren namen in dit opzicht een tussenpositie in. Bij spoedvisites verwees de huisarts vier keer vaker dan in 'gewone' huisartscontacten naar een medisch specialist.

Beschouwing Een beperking van het onderzoek is, dat de geanalyseerde gegevens tien jaar geleden zijn verzameld; bovendien zijn spoedgevallen die in de praktijk zelf werden gepresenteerd, buiten beschouwing gebleven. Niettemin is duidelijk dat spoedeisende hulpverlening zich qua aard en ernst duidelijk onderscheidt van niet-spoedeisende hulpverlening. Gezien het belang voor patiënt en huisarts is het opmerkelijk dat inhoudelijke richtlijnen over wanneer te komen, ontbreken.

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

dr. D.H. Bakker, dr. F.G. Schellevis, dr. G.P. Westert, R. Schuller-Punt.

Correspondentie: dr. D.H. de Bakker.

Inleiding

Het bieden van medische hulp in spoedeisende gevallen is een onlosmakelijk onderdeel van het huisartsenvak. Het belang ervan is evident, al is het alleen maar omdat het om potentieel levensbedreigende situaties kan gaan. Spoedeisende hulp stelt hoge eisen aan de huisarts om in te schatten hoe ernstig de situatie feitelijk is. Het stelt ook hoge eisen aan de organisatie van de praktijk om te garanderen dat die spoedeisende hulp werkelijk 7x24 uur kan worden gegarandeerd.

Uit onderzoek blijkt dat de beschikbaarheid voor spoedeisende hulpverlening tijdens diensten als een van de meest belastende aspecten van het huisartsenvak wordt gezien.¹ Huisartsenhulp buiten kantooruren is in principe alleen bestemd voor spoedeisende gevallen.^{2,3} Een belangrijk deel van de hulpvragen tijdens de diensten wordt als oneigenlijk of in elk geval niet spoedeisend gezien. In verschillende regio's worden door huisartsen initiatieven genomen om te komen tot een andere organisatie van de diensten. Deze initiatieven komen vooral voort uit de hoge belasting die huisartsen ervaren bij het draaien van diensten buiten kantooruren.^{4,5} Hier tegenover staat dat een aanzienlijk deel van de klachten die bij de medische tuchtcolleges over huisartsen worden ingediend, betrekking heeft op de bereidheid van (waarnemend) huisartsen om een huisbezoek af te leggen.^{6,7}

Het belang van spoedeisende hulpverlening staat in schril contrast tot de beschikbaarheid van cijfers ter zake.

Smit registreerde 25 jaar geleden gedurende twee jaar alle spoedvisites in een plattelandspraktijk met 4000 zielen.⁸ Er deden zich ongeveer 270 gevallen per jaar voor, dat is ongeveer vijf per week. Bijna de helft hiervan betrof verloskunde en ongevallen.

Fry registreerde 800 spoedgevallen per jaar (zowel op het spreekuur als visites) in een Engelse praktijk van 2500 patiënten; dat is twee à drie per dag. Traumata, buikklachten en otitis media maakten het merendeel uit.⁹

Daarnaast is er onderzoek gedaan op basis van de Nationale Studie naar hulpverlening buiten kantooruren.¹⁰ Hierin is ook aandacht besteed aan spoedvisites. Van alle visites buiten kantooruren beoordeelde huisartsen 40% als een spoedvisite. Overdag in het weekend lag dit percentage op 23%, 's avonds op bijna 50% en 's nachts op bijna 90%.

In een gezondheidscentrum in Almere werd 33 procent van de hulpvragen buiten kantooruren als onnodig maar niet onbegrijpelijk gekwalificeerd, en 12 procent als volledig onnodig.¹¹ Hulpverlening buiten kantooruren kan dus zeker niet gelijk gesteld worden aan spoedeisende hulp (in de ogen van de huisarts). In hetzelfde gezondheidscentrum werd ook onderzoek gedaan naar de bereidheid van huisartsen om te komen naar aanleiding van een telefonische hulpvraag.¹² In 84 procent was het gebodene in overeenstemming met de verwachtingen van de beller. In de overige 16 procent van de gevallen verwachtten men een visite, maar werd die niet afgelegd. Slechts een enkeling had daar overigens expliciet naar gevraagd.

