

Hoe urgent is de gepresenteerde morbiditeit op de Centrale Huisartsenpost?

Paul Giesen, Henk Mokkink, Gerard Ophey, Roeland Drijver, Richard Grol, Wil van den Bosch

Inleiding

Huisartsenzorg buiten kantoor tijd is bedoeld voor die hulpvragen die niet kunnen wachten tot de volgende dag; deze hulpvragen hebben daardoor een zeker spoedeisend karakter.¹

De vraag is of de werkelijkheid hiermee overeenstemt. Huisartsen in waarnemgroepen maken melding van een toenemend aantal niet-spoedeisende en als oneigenlijk beschouwde hulpvragen. Ook constateren ze dat de echte spoedeisende patiënten niet bij de huisarts terecht komen, maar bij de afdeling Spoedeisende

hulp van het ziekenhuis door zelfverwijzing of door het gebruik van het alarmnummer 112.^{2,3}

Inmiddels is het grootste deel van de Nederlandse huisartsen aangesloten bij een huisartsenpost. Wij weten maar weinig over de aard en urgentie van de aangeboden morbiditeit en de samenhang hiervan met patiëntkenmerken. Bovendien is niet bekend in hoeverre de mate van urgentie van de gepresenteerde klacht verschilt van de urgentie op basis van de diagnose.

Inzicht hierin kan nuttig zijn bij het zoeken naar een optimum tussen veiligheid en efficiëntie van de triage op de huisartsenpost,⁴⁻⁹ maar ook voor scholing, definiëring van het eigen takenpakket en afstemming met andere partijen in de spoedeisende zorg.³

Wij deden een explorerend onderzoek aan de hand van de volgende vraagstellingen:

- Wat is de urgentie van de gepresenteerde hulpvragen op de huisartsenpost en in hoeverre bestaan er verschillen in urgentie-inschatting op basis van de klacht- (S) en de diagnose- (E) regel?
- Welke zijn per urgentieklasse de meest voorkomende klachten en aandoeningen?
- Wat is de samenhang tussen de mate van urgentie en geslacht, leeftijd en het tijdstip waarop contact wordt gezocht met de huisartsenpost?

Samenvatting

Giesen PHJ, Mokkink HGA, Ophey G, Drijver CR, Grol RPTM, Van den Bosch WJHM. Hoe urgent is de gepresenteerde morbiditeit op de Centrale Huisartsenpost? *Huisarts Wet* 2005;48(5):207-10.

Doel Explorerend onderzoek naar de mate van urgentie en de aard van de hulpvragen waarmee patiënten bij een huisartsenpost komen.

Methoden Dwarsdoorsnedenonderzoek waarbij in de computer geregistreerde gegevens over patiëntencontacten van een huisartsenpost werden ingedeeld naar ICPC-code en mate van urgentie (U1-4).

Resultaten Van de 20.471 patiëntencontacten werd 0,7% van de gevallen als levensbedreigend (U1) en 76,9% als niet-urgent (U4) ingeschat. Indien er sprake was van urgente klachten (U1-3), dan bleek de urgentie zoals ingeschat op basis van de diagnose (E-regel) 29% lager uit te vallen dan de urgentie-inschatting op basis van de klacht (S-regel). Problemen in de hoogste urgentie categorieën werden vooral bepaald door hart-, luchtweg- en bewustzijnsstoornissen; bij de niet-urgente klachten ging het vooral om infecties en klachten van het bewegingsapparaat.

Conclusie Het aantal als urgent ingeschatte patiëntencontacten op deze huisartsenpost is klein. Het grootste deel van de klachten wordt als niet-urgent beoordeeld.

