

# De uitrusting en organisatie van spoedeisende hulp in de huisartspraktijk en het oordeel van de patiënt

P van den Hombergh,  
F Intven, HGA Mokkink,  
HJM van den Hoogen,  
R Grol

## Samenvatting

Van den Hombergh P, Intven F, Mokkink HGA, Van den Hoogen HJM, Grol R. De uitrusting en organisatie van spoedeisende hulp in de huisartspraktijk en het oordeel van de patiënt. *Huisarts Wet* 2002;45(4):172-5.

**Doel** Er is gezocht naar verschillen in uitrusting en organisatie van spoedeisende hulp (SEH) tussen praktijken en huisartsen en de mogelijke samenhang met hun achtergrondkenmerken. Nagegaan is of het oordeel van de patiënt over de service bij SEH samenhangt met de gevonden verschillen.

**Methode** Onder 454 huisartsen in 307 praktijken is een transversaal onderzoek gedaan met het Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP) tussen 1997 en 2000. De VIP bevat 385 indicatoren voor de praktijkvoering, waaronder 41 indicatoren op het gebied van SEH. Determinanten van variatie in de uitrusting en organisatie van SEH werden nagegaan. Er is gebruikgemaakt van vragenlijsten voor huisarts, praktijkassistente en patiënten en van observatie in de praktijk door een getrainde consulente.

**Resultaten** Er bleek belangrijke variatie tussen praktijken en huisartsen in uitrusting voor spoedeisende hulp. Praktijken in steden scoorden op alle dimensies van spoedeisende hulp lager dan meer ruraal gelegen praktijken. Solopraktijken scoorden lager op instrumentarium, maar hoger op de service voor SEH. Een negatief patiëntenoordeel over de 'bereikbaarheid/beschikbaarheid bij spoed' hing samen met een lagere score op organisatieaspecten van SEH.

**Conclusie** Praktijken en huisartsen verschillen in uitrusting voor SEH. Patiënten schatten de uitrusting en organisatie van SEH in hun praktijk juist in en kiezen – indien aanwezig – eerder voor een nabijgelegen ziekenhuis.

WOK/UMC St.Radboud, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. P. van den Hombergh, huisarts; F. Intven, destijds co-assistent; dr. H.G.A. Mokkink, methodoloog; H.J.M. van den Hoogen, statisticus; prof.dr. R.P.T.M. Grol, hoogleraar.

Correspondentie: dr. P. van den Hombergh,  
e-mail: p.vdhombergh@chello.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niet aangegeven.

## Inleiding

De taak van de huisarts bij spoedgevallen omvat in principe alle psychische en somatische noodhulp. De huisarts wordt verondersteld voor deze noodhulp te zijn toegerust.<sup>1</sup> Over de instrumentele en organisatorische randvoorwaarden voor die spoedeisende hulp (SEH) in de huisartspraktijk en de kwaliteit daarvan is weinig bekend. De patiënt heeft mogelijk twijfel over de kwaliteit van de uitrusting en over de te verwachten hulp. Zelfs bij goede bereikbaarheid en opvang zou de patiënt volgens Sixma namelijk toch voor de SEH van het ziekenhuis kiezen.<sup>2</sup> Wensing en Giesen vonden dat het patiëntenperspectief bij SEH wordt bepaald door de ervaren bedreiging van de gezondheid (bijvoorbeeld hartkloppingen), de verwachte deskundigheid en de verwachte service en onderzoeksfaciliteiten.<sup>3</sup> Voor wat de onderzoeksfaciliteiten betreft is het niet duidelijk in hoeverre de huisarts is toegerust voor SEH en waarmee eventuele verschillen in de organisatie van SEH tussen huisartsen en praktijken samenhangen.<sup>1</sup>

Wij onderzochten naast de uitrusting en organisatie van SEH ook het oordeel van de patiënt over de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van de huisarts(praktijk).

## Methode

De gegevens zijn afkomstig van visitaties bij 307 praktijken (454 huisartsen), die tussen oktober 1997 en april 2000 uitgevoerd zijn met het Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP). Hiermee is het mogelijk verschillen vast te stellen in uitrusting en organisatie voor SEH en in de oordelen van patiënten hierover.