Ook is onderzoek gedaan naar eerste hulp bij ongevallen, nu in de hele stad Almere.^{13,14} De Almeerse huisartsen registreerden in tien weken 520 EHBO-gevallen (zowel binnen als buiten kantooruren) op een populatie van 50.000; dat is omgerekend ruim 50 per 1000 patiënten per jaar. Volgens de auteurs kan hier echter sprake zijn van onderregistratie.

Het bestaande onderzoek is dus óf beperkt tot een enkele praktijk óf is niet specifiek gericht op spoedgevallen. In dit artikel willen wij een beeld geven van de spoedvisite in Nederland. Dat gebeurt aan de hand van de volgende vragen:

- Wat is de incidentie van spoedvisites in de huisartspraktijk?
- Hoe is de verdeling naar leeftijd, geslacht, urbanisatiegraad en regio?
- Hoe is de hulpvraag verdeeld naar tijdstip (weekend/door de week – dag/avond/ nacht)?
- In hoeverre komen spoedvisites terecht bij de waarnemer dan wel de eigen huisarts?

- Wat is de aard van de hulpvraag, de gestelde diagnose en de door de huisarts ingeschatte ernst van de situatie?
- Welke acties zijn door huisartsen naar aanleiding van deze hulpvraag ondernomen (behandeling, medicatie, verwijzingen)?

Methode

Voor de beantwoording van de vragenstellingen is een secundaire analyse uitgevoerd op de gegevens uit de in 1987 en 1988 gehouden Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, waaraan is deelgenomen door 161 zelfstandig gevestigde huisartsen uit 103 praktijken met een populatie van 335.000 patiënten. De huisartsen zijn afkomstig uit een aselechte, gestratificeerde steekproef van de Nederlandse huisartsenpopulatie. Voor gedetailleerde uitleg over de gehanteerde methoden wordt verwezen naar *Bensing et al.*¹⁴

De huisartsen hebben gedurende drie maanden op een formulier gegevens geregistreerd over alle contacten die zij met hun patiënten hadden. Contacten die collega's in de waarnemgroep met patiënten van deelnemende huisartsen hadden, zijn geregistreerd op basis van het waarnemerslag. Bovendien zijn sociaal-demografische gegevens verzameld van alle patiënten van de huisartspraktijken. Regio en urbanisatiegraad zijn vastgesteld op basis van het praktijkadres.

Voor de vraagstelling in dit artikel is met name van belang dat het soort contact is vastgelegd. Eén van de onderscheiden soorten visites was 'spoedvisite' (n=3.608). De instructie hierbij was: 'U gaat, direct na alarmering, bij een patiënt langs (kan elk moment van de dag zijn)'.

Andere in dit artikel gebruikte gegevens uit de contactregistratie zijn:

- contact met eigen huisarts versus waarnemer;
- dagdeel contact (tijdens kantooruren, avond door de week, nacht door de week, avond weekend, nacht weekend);
- redenen voor contact (maximaal drie, gecodeerd met de ICPC);
- diagnose (gecodeerd met de ICPC);

- vijfpuntschalen voor de mate van levensbedreigend en invaliderend zijn van de betreffende aandoening.

