

# Acute geneeskunde in de huisartspraktijk

HM PIETERS

## Inleiding

Het domein van de huisartsgeneeskunde is over het algemeen goed afgebakend, maar met betrekking tot de acute geneeskunde is de situatie onduidelijk. Huisartsen, ambulanceverpleegkundigen, poort/EHBO-artsen in ziekenhuizen en specialisten hebben ieder hun eigen ideeën over spoedeisende zorg, er baseren hun handelen op eigen protocollen; onderlinge afstemming tussen de diverse disciplines is ver te zoeken.

Het lijkt zinvol om na te gaan wat in de afgelopen jaren is gepubliceerd over de domeinafbakening op dit terrein en over de samenwerking tussen de diverse disciplines. In het kader van dit artikel heb ik verder een drietal protocollen naast elkaar gelegd en beoordeeld op transmurale afspraken:

- de Toelichting Landelijk Protocol Ambulancezorg 2000;<sup>1</sup>
- het Onderwijsprogramma Reanimatie van de afdeling huisartsopleiding te Utrecht;<sup>2</sup>
- de Protocollen artsassistenten van het Beatrix Ziekenhuis in Gorkum.<sup>3</sup>

## Spoeedgevallen bij huisarts en EHBO

*Smit* – de eerste die zich in Nederland intensief bezighield met dit onderwerp – gebruikt als criterium voor een spoedgeval: ieder verzoek om spoedige hulp waarin de arts aanleiding ziet het werk waarmee hij bezig is te onderbreken, om op korte termijn de gevraagde hulp te verlenen.<sup>4</sup> *IJzermans et al.* verstaan onder acuut of spoedeisend: kan niet wachten tot de volgende ochtend, c.q. het volgende, reguliere huisartsenspreekuur.<sup>5</sup>

De huisarts is de meest aangewezen hulpverlener om te beoordelen of er objectief sprake is van medische urgentie. Daarnaast dient de huisarts rekening te houden met het perspectief van de patiënt. De patiënt beoordeelt de urgentie van een situatie aan de hand van direct waarneembare klachten, symptomen en verschijnselen; zijn oordeel zal vaak worden gekleurd

## Samenvatting

Pieters HM. Acute geneeskunde in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 2000; 43(12):499-501.

**Inleiding** Het klinische domein van de huisartsgeneeskunde is over het algemeen goed afgebakend, maar ten aanzien van de acute geneeskunde bestaan veel onduidelijkheden.

**Methode** Nagegaan is wat in Nederland is geschreven over dit onderwerp in de afgelopen jaren. Daarnaast zijn enkele protocollen onderzocht op afspraken over de rol van de verschillende partijen die bij de acute geneeskunde zijn betrokken.

**Resultaten** Afspraken over de domeinafbakening van de verschillende partijen zijn niet te vinden, en van onderlinge afstemming blijkt geen sprake.

**Conclusie** Het wordt tijd dat duidelijk wordt of de huisarts nog een rol wil en kan spelen bij de acute geneeskunde, en zo ja, op welke manier dat dan zou moeten gebeuren.

dr. H.M. Pieters, huisarts, hoofd huisartsopleiding Julius Centrum voor huisartsgeneeskunde en patiëntgebonden onderzoek Universitair Medisch Centrum Utrecht.

door emoties. De beleving van de patiënt en de observatie van de huisarts kunnen dan ook uiteenlopen.

Recente cijfers over spoedgevallen in de huisartspraktijk zijn er niet. Ruim tien jaar geleden deden zich in een normpraktijk van 2350 patiënten zo'n twee spoedgevallen per week voor. Ongeveer de helft van de spoedvisites viel buiten kantooruren. Veel voorkomende diagnoses waren myocardinfarct, decompensatio cordis, angina pectoris, cerebrovasculair accident, hyperventilatie, astma/acute bronchitis en infectie van het maag-darmkanaal. Vaak was er sprake van beelden waarbij angst op de voorgrond stond en alleen geruststelling voldoende was.<sup>6</sup>

Op de afdeling spoedeisende hulp heeft het merendeel van de acute hulpvragen betrekking op een ongeval.<sup>7</sup> Van de acute opnamen was in 80 procent van de gevallen een acute ziekte de reden.

Grofweg zou je kunnen zeggen dat de eerstehulparts de trauma's behandelt en de huisarts infecties en andere acute somatische klachten.

## Preklinische spoedeisende hulpverlening

In het verleden was de ambulance een hulpmiddel van de huisarts. De taakomschrijving van het ambulancevervoer was: het op medische indicatie vervoeren van liggende patiënten naar erkende intramurale gezondheidsinstellingen. Met de invoering van de raamwet Ambulancevervoer (1971) en het landelijke alarmnummer (06-11, later 112) is de situatie aanzienlijk veranderd. Het ambulancevervoer door de plaatselijke taxiondernemer evolueerde tot ambulancehulpverlening en de nadruk kwam te liggen op het verrichten van verpleegkundige en medische handelingen. Zo ontstond er behoefte aan standaardisatie van de werkzaamheden en het opstellen van hulpverleningsprotocollen.