De werving vond plaats via de DHV, waarbij huisartsengroepen, praktijken en huisartsen werden gestimuleerd om zich te laten visiteren in het kader van kwaliteitsverbetering.

Voor de gegevensverzameling is gebruikgemaakt van een selectie van indicatoren voor SEH uit de VIP. De visitatie alsmede de inhouds- en criteriumvaliditeit van de VIP werden in eerder onderzoek beschreven.<sup>5</sup> De VIP bevat een groot aantal (n= 385) relevante en goed meetbare indicatoren. Hieruit zijn die aspecten van de praktijkvoering geselecteerd die de SEH betreffen.<sup>6</sup> De gegevens werden verzameld met vragenlijsten: twee voor de visitator (praktijk- en huisartsniveau), één voor de praktijkvertegenwoordigende huisarts, één voor de praktijkassistente, één voor individuele huisartsen in de praktijk, en 60 vragenlijsten voor spreekuurpatiënten (30 over de huisarts en 30 over de praktijk).

### Wat is bekend?

- ▶ Voor spoedeisende hulp gaan veel patiënten niet naar de huisarts, maar naar het ziekenhuis.
- ▶ Het is niet duidelijk of huisartsen en huisartspraktijken voldoende zijn toegerust voor spoedeisende hulpverlening.

### Wat is nieuw?

- ▶ Huisartsen en huisartspraktijken op het platteland zijn beter toegerust voor spoedeisende hulpverlening dan die in de stad. Verschillen worden evenwel ook door individuele voorkeuren bepaald.
- ▶ Een breder aanbod van EHBO-posten in ziekenhuizen bemand door huisartsen kan het aantal zelfverwijzers verminderen.

Aan de patiënt is zijn mening gevraagd over de SEH. Bij het ontbreken van ervaring met SEH kon de patiënt 'niet van toepassing' invullen. Met behulp van factoranalyse (principale componentenanalyse met varimaxrotatie) is gezocht naar dimensies die een maat vormen voor de mate waarin praktijk en huisarts zijn uitgerust voor SEH. De dimensies werden gecontroleerd op interne consistentie (Cronbach's alpha 7). De factoranalyse bevestigde de in eerder onderzoek<sup>5,6</sup> gevonden dimensies:

- ▶ het instrumentarium voor spoedeisende hulp in de praktijk, 10 indicatoren ( $\alpha = 0,66$ );
- ▶ de inhoud van de dokterstas nodig bij spoedeisende hulp, 10 indicatoren ( $\alpha = 0,59$ );
- ▶ de organisatieaspecten van spoedeisende hulp in de praktijk, 13 indicatoren ( $\alpha = 0,57$ );
- ▶ het patiëntenoordeel over de bereikbaarheid en beschikbaarheid bij spoed, 8 indicatoren ( $\alpha = 0,78$ ).

De antwoordcategorieën waren: ja/nee/niet van toepassing, minuten of aantallen (ampullen).

### Analyse

De berekende somscores over deze dimensies vormden de afhankelijke variabelen in lineaire regressieanalyses (deels multilevel). Wij onderzochten de invloed van de gedichotomiseerde achtergrondkenmerken van praktijk en huisarts op deze afhankelijke variabelen.

### Resultaten

De gegevens van visitaties in 307 praktijken (454 huisartsen) werden vergeleken met landelijke gegevens van huisartsen (NIVEL-registratie uit 1998). De groepen bleken vergelijkbaar op een aantal achtergrondkenmerken, maar in deeltijd werkende huisartsen waren in het onderzoek ondervertegenwoordigd. In de DHV's van de drie grote steden en van Noord-Nederland zijn nauwelijks visitaties gedaan (tabel 1).