De eerste twee vraagstellingen worden beantwoord door het aantal spoedvisites te berekenen per 1000 van de ingeschreven patiëntpopulatie. Daarbij wordt teruggevoerd naar landelijke cijfers, dit in verband met de gehanteerde stratificatieprocedure. Bij de andere vraagstellingen worden steeds frequentietabellen gepresenteerd, waarbij twee referentiecategorieën worden gebruikt:

- niet-spoedeisende visites buiten kantooruren (n=2.695); achterliggende gedachte hierbij is dat huisartsgeneeskundige hulp buiten kantooruren eigenlijk alleen spoedeisende hulp zou moeten omvatten; alleen bij de uitsplitsing naar tijdstip zijn alle andere visites genomen als vergelijkingsgroep (n=40.721);
- alle face-to-face huisartscontacten (n=285.633) als een meer algemene referentiegroep.

Resultaten

Spoedvisites kwamen in drie maanden tien keer voor per 1000 ingeschreven patiënten. Omgerekend naar een jaarcijfer voor een normpraktijk van 2350 patiënten betekent dat een kleine 100 spoedvisites, dat is gemiddeld twee per week.

Spoedvisites kwamen met name voor bij kinderen <5 jaar en bij ouderen (tabel

1). Bij mannen kwamen spoedvisites relatief vaker voor op oudere leeftijd, bij vrouwen in de vruchtbare leeftijdsperiode. Op kinderleeftijd is het verschil gering. Alleen bij de groep 0-4 jaar zien we (iets) meer spoedvisites bij jongetjes.

Er waren weinig verschillen tussen stad en platteland en tussen de onderscheiden regio's (tabel 2). Alleen in de grote stad werden relatief minder spoedvisites bij mannen afgelegd.

In tabel 3 zien we dat de helft van de spoedvisites binnen kantooruren plaats had. Voor alle andere visites was dat 94 procent. In alle categorieën buiten kantooruren zijn spoedvisites oververtegenwoordigd ten opzichte van niet-spoedvisites. De meeste spoedvisites vonden door de week overdag plaats (10% van alle spoedvisites per dag), gevolgd door het weekend (7,5% per dag), 's avonds door de week (2,9% per avond), 's avonds in het weekend en 's nachts door de week (2,3%) en 's nachts in het weekend (2,1%).

Van alle spoedvisites werd 80 procent afgehandeld door de huisarts zelf of door een collega uit de groepspraktijk. De rol van de waarnemer was door de week overdag gering (6% van de spoedvisites) en in het weekend sterk (40 tot 50% van de spoedvisites).

In het algemeen nam de waarnemer een groter deel van de spoedvisites voor zijn rekening dan van de andere visites en van alle huisartscontacten samen. Dat geldt

Tabel 1 Driemaandsincidentie van spoedvisites in de huisartspraktijk naar leeftijd en geslacht per 1000 ingeschreven patiënten

	M	V
0- 4	16	13
5-14	3	3
15-24	3	5
25-44	5	7
45-64	12	10
65-74	32	23
≥75	48	38
Totaal	10	11

Tabel 2 Driemaandsincidentie van spoedvisites in de huisartspraktijk naar urbanisatiegraad en regio en geslacht per 1000 ingeschreven patiënten

	M	V
Ruraal	11	13
Suburbaan	10	9
Urbaan	10	11
Grote stad	6	10
Noord	11	12
Midden	10	10
Zuid	10	11

voor alle onderscheiden dagdelen en zowel in het weekend als door de week.

De meest voorkomende reden voor contact bij spoedvisites was benauwdheid

(tabel 4). Dit speelde in 12,5 procent van de spoedvisites. Op afstand wordt deze reden gevolgd door acute buikpijn, koorts, ongeval, flauwvallen en symptomen/

klachten borstkas. Er zijn duidelijke verschillen met de top-10 van contactredenen bij niet-spoedeisende visites buiten kantooruren. Weliswaar komen vijf van de

Tabel 3 Spoedvisites naar tijdstip waarop de hulpvraag plaatsvond, en percentage dat door de waarnemend huisarts werd afgehandeld, vergeleken met andere visites buiten kantooruren en alle huisartscontacten