Werkwijze op de huisartsenpost

- Telefonische triage en advies vindt plaats door assistentes.
- Deze assistente handelt de telefoontjes zelf af, consulteert de superviserende telefoonarts of draagt het consult aan haar over.⁴
- De assistente registreert tijdens het telefoongesprek de informatie uit de intake meteen op de S-regel (klacht). Het gaat dan om gegevens over de actuele klacht, voorgeschiedenis, duur en beloop van de klacht en ook gevoelens zoals angst en pijn.
- Deze informatie wordt indien van toepassing, aangevuld door informatie van de telefoon-, consult- of visitearts.
- Alle velden van het SOEP-systeem in het elektronisch patiëntendossier moeten worden ingevuld voordat een contact kan worden afgesloten.
- De assistente controleert alle contacten op compleetheid en correctheid, waarna fiattering plaatsvindt door de telefoon-, consult- of visitearts. Na fiattering verstuurt zij het dienstbericht langs elektronische weg naar de eigen huisarts van de patiënt.

UMC St. Radboud Nijmegen, Kenniscentrum Huisartsenposten en Spoedeisende Zorg, Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK)/Voortgezette Opleiding tot Huisarts (VOHA), Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: P.H.J. Giesen, huisarts-onderzoeker; H.G.A. Mokkink, methodoloog; G. Ophey, arts; prof. dr. R.P.T.M. Grol, hoogleraar Kwaliteit van Zorg; prof. dr. W.J.H.M. van den Bosch, hoogleraar huisartsgeneeskunde; NHG, Utrecht: C.R. Drijver, des-tijds beleidsmedewerker.

Correspondentie: P.Giesen@voha.umcn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Methode

Het ging om een explorerend dwarsdoorsnedenonderzoek, waarbij computerregistraties van patiëntencontacten werden geanalyseerd.

Populatie

Het onderzoeksmateriaal bestond uit patiëntencontactregistraties uit de periode 1 januari 2002 tot 1 juli 2002 van de Coöperatieve Huisartsdienst Nijmegen (CHN).^{2,4} Het ging hierbij om een totale populatie van 132.000 patiënten van 80 Nijmeegse huisartsen. De contactregistraties bevatten telefonische consulten, consulten en visites. Alle contactregistraties van administratieve aard, zoals het doorgeven van berichten van derden sloten we uit.

Onderzoeksopzet

Vijf co-assistenten werden getraind in het ICPC-coderen en in het toepassen van de vier urgentieklassen zoals gehanteerd in de NHG-Telefoonwijzer.¹⁰

De co-assistenten en een begeleidende huisarts beoordeelden de patiëntencontactregistraties uit het onderzoeksbestand en bespraken twijfelsituaties. Bij het scoren van de urgentie op basis van de S-regel vond 'blinding' plaats van de tekst op de E-regel.

Om de betrouwbaarheid van het scoren op urgentie te meten scoorden huisarts en co-assistenten onafhankelijk van elkaar 1200 geregistreerde patiëntencontacten. Deze interbeoordeeltest leverde een kappa op van 0,54 op klachtniveau (S) en 0,6 op diagnosesniveau (E). Bij analyse van de scores bleken de verschillen tussen de co-assistenten onderling klein te zijn (0,70 op de S- en 0,82 op de E-regel), maar tussen de co-assistenten en de huisarts waren deze groter: de huisarts beoordeelde situaties over het geheel genomen als minder urgent.

Urgentieklassen

Levensbedreigend (U1). Het gaat om klachten waarbij de vitale functies in gevaar zijn. De assistente informeert de huisarts terstond. Deze onderbreekt onmiddellijk het werk en gaat zo snel mogelijk naar de patiënt. Eventueel wordt de ambulancedienst tegelijkertijd gewaarschuwd.

Spoed (U2). Bij deze klachten bestaat er een reële kans dat de toestand van de patiënt op korte termijn verslechtert met risico op uitval van vitale functies. De assistente informeert de huisarts meteen. Deze ziet de patiënt zo snel mogelijk, uiterlijk binnen een uur.

Dringend (U3). Tijd speelt een potentieel negatieve rol om medische of emotionele redenen. De patiënt wordt binnen enkele uren beoordeeld.

Routine (U4). Hulpvraag zonder tijdsdruk. De assistente regelt een afspraak met de huisarts of geeft zelf voorlichting en advies.

Wat is bekend?