Er bleek een belangrijke variatie tussen praktijken en huisartsen in de uitrusting voor spoedeisende hulp van de praktijk (tabellen 2 en 3). Zo had de helft van de praktijken geen vingerspalken, 32% geen

**Tabel 1** Achtergrondkenmerken van de deelnemende huisartsen (n=307 praktijken, 454 huisartsen) vergeleken met de registratie van het NIVEL uit 1998 (in procenten)

Huisartskenmerk	Gevisiteerden	NIVEL
Solopraktijk	53	58
<45 jaar	48	45
<11 jaar gevestigd	36	33
Vrouw	18	20
Voltijds werkzaam	73	36
Verstedelijkt	44	52

complete anafylaxieset en 22% geen neustampon. Van de huisartsen ging 60% op stap zonder de in de NHG-Standaard genoemde oplaaddosis aspirine in de dokterstas en 48% had geen katheter bij zich. Afspraken met het ziekenhuis, de ambulance en/of de GGD over beleid bij spoedeisende hulp bleken in de helft van de praktijken niet te bestaan of men wist hier niet van. Eenenveertig procent van de patiënten vond dat de dienstregeling en 31% dat de EHBO-opvang door de praktijk verbeterd kon worden.

**Tabel 2** Indicatoren voor toerusting voor spoedeisende hulp op praktijkniveau (n=307) (percentages bevestigende antwoorden)

Aanwezigheid van instrumentarium voor spoedeisende hulp*		
1	Vingerspalken	50
2	Nood-infusset	32
3	Volledige anafylaxie-set	68
4	Mayo-tube	40
5	Slijmzuiger	49
6	Verschuifbare katheters (3)	74
7	Caustica neus voor recidiverende epistaxis	53
8	Neustampon	78
9	Ringzaagtang	60
10	ECG-apparaat	28
Organisatieaspecten van spoedeisende hulp†		
1	Lijmen van wondjes door de praktijkassistent	39
2	Verwijderen van splinters door de praktijkassistent	45
3	Verwijderen van vuiltje uit het oog door de praktijkassistent	9
4	Het maken van een ECG in de praktijk	20
5	Afspraken met het ziekenhuis over beleid bij EHBO-patiënten	54
6	ECG laten beoordelen in de tweede lijn	42
7	Contact tussen huisarts en specialist bij calamiteiten	71
8	Afspraken tussen praktijk en GGD	55
9	Afspraken met de ambulance over de taakverdeling bij EHBO	49
10	Afspraken over hulpaanbod van de huisarts met het verzorgingshuis	41
11	Afspraken over beleid bij overlijden van patiënten in verzorgingshuis	49
12	Minder dan vier minuten wachttijd voor telefonisch contact	50
13	Beleid EHBO-patiënten besproken in waarnemingsgroep/Hagro	27
Patiëntenoordeel over de bereikbaarheid/beschikbaarheid bij spoed‡		
1	Praktijk is makkelijk telefonisch bereikbaar bij spoed	83
2	Praktijk biedt de gewenste hulp bij spoedeisende klachten overdag	88
3	Praktijk heeft duidelijke informatie over praktijkregels	87
4	De dienstregeling kan verbeterd worden	41
5	De EHBO-opvang van de praktijk kan verbeterd worden	31
6	Patiënt krijgt vaker dan één keer een antwoordapparaat buiten kantooruren	21
7	De huisarts is makkelijk voor een telefonisch advies te raadplegen	74
8	De assistente is geen belemmering voor contact krijgen met de huisarts	91

\*  $\alpha$  0,66 †  $\alpha$  0,57 ‡  $\alpha$  0,78

**Tabel 3** Indicatoren voor toerusting voor spoedeisende hulp op huisarts-niveau (n=454) (percentages bevestigende antwoorden)

**Inhoud van de dokterstas nodig bij spoedeisende hulp\***

1	Meer dan 9 ampullen aanwezig (op totaal van 10 ampullen; n=122)†	50
	Meer dan 13 ampullen aanwezig (op totaal van 18 ampullen; n=109)†	50
2	Meer dan 7 niet verlopen ampullen aanwezig (op totaal van 10 ampullen; n=122)†	50
	Meer dan 10 niet verlopen ampullen aanwezig (op totaal van 18 ampullen; n=109)†	50
3	Steriele urinekatheter met glijmiddel	52
4	Zakje steristrips	39
5	Mayo-tube	61
6	Slijmzuiger	25
7	Neustampon	34
8	Bètasymphaticomimeticum in een spray	82
9	Diazepam-rectiole (clonazepam-druppels)	79
10	Acetylsalicylzuur in zakjes voor eerste hulp bij hartinfarct	40