	Spoedvisites		Andere visites		Alle huisartscontacten	
	%	waarvan door waarnemer	%	waarvan door waarnemer	%	waarvan door waarnemer
Door de week	76	13	95	2	97	2
– overdag	50	6	94	1	96	1
– avond	14	30	1	22	1	23
– nacht	11	21	0	13	0	18
Weekend	24	45	5	32	3	33
– overdag	15	40	5	29	3	31
– avond	5	51	0	47	0	41
– nacht	4	50	0	44	0	44
Totaal	100	20	100	3	100	3
n	3608	731	40721	1283	285633	7428

Tabel 4 Meest voorkomende redenen voor contact bij spoedvisites, bij andere visites buiten kantooruren, en bij alle huisartscontacten. Percentages

Spoedvisites				Andere visites buiten kantooruren				Alle huisartscontacten			
1	R02	benauwdheid	12,5	1	A03	koorts	17,1	1	K39	hypertensiecontrole	6,7
2	D01	acute buikpijn	8,3	2	R05	hoesten	6,7	2	R05	hoesten	5,9
3	A03	koorts	8,3	3	D01	acute buikpijn	6,4	3	L02	rug sym.kla.	3,6
4	A80	ongeval	7,3	4	R02	benauwdheid	5,7	4	A04	moeheid	3,1
5	A06	flauwvallen	6,7	5	D10	braken	4,6	5	L14	been/dijbeen sym.kla.	2,8
6	L04	borstkas sym.kla.	6,5	6	A04	moeheid	4,1	6	N01	hoofdpijn	2,8
7	A04	moeheid	4,6	7	W31	post-partumcontrole	4,1	7	D01	acute buikpijn	2,5
8	D10	braken	4,5	8	N01	hoofdpijn	3,0	8	A03	koorts	2,5
9	A96	dood/overlijden	4,1	9	L02	rug sym.kla.	2,9	9	L17	voet/teen sym.kla.	2,5
10	N17	duizeligheid	3,2	10	D11	diarree	2,6	10	R21	keel sym.kla.	2,4

Tabel 5 Meest voorkomende diagnoses bij spoedvisites, bij andere visites buiten kantooruren, en bij alle huisartscontacten. Percentages

Spoedvisites				Andere visites buiten kantooruren			Alle huisartscontacten				
1	K75	acuut myocardiinfarct	3,4	1	R74	infectie bovenste luchtw.	4,6	1	K86	ongecompl.hypertensie	5,4
2	P11	hyperventilatie	3,4	2	W31	post-partum-controle	3,6	2	R74	inf.bovenste luchtwegen	3,9
3	K77	decompensatio cordis	3,3	3	D73	ov.infectie maagdarm	3,5	3	W11	orale anticonceptie	2,5
4	K74	angina pectoris	3,2	4	A77	ov.virusinfectie	3,4	4	L18	spierpijn/fibrositis	2,4
5	D73	overige infectie maag/darm	2,5	5	R78	acute bronchitis	3,0	5	R78	acute bronchi(oli)tis	2,3
6	K90.1	cerebrovasculair accident	2,1	6	R81	pneumonie	2,2	6	A97	geen ziekte	2,0
7	R96	astma bronchiale	2,0	7	H71	otitis media acuta	2,1	7	R75	sinusitis	1,5
8	A06	syncope/blackout	1,9	8	R76	ac. tonsillitis/adenoïtis	1,9	8	S88.2	overig eczeem	1,4
9	U95	nier-/ureter-/blaassteen	1,8	9	R80	influenza	1,9	9	L86.2	lumbago	1,2
10	R78	acute bronchitis	1,7	10	K77	decompensatio cordis	1,5	10	P76	depressie	1,2

Tabel 6 Mate van levensbedreigend/invaliderend zijn van tijdens spoedvisites gepresenteerde klachten in vergelijking tot andere visites buiten kantooruren en alle huisartscontacten. Percentages