- ▶ Huisartsenzorg buiten kantoor tijd is bedoeld voor die hulpvragen die niet kunnen wachten tot de volgende dag. Deze hulpvragen zijn daardoor in zekere mate spoedeisend.
- ▶ De aard en urgentie van de aangeboden morbiditeit op huisartsenposten is grotendeels onbekend.

Wat is nieuw?

- ▶ Bij ongeveer een kwart van de hulpvragen waarmee patiënten naar huisartsenposten komen, was er sprake van enige urgentie. Levensbedreigende spoed (U1) komt voor in 0,7% van de gevallen.
- ▶ Bij urgente klachten (U1-3) bleek de mate van urgentie op basis van de diagnose (E-regel) 29% lager uit te vallen dan de inschatting op basis van de klacht (S-regel).
- ▶ Niet-urgente problemen kwamen vooral voor bij kinderen onder de 5 jaar en in het weekend overdag.
- ▶ Problemen in de hoogste urgentiecategorieën werden vooral bepaald door hart-, luchtweg- en bewustzijnsstoornissen.
- ▶ Bij niet-urgente klachten ging het vooral om infecties en klachten van het bewegingsapparaat.

Variabelen

De volgende variabelen werden vastgelegd:

- ICPC-code op basis van de diagnose (E-regel);
- urgentiebepaling op basis van de klacht (S-regel) en op basis van de diagnose (E-regel). Deze urgentie werd ingedeeld in vier klassen (zie *kader*).¹⁰

Per contactregistratie werden de volgende, door de computer gegenereerde gegevens vastgelegd:

- geslacht van de patiënt,
- leeftijd van de patiënt in categorieën (0-4, 5-14, 15-24, 25-44, 45-64, 65-74 en >75 jaar)
- moment van de week: 7 avonden van 17.00-24.00 uur, 7 nachten van 24.00-08.00 uur en 2 keer weekend overdag van 08.00-17.00 uur.

Analyse

We berekenen de frequentie van U1 tot en met U4 op basis van de klacht (S) en de diagnose (E) over de totale onderzoekspopulatie. Per urgentie categorie stelden we de top 5 samen van de meest voorkomende clusters van bij elkaar horende ICPC-codes. Voor elke urgentie categorie berekenen we per leeftijdscategorie en per geslachtscategorie het aantal contacten per 1000 patiënten per jaar, met daarnaast ook een uitsplitsing in urgentie categorie. Hierbij werd de leeftijd- en geslachtsverdeling van de gemeente Nijmegen (n=156.308) toegepast op de adherente populatie van de CHN (132.000 patiënten).

Ten slotte berekenen we het aantal contacten per uur naar urgentie categorie en naar tijdstip. Dit drukten we uit in het aantal contacten per uur vanwege de verschillende lengte van de avond-, nacht- en weekenddienst.

Resultaten

In totaal werden 20.475 patiëntencontacten geanalyseerd.

Mate van urgentie

Wanneer we uitgaan van de klacht van de patiënt (S-regel), kwam de hoogste urgentie (U1) voor in 0,76% van alle contacten. Bij 23,1% van de gevallen ging het om hulpvragen met een min of meer urgent karakter (U1 tot en met U3). Bij 76,9% contacten was er geen sprake van urgentie (U4).

In 29% van de gevallen met urgentie (U1 tot en met U3) op basis van de S-regel (n=4726) was de urgentieclassificatie volgens de E-regel lager (n=3352)

Meest voorkomende klachten en aandoeningen

Bij indeling van de hulpvragen op basis van de diagnose (E-regel) vonden we in de hoogste urgentiecategorieën U1-2 vooral problemen op het gebied van hart, luchtwegen en bewustzijn. U1 bestond voor meer dan de helft uit problemen van het hart.

Bij de lagere urgenties werd de top 5 bepaald door infecties, problemen met het bewegingsapparaat en de huid (tabel 2).