Volgens het Basistakenpakket behoort het tot de taken van de huisarts om:

- een ernstige stoornis in het somatisch/geestelijk functioneren te diagnosticeren en voorlopig te behandelen;
- eerste hulp bij ongevallen te bieden, zowel binnen als buiten het praktijkgebouw;
- open te staan voor aanvragen tot het verlenen van acute hulp.

In deze passage wordt geen rekening gehouden met de rol die ambulancehulpverlening en eerstehulpverlening van ziekenhuizen inmiddels spelen.

Het spanningsveld tussen huisartsen en ambulancehulpverleners kan worden geïllustreerd met enkele citaten uit een enquête uit 1992:<sup>8</sup>

• *Huisartsen*: 'De houding van ambulance personeel is autoritair en indrukwekkend, eigenwijs en denigrerend.' 'Ze zijn

niet geïnteresseerd in de mening van de huisarts, ze luisteren niet en gaan meteen zelf huisartsje spelen.'

• *Ambulanceverpleegkundigen*: 'zo snel mogelijk inladen en wegwezen, dan kan er ook niets mis gaan waar de huisarts bij is.' 'Soms tref je de huisarts bij een spoedgeval niet eens meer aan, die is dan zeker vertrokken naar een geval waar hij wel raad mee weet.'

Dit spanningsveld vindt waarschijnlijk zijn oorsprong in het ontbreken van afspraken over wie wat doet in de acute zorg. Daardoor heeft de ambulanceverpleegkundige geleidelijk aan het gehele gebied van de preklinische spoedeisende hulp kunnen annexeren. Bovendien heeft niet iedere huisarts evenveel affiniteit met de spoedeisende hulpverlening en zijn er grote verschillen in ervaring en kwaliteit van de geleverde zorg.

### Algemene richtlijnen

In het voorwoord van het landelijk Protocol Ambulancezorg wordt de huisarts niet genoemd. Bij de bespreking van de uitgangspunten bij de protocollen wordt gesteld dat de ambulancemedewerker de grenzen moet kennen van zijn of haar kunnen. De beroepsbeoefenaar moet een adequate inschatting kunnen maken wanneer een tweede ambulance of het mobiel medisch team moet worden ingezet. Er wordt niet gesproken over de mogelijkheden van inzet of betrokkenheid van een huisarts. In het hoofdstuk 'Algemeen' wordt gesteld dat het Pre Hospital Trauma Life Support (PHTLS) een veilige, snelle en betrouwbare methode is voor de behandeling van met name ongevalspatiënten en ook voor niet-traumapatiënten.

Het lijkt wat kort door de bocht om dit zo te stellen. Bij de benadering van de patiënt in het kader van de PHTLS wordt uitgegaan van symptomen en slechts indirect van oorzaken of ziektebeelden. De huisarts kan, met name bij ernstig zieke patiënten, een werkhypothese en soms al diagnose stellen, die verder gaat dan alleen het inventariseren van symptomen, en

richtinggevend kan zijn voor een optimale aanvangstherapie.

Op bladzijde 20 van de toelichting bij het protocol wordt de huisarts voor het eerst genoemd: daar gaat het om de bepaling van de wilsonbekwaamheid van patiënten en het besluit tot het doen van gedwongen medische verrichtingen.

De Nederlandse huisartsopleidingen kennen geen landelijk protocol voor spoedgevallen. Spoedgevallen komen aan de orde als onderdeel bij bijvoorbeeld cardiale of pulmonale aandoeningen.

In de huisartsopleiding te Utrecht komen bij de algemene richtlijnen ten aanzien van reanimatie diverse onderwerpen aan de orde die ontbreken in de algemene richtlijnen voor ambulanceverpleegkundigen. In de eerste plaats wordt er gesproken over angsten, ervaringen en associaties en gedachten van haio's over reanimatie. Vervolgens gaat het over de rol die een haio heeft bij de reanimatie en de verhouding tot de ervaren EHBO-verpleegkundige. Leiding nemen en *basic life support* overlaten aan verpleegkundigen, zodat je als arts de handen en hersens vrij hebt en overzicht houdt. En dan gaat het over de beslisbomen zoals deze zijn gepresenteerd door *Koster et al.*<sup>9</sup> en hoe deze zich verhouden tot de reanimatieprotocollen in de ziekenhuizen waarmee wordt samengewerkt in de opleiding. Dan komt de vraag wanneer beginnen en wanneer stoppen met reanimatie, de etiologie van de hartstilstand en de prognose van reanimatie.<sup>10</sup> Naast de medisch technische overwegingen komen hierbij ook de ethische overwegingen aan de orde.<sup>11</sup> Als laatste punt wordt de afhandeling van de reanimatieprocedure besproken met een evaluatie met de betrokkenen.

In de algemene richtlijnen van de ziekenhuisprotocollen wordt vooral ingegaan op procedures en verantwoordelijkheden: wanneer en hoe moet een specialist worden geraadpleegd, en hoe te handelen bij calamiteiten? Ook zijn er duidelijke afspraken over wie de leiding heeft bij aankomst reanimatieteam: leiding bij cardioloog, bij afwezigheid de anesthesioloog,

bij diens afwezigheid de arts-assistent en bij diens afwezigheid de ICU/CCU-verpleegkundige.