Mate van levensbedreigend/invaliderend zijn	spoed-visites	Levensbedreigend overige visites buiten kantooruren	alle huisarts-contacten	spoed-visites	Invaliderend overige visites buiten kantooruren	alle huisarts-contacten
1 zeer	9	6	1	9	7	1
2	5	3	1	6	4	2
3	9	5	2	11	9	6
4	9	6	4	11	9	11
5 niet	56	66	87	51	57	75
Niet ingevuld	12	14	6	13	14	6
Totaal	100	100	100	100	100	100
n	3608	2695	285633	3608	2695	285633

tien contactredenen in beide top-10's voor, maar de volgorde verschilt. De meest genoemde contactredenen bij spoedvisites komt bij niet-spoedeisende visites half zo vaak voor. Omgekeerd komt koorts bij niet-spoedeisende visites twee keer zo vaak voor als bij spoedvisites. Specifiek voor spoedvisites waren verder de contactredenen ongeval, flauwvallen, symptomen/klachten borstkas, dood/overlijden en duizeligheid.

Vergelijken we het klachtenpatroon van spoedvisites met dat van alle huisartscontacten samen, dan zijn de verschillen nog pregnanter. Slechts drie contactredenen komen voor in beide top-10's: vermoeidheid, acute buikpijn en koorts. Alle drie kwamen vaker voor bij spoedvisites.

De verschillen worden nog duidelijker als wij de door de huisarts gestelde (werk)diagnose bezien (tabel 5). Diagnosen uit het hart-vaatstelsel overheersen in de top-10 van spoedvisites. Deze betreffen vier van de zes meest voorkomende diagnosen. Andere veel voorkomende diagnosen zijn hyperventilatie en infectie maag/darm. Laatstgenoemde komt naast acute bronchitis en decompensatio cordis ook voor in de top-10 van andere visites buiten kantooruren. Zeven diagnosen zijn specifiek voor spoedvisites in die zin, dat zij niet voorkomen in de top-10 bij niet-spoedeisende visites buiten kantooruren. Met de top-10 van diagnosen in alle huisartscon-

tacten samen overlapt slechts één diagnose (acute bronchitis).

Tabel 6 laat zien dat de klachten die tijdens spoedvisites werden gepresenteerd, door de huisarts vaker als levensbedreigend of

invaliderend werden gezien dan de klachten bij niet-spoedeisende visites en bij alle huisartscontacten. Toch werd de klacht bij meer dan de helft van de spoedvisites niet als levensbedreigend of invaliderend gezien.

Tabel 7 Verrichtingen in spoedvisites in vergelijking tot andere visites buiten kantooruren en alle huisartscontacten. Percentages

	Spoedvisites (n=3608)	Visites buiten kantooruren (n=2695)	Alle huisarts-contacten (n=285633)
Behandeling in de praktijk			
- geruststellen	28	23	23
- 'even aankijken'	11	12	7
- injectie	11	5	3
- (bed)rust	8	6	3
Medicatie waarvan	38	40	45
- N02 analgetica	20	23	8
- J01 syst. antibiotica	16	28	15
- N05 psycholeptica	15	10	7
- A03 spasmolytica	13	8	3
- M01 anti-inflamm./antireumatische middelen	14	11	9
- R03 middelen bij cara	6	5	3
- C03 diuretica	7	3	5
- C01 cardiaca	5	2	2
Verwijzing	21	6	5
- internist	5	1	1
- cardioloog	5	1	0
- chirurg	4	1	1
- neuroloog	3	0	0
- gynaecoloog	1	0	0