Aantal contacten per jaar per 1000 patiënten naar leeftijd en geslacht

Vrouwen hadden naar verhouding meer contacten dan mannen,

Tabel 1 Frequentieverdeling over urgentieclassen op grond van klacht (S) en diagnose (E)

Urgentie	klachten (S)		diagnose (E)	
	n	%	n	%
U1	145	0,7	116	0,6
U2	982	4,8	665	3,2
U3	3599	17,6	2571	12,5
U4	15.745	76,9	17.119	83,7
Totaal	20.471	100	20.471	100

U1 = levensbedreigend; U2 = spoed; U3 = dringend; U4 = routine

behalve in de categorie U1 waarin de verhouding omgekeerd was (tabel 3).

De levensbedreigende klachten (U1) kwamen bij patiënten onder 45 jaar nauwelijks voor; daarboven zien we een sterke toename met de leeftijd.

Het aantal U4-contacten ligt bij de 0-4-jarigen ruim viermaal hoger dan in de andere leeftijdscategorieën.

Aantal contacten per uur naar tijdstip

Gemiddeld werd er zes keer per uur gebeld (tabel 4). Tijdens de weekenden overdag liep dit op naar ongeveer veertien keer per uur.

Patiënten kwamen overdag tijdens de weekenden heel vaak met niet-spoedeisende problemen (U4) naar de huisartsenpost. Zeer urgente problemen (U1) werden gemiddeld 1 keer in 28 uur aangeboden. 's Nachts was het aandeel urgente problemen (U1-3) het hoogst (25%) en in het weekend overdag (14%) het laagst.

Beschouwing

Minder dan 1% van de gepresenteerde hulpvragen werd als levensbedreigend (U1) beoordeeld. Driekwart van alle klachten werd ingeschat als een niet-spoedeisend probleem (U4).

Bij 30% van de als urgent ingeschatte klachten werd de urgentie op basis van de diagnose lager ingeschat dan de urgentie op basis van de klacht. Met andere woorden: achteraf gezien leek de mate van urgentie dus mee te vallen.

Zoals te verwachten worden de problemen in de hoogste urgentiecategorieën meestal toegeschreven aan het hart en in mindere mate aan de luchtwegen. Bij de niet-spoedeisende problemen (U4) ging het vooral om klachten die vanzelf overgaan, en dan met name om infecties van de luchtwegen en klachten van het maag-darmstelsel, urinewegen en het bewegingsapparaat. Trauma's kwamen relatief weinig voor. Dit beeld komt overeen met gegevens uit de literatuur.¹¹

Tabel 2 Top 5 van klachten en aandoeningen per urgentiecategorie op basis van de E-regel

Clusters klachten en aandoeningen met meest voorkomende ICD-codes in afnemende frequentie		Top 5 per urgentiecategorie (%)
U1		
1	Mogelijk hartproblemen (levensbedreigend): K75, K01, K74, K90, K02, K78, K99, K03	55
2	Bewustzijnsverlies: A07, A06, T87, N07	17
3	Acute dood: A96	6
4	Luchtwegobstructie: R75, R24, R02, R98	5
5	CVA: K90	5
U2		
1	Mogelijke hartproblemen (niet-levensbedreigend): K01, K74, K77, L04, K75, K02, K78, K04-K06, K79	40
2	Heftig kortademig: R95, R02, R96, R81, R98, R78, R06, R84	26
3	Flauwvallen/bewustzijnsdaling: A07, A06, N88, N07	6
4	Maag/darmproblemen, mogelijk acute buik: D06, D01, D02, D99, D73, D98	4
5	Hypoglykemie	3
U3		
1	Infecties (lage)luchtwegen, kortademigheid: R81, R02, R74, R04, R95, R96, R78, R76, R01, R06	20
2	Buikpijn/infecties: D06, D01, D73, D10, D02, D88, D98	11
3	Trauma (fracturen, distorsie, luxatie): L81, L77, L74, L76, L80, L79	7
4	Wonden (beet-, snij-, brandwond): S18, S14, S13	7
5	Heftige pijn bewegingsapparaat: L09, L14, L12, L17, L02, L13, L18	4
U4		
1	Infecties (luchtwegen, huid, urinewegen, maag/darm): A03, U71, R74, D73, A77, R05, H71, R21, F70, R98, S11, R75, A72, R80, S76, S09, R78, S70, S84	30
2	Klachten bewegingsapparaat: L03, L14, L81, L04, L01, L02, L15, L17, L08, L18, L09, L77, L12, L13, L92, L79, L05, L16, L11, L07	10
3	Trauma huid: S18, S13, S14, S12, S17	4
4	Mogelijke complicaties of bijwerkingen: A87, A85, A84, A86	3
5	Hoofdpijn en duizeligheid: N01, N89, N17	3

