

Een dagje meedraaien met een huisartsenpost: Het werkt wel degelijk!

De erg zware last van de weekend-, avond- en nachtdiensten is met de komst van de huisartsenposten aanmerkelijk gereduceerd. De meeste huisartsen zien de posten dan ook als een zegen. Maar het zijn niet alleen positieve geluiden die opklinken. Reden voor *In de praktijk* om eens een kijkje te nemen in een huisartsenpost op een drukke zaterdag na kerst. Wat komt de huisarts zoal tegen op zo'n dag? Wat werkt prima en wat gaat minder goed?

Afgezien van de voordelen voor de huisarts werden destijds de huisartsenposten ook opgericht wegens problemen als een tekort aan huisartsen, meer deeltijdwerk, hoge werkdruk en een groeiend aantal huisartsen die zich onveilig voelden als zij 's nachts alleen op pad moesten. Helaas liggen de huisartsenposten onder vuur vanwege de vermeende mindere bereikbaarheid, klantvriendelijkheid en kwaliteit van zorg, en door de toegenomen kosten.

Ongetwijfeld zijn er verbeteringen mogelijk. Daarom gaat *In de praktijk* in een aantal artikelen in op de werkwijze in huisartsenposten, de ervaren knelpunten en de mogelijke oplossingen. Vorige maand vatten we de belangrijkste conclusies samen van het onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ditmaal kijken we naar het werk op de post zelf.

Alle hens aan dek

Vanwege de verwachte drukte op deze zaterdag na kerst zijn een extra assistente en huisarts opgeroepen, en blijft nog een huisarts stand-by voor als het al te druk wordt. Meer menskracht heeft geen zin want alle telefoontoestellen zijn bezet, net als de spreekkamers, de verrichtingenkamer en beide auto's.

Om 08.10 uur stappen we in de auto. Deze is zeer compleet uitgerust, met onder meer een defibrillator en een laptop die in verbinding staat met de computer op de post, zodat gegevens direct kunnen worden ingevoerd. We zijn naar een dorpje gestuurd ruim twintig kilometer van de dokterspost, waar een terminale patiënt zojuist is overleden. Het dorpje blijkt uit één hoofdstraat te bestaan, en tegenover de supermarkt is volgens het navigatiesysteem de 'bestemming bereikt'. Naast die supermarkt staan enkele nummerbordjes van achtergelegen boerderijen, waaronder het opgegeven nummer. Maar welke weg voert waarheen? Gelukkig stuurt een passant ons het goede pad op. De formaliteiten worden afgehandeld en in afwachting van de begrafenisondernemer nemen we het ziekteproces nog eens door. Het is de vraag of dit bij de rouwverwerking meerwaarde heeft, maar ook als waarnemer ben je gezinsarts. Veel tijd wordt ons echter niet gegeven, want we worden weer op pad gestuurd.

We gaan naar een verzorgingshuis waar twee patiënten benauwd zijn. De eerste patiënt is een krasse oude baas, die matig ziek in bed ligt met een luchtweginfectie. Het beloop kan bij hem worden afge-

wacht. De andere patiënt is een forse vrouw met diabetes mellitus, eerder doorgemaakte hartproblemen en een tiental medicijnen. Haar benauwdheid door decompensatie reageert goed op nitrospray en een injectie diuretica. Afsproken wordt dat de arts in de loop van de dag zal bellen om het effect te evalueren.

Ver boven snelheidslimiet

Dan gaat weer de telefoon. We worden met spoed tien kilometer verderop gestuurd. Het gaat om een patiënt met uitgezaaide longkanker, die benauwd was geworden en nu is gecollabeerd. Na aanmelding bij de centrale ambulancepost van een spoedrit, gaan de lampen aan en scheuren we ver boven de snelheidslimiet langs erg smalle weggetjes. De arts achterin wordt achter zijn laptop steeds bleker en draait ten slotte het raam maar wijd open. De patiënt is bij aankomst weer aanspreekbaar. Hij onderging enkele dagen tevoren in het ziekenhuis een ascitespunctie. De thuiszorg was deze ochtend onverrichter zake weggegaan, want de wasbeurt was een kwelling. Toen de patiënt daarna wilde gaan zitten, was hij gecollabeerd. Een groot, hard infiltraat in de linkerflank, waar ascitesvocht onderhuids was doorgesijpeld, maakte ademen zeer pijnlijk. Dit leidde tot benauwdheid, hypotensie en – mogelijk door prikkeling van het peritoneum – tot een vasovagale collaps. Er wordt een opname geregeld, maar gezien de drukte kan de ambulance pas over anderhalf uur ter plaatse zijn. Dus krijgt de patiënt een injectie morfine, die tijdens het schrijven van de verwijsbrief al wat lijkt aan te slaan. De situatie lijkt stabiel en we moeten helaas verder.