De voor spoedvisites meest kenmerkende verrichtingen zijn uitgezet in *tabel 7*. 'Geruststellen' kwam bij spoedvisites vaker voor dan in andere contacten. 'Even aankijken' kwam even vaak voor in spoedvisites als in andere visites buiten kantooruren. Het geven van een injectie en het voorschrijven van (bed)rust kwamen ook relatief vaak voor bij spoedvisites. Er werden relatief weinig geneesmiddelen voorgeschreven tijdens spoedvisites. Psycholeptica, spasmolytica, anti-reumatische/anti-inflammatoire middelen (zoals diclofenac), cara-middelen, diuretica en cardica werden vaker tijdens spoedvisites voorgeschreven dan bij andere visites en dan in alle huisartscontacten samen. In een op de vijf spoedvisites werd naar de medisch specialist verwezen, vier keer zo vaak als in andere huisartscontacten. Verwezen werd naar: interne geneeskunde, cardiologie, chirurgie, neurologie en gynaecologie. In vergelijking tot andere visites buiten kantooruren en alle huisartscontacten samen zijn het met name de verwijzingen naar cardiologie die eruit springen.

Beschouwing

De uitkomsten van deze secundaire analyse kunnen als volgt worden samengevat.

In een normpraktijk komen spoedvisites ongeveer twee keer per week voor. Oververtegenwoordigd zijn ouderen en kinderen van 0-4 jaar. De helft van de spoedvisites vindt door de week tijdens kantooruren plaats. Buiten kantooruren komen spoedvisites het vaakst voor in het weekend overdag, gevolgd door de avonden en tenslotte de nachtelijke uren.

In het overgrote deel van de gevallen worden spoedvisites afgehandeld door de eigen huisarts. Dit geldt in mindere mate voor de diensten buiten kantooruren, maar zelfs in het weekend 's avonds en 's nachts wordt nog de helft van de spoedvisites afgehandeld door de eigen huisarts.

Redenen voor contact en diagnoses tijdens spoedvisites onderscheiden zich duidelijk van het normale klachten/diagnosenpatroon bij de huisarts en ook van niet-spoedeisende visites buiten kan-

tooruren. Het gaat vaak om acute, relatief ernstige problematiek: hartproblemen, hyperventilatie, CVA, maag/darminfecties, astma-aanvallen, nier- of blaasstenen, black-outs. Niettemin wordt meer dan de helft van de gepresenteerde problemen door de huisarts beoordeeld als in het geheel niet levensbedreigend of invaliderend. Ook is opvallend dat de niet-spoedeisende visites qua ernst en diagnosespatroon meer lijken op de spoedvisites dan op alle huisartscontacten samen.

Het beleid van de huisarts bij spoedvisites wordt gekenmerkt door relatief vaak geruststellen van de patiënt, het geven van een injectie, het voorschrijven van pijnstillers, cara-middelen en hart-vaatmiddelen. Er wordt in vergelijking tot andere contacten ruim vier keer zo vaak verwezen naar de specialist.

Het onderzoek kent enkele beperkingen. In de eerste plaats heeft het alleen betrekking op spoedvisites. Spoedgevallen in de praktijk zijn in de bestanden van de Nationale Studie niet als zodanig herkenbaar. Aangenomen kan worden dat het bij spoedvisites gemiddeld over ernstiger problematiek gaat dan bij in de huisartspraktijk behandelde spoedgevallen. Bij spoedgevallen in de praktijk gaat het om relatief vaker om traumatologie. Een alternatief zou geweest zijn te kijken naar consulten buiten kantooruren. Ons onderzoek laat echter zien dat spoedvisites zich duidelijk onderscheiden van niet-spoedeisende visites buiten kantooruren. Bovendien zouden dan spoedvisites binnen kantooruren buiten beschouwing blijven en dit artikel laat zien dat een groot deel van de spoedeisende hulp binnen kantooruren plaatsvindt. Datzelfde zal ook voor spoedgevallen in de praktijk gelden.

Een tweede beperking betreft het oordeel van de huisarts in welk geval sprake was van spoed of niet. Hoewel gevraagd is naar het oordeel op moment van alarmering zal in de praktijk het registratieformulier pas achteraf zijn ingevuld. Hierdoor zou het kunnen zijn dat gevallen waarbij achteraf bleek dat het geen spoedgeval was ook niet als zodanig zijn geregistreerd.