Tabel 3 Aantal contacten per jaar per 1000 inwoners, naar geslacht en leeftijd en naar urgentieklasse op basis van de S-regel

Urgentieklasse	U1	U2	U3	U4	Totaal
<i>Geslacht:</i>					
- vrouwen (n=68.522)	1,8	16,3	55,7	250,2	323,9
- mannen (n=63.478)	2,7	13,4	53,3	191,7	261,1
<i>Leeftijd:</i>					
- 0-4 jaar (n=7303)	0,8	9,9	116,9	817,2	944,8
- 5-14 jaar (n=13.350)	0,1	3,6	50,6	232,2	286,6
- 15-24 jaar (n=19.776)	0,9	2,8	24,2	152,2	180,1
- 25-44 jaar (n=43.453)	0,5	5,2	37,8	190,0	233,5
- 45-64 jaar (n=30.915)	3,3	16,0	45,4	166,7	231,3
- 65-74 jaar (n=9375)	6,6	33,1	73,2	164,7	277,6
- >75 jaar (n=7828)	10,2	96,3	186,8	292,0	585,4
Totaal (n=132.000)	2,2	14,9	54,5	222,1	293,7

Tabel 4 Aantal contacten per uur, naar tijdstip en urgentieklasse op basis van de S-regel

Urgentieklasse / dagdeel	U1	U2	U3	U4	Totaal
Nacht (00.00-08.00 uur) (n=1629 uren)	0,04	0,18	0,4	1,23	1839
Weekend overdag (08.00-17.00 uur) (n=513 uren)	0,05	0,45	2,29	11	13.712
Avond (17.00-24.00 uur) (n=1086 uren)	0,06	0,42	1,63	6,5	8614
Totaal aantal patiënten per uur (n=3228 uren)	0,05	0,30	1,12	4,54	6005

Bij de verdeling van urgentie naar leeftijd zien we dat levensbedreigende klachten (U1) bij patiënten onder 45 jaar nauwelijks voorkomen; boven deze leeftijdsgrens nemen de klachten sterk met de leeftijd toe. Veruit het grootste aantal niet-urgente contacten (U4) vinden we bij de 0-4-jarigen.

Niet alleen het grootste aantal contacten, maar ook het grootste aantal niet-urgente problemen treffen we in het weekend overdag aan.

Het totale aantal gepresenteerde klachten dat werd beoordeeld als min of meer urgent (U1-3) komt redelijk overeen met gegevens uit de *Nationale Studie* in 1987 waarbij huisartsen ongeveer 15% van de visites buiten kantoor tijd als spoed omschrijven.¹² Deze lage spoedfrequentie kan wellicht deels verklaard worden door doordat patiënten met 'echte spoed' niet bij de huisarts terechtkomen maar bij de afdelingen Spoedeisende Hulp door zelfverwijzing of door het alarmnummer 112 te bellen.

De stelling dat huisartsenzorg buiten kantoor tijd in principe alleen bestemd is voor spoedgevallen, staat dan ook op gespannen voet met de werkelijkheid die uit deze cijfers naar voren komt. In tegenstelling tot de inschatting van de patiënt, zou vanuit medisch perspectief een substantieel deel van de populatie kunnen wachten tot het spreekuur van de eigen huisarts of genoeg geholpen kunnen worden met een zelfzorgadvies.