Weer op visite

Weer terug naar het verzorgingshuis. Een 78-jarige vrouw in een rolstoel is bang dat ze weer trombose heeft. Volgens het rapport is ze hiervoor al zes keer eerder opgenomen en nu heeft ze al een paar dagen koorts. 'Het voelt net als de vorige keren.' Het been is niet dik, de perifere pulsaties zijn goed, de test volgens Homan is dubieus positief en de antistolling lijkt met een INR van 2,5 goed ingesteld. De diagnose trombosebeen lijkt ver weg, maar het idee om het even aan te zien valt niet in goede aarde. Al eerder was haar trombose 'miskend'... Overleg met de internist volgt. Deze zal haar beoordelen en zo mogelijk weer naar het verzorgingshuis terugsturen. Dus wederom wordt – bij gebrek aan rolstoelvervoer op deze zaterdag – de ziekenauto ingezet. Ook deze patiënte moet dus nog even wachten.

Intussus is een visite aangevraagd voor een patiënt met benauwdheid en koorts: een man met COPD en een leverinsufficiëntie. Een week tevoren was hij nog bezocht wegens een griepachtig beeld. De inhalaties waren toen uitgebreid. De longen zijn ook na goed hoesten niet schoon, maar verder valt het wel mee. Zijn buik met de bekende ascites en een vergrote lever is soepel. Hij krijgt antibiotica

voorgeschreven, maar het voorstel om hier prednisolon aan toe te voegen wordt als een doodzonde weggewuifd: dit is verboden (?) door de specialist.*

Een laatste visite vlakbij de dokterspost is aan een Turks kind met koorts. De hele familie is ziek, dus kan men niet naar de post komen. Het kind heeft een bovenste luchtweginfectie, maar is niet erg ziek. De moeder ligt lijdelijk in bed in de huiskamer; de huidige geneeskunde kan niet meer voor haar doen dan uitleg geven over de ziekte en geduld aanraden. De wonderen waarop zij had gehoopt, kunnen wij helaas niet voor haar familie verrichten.

Wachtkamer te lijf

Terug op de dokterspost zit de wachtkamer vol. Na een snelle, late lunch gaan we nu met vier arts en de wachtkamer te lijf. Maar al snel moet een extra arts visites gaan rijden. Toen waren er nog drie...

Ook het middagspreekuur is zeer gevarieerd. Een zuigeling met hoge koorts die stilletjes op de schoot van zijn moeder zit te hijgen. Pneumonie? Maar er is ook een blazende luide soufflé precordiaal. Toch endocarditis? Hij wordt opgenomen op de kinderafdeling van het ziekenhuis.

Een zestigjarige man is een week tevoren uit het ziekenhuis ontslagen na een prostaatoperatie. Hij heeft sinds die ochtend niet meer geplast. De blaas is palpabel, de prostaat niet overmatig groot of pijnlijk. Deze voorzichtige massage doet de mictieaandrang toenemen en vanwege de drukte mag de patiënt bij uitzondering de personeels-wc gebruiken.

De 'omloopassistent' vraagt direct aandacht voor een zojuist binnengekomen man met pijn op de borst en benauwdheid. Klinisch een acuut coronair syndroom met decompensatie. We brengen een infuusnaald in om medicatie te kunnen toedienen. De pijn en benauwdheid nemen wat af en uiteindelijk kan de patiënt zelf op de brancard van de ambulance klimmen. De broeder wijst er wat mee-warig op dat de pleister van het infuus verkeerd om zit. Tja...

Het verzorgingshuis wordt teruggebeld over de patiënte met decompensatie van die ochtend. Het gaat veel beter, de extra diuretica doen hun werk.