Een derde punt van aandacht betreft de registratie van contacten door waarnemend huisartsen. De instructie was dat op basis van de terugrapportage door de waarnemer een contactregistratieformulier zou moeten worden ingevuld. Het niet of onvoldoende terugrapporteren van contacten tijdens de diensten door de waarnemend huisarts is echter een veel gehoorde klacht.⁴ Mogelijk zou hier dus onderregistratie een rol kunnen spelen. Aangezien het bij spoedvisites om relatief ernstige gevallen gaat, kan worden verwacht dat deze beter worden teruggerapporteerd dan bijvoorbeeld telefonische contacten tijdens de diensten.

Ten slotte dient opgemerkt te worden dat 'de eigen huisarts' in dit onderzoek is geoperationaliseerd als 'de eigen huisartspraktijk'. In praktijken met meer dan één huisarts was het over het algemeen niet goed mogelijk de patiënten toe te delen aan een eigen huisarts.

Aannemende dat werkelijke spoed zich niet aan kantooruren houdt, is het opmerkelijk dat de helft van de spoedvisites zich voordoet binnen kantooruren en dus binnen een kwart van de totaal beschikbare tijd. Daardoor worden spoedvisites voor een belangrijk deel afgehandeld door de eigen huisarts. Uitstelgedrag van de patiënt kan hier een rol spelen. Men heeft aarzelingen om de (waarnemend) huisarts 's nachts te bellen en wacht daarom tot de eigen huisarts 's ochtends beschikbaar is. Ook kan het zijn dat men bijvoorbeeld aan het eind van de middag belt, omdat men bang is anders 's avonds de waarnemend huisarts toch te moeten raadplegen. Een derde mogelijkheid is dat men zich buiten kantooruren vaker direct bij het ziekenhuis meldt.

De hier gepresenteerde cijfers betreffen onderzoek uit 1987/1988. Sinds die tijd is er het een en ander veranderd. Aan de kant van de huisarts zien we de opkomst van de huisartsengroepen, de toename van parttime werken en in samenhang daarmee mogelijk een vaker uitbesteden van de diensten. Aan de kant van de patiënt zien we de opkomst van de 24-uurseconomie

en mogelijk een andere houding ten aanzien van het inroepen van huisartsgeneeskundige hulp buiten kantooruren. Nieuw onderzoek is nodig om de effecten van dit soort ontwikkelingen op de kwaliteit van de spoedeisende hulpverlening na te gaan.

De in de inleiding geconstateerde ontwikkelingen over de hoge ervaren belasting bij het draaien van diensten en over het relatief grote aantal klachten kristalliseren zich uit in de beslissing van de huisarts om al dan niet in te gaan op een verzoek tot het afleggen van een visite. De huisarts maakt bij spoedeisende hulpvragen een inschatting of al dan niet onmiddellijke actie is geboden. Als dat niet het geval is, kan worden volstaan met een telefonisch advies, of wordt de patiënt toch bezocht (bijvoorbeeld ter geruststelling). Het besluit om te gaan, houdt het 'risico' in dat men voor niets gaat en zo'n frustrerende ervaring rijker wordt die een negatieve invloed kan hebben op de ervaren werkbelasting. De risico's die men loopt bij de inschattingsfout om niet te gaan, kunnen voor patiënt én huisarts dramatisch zijn.⁶

Des te opmerkelijker is het dat inzicht in dit beslissingsproces ontbreekt. Ondersteuning bij dit beslissingsproces, bijvoorbeeld in de vorm van algemeen aanvaarde richtlijnen, ontbreekt eveneens. In theorieën over kwaliteitsmanagement wordt gepleit voor protocollen voor kritische momenten in het zorgverleningsproces. Vanuit dit gezichtspunt is het van belang om deze rond de spoedeisende hulpverlening te ontwikkelen en daaraan een 'evidence base' te verschaffen door het opzetten van onderzoek naar de uitkomsten van spoedeisende hulpverlening.