\*  $\alpha$  0,59

† Het aantal ampullen is uitgebreid van 10 naar 18 essentiële ampullen in een nieuwe versie van de VIP

Een hogere score voor instrumentarium evenals voor de organisatie van de SEH hing samen met een meer rurale ligging van de praktijk, met een groter praktijkverband (duo, groepspraktijk) en met de aanwezigheid van een opleidingspraktijk voor HAIO's of co-assistenten. Deel uitmaken van een grote waarneemgroep (>18.000 patiënten) hing samen met een hogere score voor de organisatie van de SEH. De dokterstas bleek voller op het platteland. Een positief patiëntenoordeel over de bereikbaarheid/beschikbaarheid werd gevonden bij meer rurale praktijken, solo-praktijken en praktijken aan huis. Het percentage praktijkassistentie, de verhouding ziekenfonds/particulier en het aantal jaren werkzaam als huisarts laten weinig verschil in score zien evenals deeltijd of voltijds werkzaam, NHG-lidmaatschap en ervaring als tropenarts. Een matig patiëntenoordeel over de bereikbaarheid/beschikbaarheid bij spoed hing samen met een lage score op organisatieaspecten van spoedeisende hulp. Een matig oordeel over de EHBO-opvang en over het aantal malen dat de patiënt een antwoordapparaat aantrof, bleek verder samen te hangen met een lage score op instrumentarium voor spoedeisende hulp in de praktijk.

### Beschouwing

De uitkomsten van dit onderzoek laten zien dat in steden de uitrusting en organisatie van de spoedeisende hulp bij de huisarts minder goed geregeld is dan op het platteland. Dat de dokterstas minder gevuld is bij huisartsen die werken in stadspraktijken is daarmee in overeenstemming. Samenwerkingsverbanden van meerdere huisartsen blijken beter toegerust voor spoedeisende hulp dan solopraktijken. De verschillen tussen huisartsen en praktijken kunnen maar ten dele door de gekozen achtergrondkenmerken worden verklaard en hebben mogelijk meer te maken met persoonlijke voorkeuren van huisartsen.

Een mogelijke beperking van dit onderzoek is de representativiteit. Vooral in de grote steden is niet gevisiteerd. Verder vormen huisartsen die meedoen aan visitatie, mogelijk een positieve selectie. Gemiddeld scoort de 'gemiddelde' huisarts dus lager.

### Abstract

Van den Hombergh P, Intven F, Mokkink HGA, Van den Hoogen HJM, Grol R. Equipment and organisation of emergency care in general practice and the opinion of the patient. *Huisarts Wet* 2002;45(4):172-5.

**Objective** To determine variation in organisation and equipment for emergency care between practices and GPs, the relation with their characteristics and their relation with the patient's opinion on the emergency service of the practice.

**Design** Cross sectional research of 454 GPs in 307 practices in the Netherlands from 1997 till 2000. All were visited using the practice visit method (VIP) containing 385 indicators for practice management, part of which 41 concern emergency care. Instruments were questionnaires for patients, GP and practice assistant and an observation by a non-physician observer.

**Results** We found important variation in organisation and equipment for emergency care between practices and GPs. Practices in cities scored lower than rural practices on all aspects of emergency care. Single-handed practices scored higher on the patient report on service, but lower on equipment for emergency care. A negative opinion of patients on the service of emergency care correlated with a lower score on organisational aspects of emergency care.

**Conclusion** Practices and GPs differ in preparedness for emergency care. Patients do take the preparedness of their practice into account and often choose for the nearby hospital if available. The development of large organisations for emergency care by GPs may improve the present situation.

Een oordeel over de kwaliteit van de SEH door de huisarts wordt bemoeilijkt door het ontbreken van richtlijnen. Er is een verouderde NHG-standaard Bereikbaarheid/beschikbaarheid bij spoed. Daarnaast zijn er enige richtlijnen over de benodigde uitrusting in de NHG-Bouwstenen der praktijkvoering echter zonder de status van NHG-Standaard.

Het ontbreken van een stimulans voor huisartsen in steden om zich te profileren op SEH – mede door de lage drempel van ziekenhuizen – sluit aan bij de matiger uitrusting en het meer negatieve patiëntenoordeel over de service voor SEH van huisartspraktijken aldaar.