Dat een hulpvraag medisch gezien niet urgent is, wil niet zeggen dat deze hulpvraag niet terecht is. Er is waarschijnlijk een grote groep patiënten die om volkomen invoelbare redenen van ongerustheid, ervaren last of gebrek aan kennis over de klacht niet wil wachten. Het is dan aan de hulpverlener om de patiënt gerust te stellen en voor te lichten over de aard van het probleem en samen met de patiënt te bepalen wat er moet gebeuren.

Beperkingen

Ons onderzoek kent een aantal beperkingen. Hoewel het een groot aantal patiëntencontacten omvat, zijn deze afkomstig uit één huisartsenpost en dus niet zonder meer representatief voor de rest van Nederland. De urgentiebepaling werd uitgevoerd op basis van de contactregistraties. Niet-geregistreerde emotionele aspecten zoals angst of paniek konden niet meegewogen worden in de urgentiebepaling. De interbeoordelaarstest geeft een matige overeenstemming aan tussen de co-assistenten en de huisarts, waarbij de co-assistenten over het algemeen een hogere urgentie-inschatting gaven dan de ervaren huisarts. Mogelijk is hierdoor de urgentie van de klachten iets overschat.

Verder onderzoek zou zich volgens ons vooral moeten richten op de veiligheid van de triage; door de huidige trend in de richting van efficiënte zorg zou die wel eens in het gedrang kunnen komen.⁵ Het is namelijk de vraag of assistentes in staat zijn de zelden voorkomende urgente hulpvragen te destilleren uit het totale aanbod aan hulpvragen, waarvan de meeste niet urgent zijn.

Omdat huisartsenposten steeds meer met afdelingen Spoedeisende Hulp gaan samenwerken, is het interessant om de respectieve patiëntenpopulaties in onderzoek met elkaar te vergelijken.³

Literatuur

- 1 Sips AJBI, Tielens VCL, Van der Voort JPM. NHG-Standaard Bereikbaarheid en beschikbaarheid. Huisarts Wet 1989;32:219.
- 2 Giesen P, Hiemstra N, Mokkink H, De Haan J, Grol R. De centrale huisartsenpost: Het perspectief van de huisarts belicht. Med Contact 2002;57:1657-61.
- 3 Giesen P, Fraanje W, Klomp M. De rammelende keten afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst. Med Contact 2003;58:1810-12.
- 4 Busser G, Giesen P. Een spin in het web: de telefoonarts, een nieuwe functie in de grootschalige huisartsenpost. Med Contact 2002;57:1353-5.
- 5 Giesen P, Wilden-van Lier E, Schers H, Schreuder J, Busser G. Telefonisch advies en triage tijdens de dienst. Huisarts Wet 2002;45:299-302.
- 6 Jones K, Gilbert P, Little J, Wilkinson K. Nurse triage for house call requests in a Tyneside general practitioner views and effect on doctor workload. Br J Gen Pract 1998;48:1613-4.
- 7 Gallagher M, Huddart T, Henderson B. Telephone triage of acute illness by a practice nurse in general practice: outcome of care. Br J Gen Pract 1998;48:1436.
- 8 Richards DA, Meakins J, Tawfik J, Godfrey L, Dutton E, Richardson G, Russell D. Nurse telephone triage for same day appointments in general practice: multiple interrupted time series trial of effect on workload and costs. BMJ 2002;325:1214.
- 9 Lattimer V, Sassi F, George S, Moore M, Turnbull J, Mullee M, Smith H. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. BMJ 2000;320:1053-7.
- 10 NHG. NHG-Telefoonwijzer. Een leidraad voor triage en advies. Utrecht: NHG, 2002.
- 11 IJzermans CJ, Mentink S, Klaphake L, Van Grieken J, Bindels P. Contacten buiten kantooruren: klachten gepresenteerd aan de huisartsen aan de Spoedeisende Hulp. Ned Tijdschr Geneesk 2002;146:1413-7.
- 12 De Bakker DH, Schellevis FG, Westert GP, Schuller-Punt R. Spoedvisites in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1999;42:199-204.