Literatuur

- 1 Van Dierendonck D, Groenewegen PP, Sixma HJM. Opgebrand; een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie van huisartsen. Utrecht: Nivel, 1992.

- 2 Landelijke Huisartsen Vereniging, De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg. Utrecht: LHV, 1989.
- 3 Nederlands Huisartsen Genootschap. Standaard Bereikbaarheid/Beschikbaarheid. Huisarts Wet 1989;32:219-22.
- 4 Schuller R, De Bakker DH, Huisartsenzorg buiten kantooruren in Rotterdam en omstreken. Utrecht: Nivel, 1996.
- 5 Engelenburg JL. Medische hulpverlening buiten kantooruren in Groot Den Haag. Van tegenspraak naar samenspraak. Lelystad: Meditekst, 1992.
- 6 Heineman MEF, Hubben JH. De huisarts in de medische tuchtspraak 1982-1993. Lelystad: Vermande, 1995.
- 7 Inspectie voor de Volksgezondheid. Staat van de Gezondheidszorg. Een rapportage over kwaliteit en toegankelijkheid. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1997.
- 8 Smit PT. Spoedgevallen in een huisartspraktijk. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1986.
- 9 Fry J. Common diseases. Lancaster: MTP Press, 1979.
- 10 De Bakker DH, Van der Velden J, Abrahamse JPH. Huisartsgeneeskundige zorg buiten kantooruren. Een secundaire analyse op de Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1994.
- 11 Van Duijn NP, Van Weert HCPM, Scholte D, Bindels PJE. Out of hours: primary care clinic or hospital emergency department. Eur J Gen Pract 1998;4:69-73.
- 12 Van Buuren S, Van Duijn NP. 'De dokter wilde niet komen...' Het oordeel van patiënten over de uitkomst van telefonische contacten tijdens de dienst. Huisarts Wet 1993;36:332-3,337.
- 13 Sixma HJ, De Bakker DH. Emergency care. GP or hospital? Journal of Accident and Emergency Medicine 1996;13:264-8.
- 14 Sixma HJ, Hackenitz E. EHBO in Almere 2. De effecten van de opening van het Flevoziekenhuis. Utrecht: Nivel, 1992.
- 15 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, et al. De Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991;34:51-61.

Abstract

De Bakker DH, Schellevis FG, Westert GP, Schuller-Punt R. Emergency visits in general practice. Huisarts Wet 1999; 42(5):199-204.

Goal Describing the prevalence of emergency visits in general practice in terms of demographic and geographical characteristics, the distribution in time (day, evening, night) and provider (own GP versus locum), reasons for encounter, diagnosis and interventions.

Method Secondary analysis of data from the Dutch 'National survey of morbidity and interventions in general practice' (1987/1988). A group of 161 GPs registered all patient contacts during 3 months. 'Emergency visits' was a separate category (n=3608). These emergency visits were compared with other visits outside office hours and with all face-to-face contacts.

Results There are 2 visits in an average Dutch practice (2350 patients) each week. Especially young children (less than 5 years) and the elderly get many emergency visits. Half of all emergency visits take place during the week within normal office hours. Because of that by far the largest part of emergency visits is handled by the own GP of the patient. There is a larger role for locums outside office hours, but even in the weekend at night more than half of the emergency visits is paid by the own GP of the patient. Compared to 'normal' doctor patient contacts many relatively acute and serious problems are presented during emergency visits. Other home visits outside office hours take a position in between. The GP refers four times more often in emergency visits than in normal doctor patient contacts.

Discussion The study has the limitation that emergency consultations within the practice were outside the scope of investigation and that the data collection took place 10 years ago. Care in emergency visits is clearly distinct from non-emergency care. Because of the importance for patient and doctor it is remarkable that there are no guidelines for GPs to help in the decision to go or not on a emergency call.

Correspondence D.H. de Bakker, PhD, Nivel, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht, Netherlands.