Natuurlijk ontbreekt op zo'n dag niet een jonge vrouw met hyperventilatie. Ze komt langs omdat het niet uit te houden is. Ze heeft al wat oxazepam gebruikt zonder veel effect. Het gesprek duurt langer dan de gebruikelijke tien minuten, maar patiënte vertrekt gekalmeerd.

De balans opgemaakt

In zes uur elf visites. Zeker geen record, want de aanrijdtijd is vaak langer dan de contacttijd. We hebben ruim honderd kilometer afgelegd. In het middagspreekuur van drie uur is er nog eenzelfde aantal consulten. Bovendien moeten alle telefonische contacten van de assistentes geaccordeerd worden. Slechts een klein aantal patiënten moet worden teruggebeld. Vier patiënten zijn opgenomen, dus ongeveer 15 procent van de spreekuurcontacten en visites. Bij deze feestdagdienst zijn er totaal 149 telefonische contacten geweest (90 meer dan op een 'gewone' zaterdag), 26 visites gereden (10 meer

en 137 spreekuurbezoeken (50 meer). Het werkt dus echt wel!

De kwaliteit van de geleverde zorg is prima, met goed opgeleide assistentes en chauffeurs en met huisartsen van wie het merendeel ook de reguliere zorg verleent aan hun patiënten. De inrichting van de post en de auto's is goed. Gezien het grote aantal werkzame mensen is het wel zaak om overzicht te houden waar alles wordt opgeborgen. Een 'omloopassistent' is dan een uitkomst.

Knelpunten

Helaas zijn die er ook.

- De afstand die patiënt of arts moeten overbruggen is soms groot. Het gehanteerde criterium dat de arts binnen vijftien minuten bij de patiënt moet kunnen zijn, is dan ook vaak niet haalbaar.
- Gelukkig kan veel telefonisch worden afgehandeld, maar als dan toch een recept moet worden opgehaald, is er vaak slechts een dienstdoende apotheek vlakbij de huisartsenpost. In veel dorpen is er geen apotheek meer open voor spoedgevallen.
- Ondanks alle triageprotocollen bepaalt het inschattingsvermogen van de assistente hoe de klacht verder wordt afgehandeld: telefonisch, op het spreekuur, toch een visite, wel of geen spoed, en eventueel zelfs het direct inschakelen van de ambulance.
- Er is helaas geen toegang tot het huisartsinformatiesysteem met achtergrondinformatie over de patiënt, liefst met de correspondentie van de specialist. Aan dit knelpunt wordt hard gewerkt.
- Het grote patiëntenaanbod stelt hoge eisen aan de organisatie als geheel om de kwaliteit te handhaven onder toenemende tijdsdruk. Dat vergt veel van de assistentes, chauffeurs en huisartsen. Ook is het zaak om inzicht te hebben in het functioneren van waarnemers, met name als veel huisartsen zich door hen laten vervangen.
- Wat te doen met een huisarts die is aangesloten bij de huisartsenpost en die onder de maat zorg verleent? De kwaliteitscommissie van de huisartsenposten heeft dit als aandachtspunt op de agenda, hoewel het nog niet daadwerkelijk heeft gespeeld.

In een volgend nummer van *In de praktijk* wordt op de knelpunten nader ingegaan. (LB)

Met dank aan Jan Veerman, huisarts en bestuurslid CHP Almelo, voor zijn commentaar op dit artikel.

* Bij deze patiënt was het beloop als volgt. De zondag na de beschreven visite verloor hij bloed per anum. Een collega-waarnemer onderzocht de patiënt grondig en stelde onkundig van de voorgeschiedenis als diagnose coloncarcinoom met uitgebreide levermetastasen en ascites. Er was geen noodzaak voor spoedverwijzing, maar de berichtgeving op maandagmorgen was zeer ominous. Gelukkig was deze infauste diagnose niet aan de patiënt verteld. Overleg op maandag met de behandelend specialist leerde dat een eerder colononderzoek zonder afwijkingen was. Het bloedverlies herhaalde zich niet in de daaropvolgende weken. Bloedonderzoek bleef met een geringe verlaging van het hemoglobinegehalte stabiel tot de volgende controle bij de internist.