Een beter aanbod van hulp in EHBO-posten – bemand door huisartsen – lijkt de 66% van de goed door de huisarts behandelbare zelfverwijzers op een ziekenhuis-EHBO<sup>8</sup> te kunnen keren, zelfs met een verminderde belasting voor de huisarts<sup>9,10</sup> en meer tevredenheid van patiënten.<sup>11</sup>

### Literatuur

- 1 LHV. Basistakenpakket van de huisarts. Deel III, Utrecht: LHV, 1987:67-8.
- 2 Sixma H. EHBO: patiëntenstromen. *Medisch Contact* 1988;503-5.
- 3 Wensing M, Giesen P. Spoedeisende geneeskunde: het patiëntenperspectief. *Huisarts Wet* 2000;43:503-6.
- 4 Baker R. General practice in Gloucestershire, Avon and Somerset: explaining variations in standards. *Br J of Gen Pract* 1992;42:415-8.
- 5 Van den Hombergh P, Grol R, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM. Assessment of management in General Practice: Validation of a practice visit method. *Br J Gen Pract* 1998;48:1743-50.
- 6 Van den Hombergh P. Practice visits assessing and improving

- management in general practice [Proefschrift]. Nijmegen: KUN, 1998.
- 7 Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin* 1955;52:281-302.
- 8 Creutzberg CL, Jansen PP, Merkelbach JW. EHBO-bezoek: eerste of tweedelijnskarakter? *Ned Tijdschr Geneeskd* 1989;133:73-6.
- 9 Ebbens E, De Bruijne M. Geneeskundige zorg buiten kantooruren in Almere. *Huisarts Wet* 2000;43:511-3.

- 10 Giesen PHJ, Haandrikman LGR, Broens S, Schreuder, Morkink HGA. Centrale huisartsenposten: wordt de huisarts er beter van? *Huisarts Wet* 2000;24:508-10.
- 11 Van Wieringen AJ, Ilzermans CJ, Vrakking AWGM, Van Weert HJM, Sixma H, Bindels PJE. Gebruikers oordelen over een gebruikerspost. *Huisarts Wet* 2000;24:518-20.

## Intermezzo

De Vlaamse schrijver Gerard Walschap schreef een novelle met als titel *Genezing door aspirine*. De hoofdpersoon is van kleins af keelpijnlijder. 'Ziek zat ik aan de stoof of het venster, omwonden met een dikke sjaal, magerkens, bleekskens, en wat een ogen had ik toen! Voor een cent trok ik ze wijd open en liet ze bliksemen van woede. Geen oom, tante, kozijn, nicht, die er die cent niet voor overhad, want zij hadden zulke ogen, zeiden zij, nog nooit gezien'. Nu is hij volwassen, getrouwd en heeft kinderen. En de keelpijn keert terug. Hij waant zich ten dode opgeschreven, overpeinst zijn leven en het lot van vrouw en kroost. Met tegenzin wendt hij zich tot de huisdokter. 'Ik zal, Marie, mijn driften bedwingend, mijn hovaardige gedachten verdrijvend, denken aan u en de kinderen een bescheiden, sympathieke indruk maken. Ik zal niet denken: bij verdommese

stommerik, gij omhooggekropen slak, gij prententieuze, vuile intrigant, ik verga liever tot niespoeder dan u iets te vragen.'

Hij krijgt aspirine, valt in slaap en ontwaakt de volgende dag: 'En zie ik leef voort en ik verzeker u: niet zo maar. Neen, jong en sterk en alle dagen lach ik. Uit volle borst, ongedwongen, joviaal en onaanraakbaar lach ik.' Het is de onaanraakbaarheid van de genezene. Aspirine. Hans van Maanen, wetenschapsjournalist van het Parool, noemt het in zijn boekje *Uit de oude dokterstas* een 'wondermiddel'. 'Mag het aspirientje in de dokterstas ontbreken?', vraagt hij zich vervolgens af: 'Ach ja, het heeft geen diagnostische betekenis en het werkt niet pijlsnel, waardoor de dokter er niet veel aan heeft in acute situaties. Toch hebben de meeste huisartsen het wel in hun tas – als was het maar voor zichzelf.'



foto: Harry Cock/Hollandse Hoogte