### Specifieke richtlijnen

Het vrij maken van de ademweg (de A – Airway – van het ABC van de spoedhulpverlening) is geen punt van discussie; de handelingen spreken voor zichzelf en kunnen worden uitgevoerd door de disciplines op alle drie niveaus:

- thuis: huisarts, ambulanceverpleegkundige;
- onderweg: ambulanceverpleegkundige;
- ziekenhuis: poortarts, specialist.

Bij de letter B (Breathing) wordt onder het kopje dyspnoe duidelijk dat de huisarts een aanvullende expertise heeft ten opzichte van de ambulanceverpleegkundige. Er wordt gesteld dat kortademigheid een gevolg kan zijn van zowel long- als hartaandoeningen. Het is noodzakelijk, hoewel moeilijk, onderscheid te maken tussen astma cardiale en astma bronchiale c.q. exacerbatie van COPD. Zonder verder in te gaan op de desbetreffende tekst lijkt het dat een huisarts in dit soort situaties een toegevoegde waarde kan hebben, zelfs zodanig dat de patiënt niet eens aan de EHBO van een ziekenhuis behoeft te worden aangeboden.

Bij de circulatieproblemen (onder de letter C van het ABC) kan de huisarts ook een duidelijke toegevoegde waarde hebben. Zo kan het beginnen met reanimatie tijdwinst opleveren; bovendien heeft de aanwezigheid van een arts een toegevoegde waarde als extra hand bij de uitvoering van de reanimatie. Bij een anafylactische shock is een (huis)arts een haast onmisbare schakel voor de toediening en keuze van de diverse medicatie.

### Beschouwing

De huisarts wordt gemiddeld twee keer per week geconfronteerd met een spoedgeval; gezien deze frequentie bestaat zeker op een aantal terreinen voldoende kennis en expertise. De afbakening met de

ambulancehulpverlening is echter slecht geregeld. In het huidige landelijke protocol heeft de huisarts alleen een rol bij de beoordeling van psychische problematiek; een rol in het continuüm van acute somatische ziekte thuis tot de opname en behandeling in een ziekenhuis lijkt voor hem niet weggelegd.

Het lijkt erop dat de ambulanceverpleegkundige de taak krijgt van een arts voor *emergency medicine*. In Nederland kennen wij het specialisme *emergency medicine* niet. Als er een goede triage in de eerste lijn plaatsvindt door huisartsen, kan de patiënt worden aangeboden aan een chirurg, cardioloog, longarts of internist, en is er geen behoefte aan een emergency-arts, althans voor de acute ziekten. Er zou winst gehaald kunnen worden als huisartsen en ambulanceverpleegkundigen bij een acute ziekte meer gezamenlijk gaan opereren.

Al met al zou ik het domein van de huisartsgeneeskunde binnen de acute geneeskunde als volgt willen omschrijven.

- De huisarts blijft een rol spelen bij de opvang van spoedeisende patiënten.
- De huisarts diagnosticeert in termen

van waarschijnlijkheid wat er aan de hand is. Het stellen van een waarschijnlijkheidsdiagnose (het formuleren van een medisch probleem) is een specifieke deskundigheid van een huisarts, gebaseerd op kennis van de epidemiologie, routine, patroonherkenning, klinisch denken, en het vermogen om de ernst van de situatie in te schatten.

- De huisarts geeft een eerste aanzet voor behandeling volgens de geldende protocollen.
- Het gebruik van geavanceerde apparatuur blijft voorbehouden aan de ambulanceverpleegkundige, behalve als de huisarts zelf beschikt over deze apparatuur en over de benodigde deskundigheid.
- Voor hulpverlening op straat en in grote gebouwen is de ambulanceverpleegkundige de eerst aangewezen om een triage te doen en te beginnen met de behandeling volgens protocol.
- Indien bij een gebeurtenis op straat of in een groot gebouw niet direct sprake is van een levensbedreigende situatie of een situatie die een opname rechtvaardigt, wordt de patiënt aangeboden op de huisartspraktijk.

#### Literatuur

- 1 Hartman JAM, Lichtveld RA, Van Stiphout ThAGW, Ten Wolde WLM, redactie. Toelichting Landelijk Protocol Ambulancezorg. Vijfde druk. Nederlands Ambulance instituut, 2000.
- 2 Zwart DLM. Onderwijsprogramma reanimatie. Utrecht: Huisartsopleiding, Utrecht, 2000.
- 3 Protocollen arts assistenten. Gorkum: Stichting Zorgvoorziening Gorinchem locatie Beatrix Ziekenhuis, 1996.
- 4 Smit PTh Spoedgevallen in een huisartspraktijk. Vierde druk: Utrecht: Bohn Stafleu Van Loghum, 1986.
- 5 IJzermans CJ, Mentink S. Zorg voor acute klachten in de diensturen: een oriëntatie. *Bijblijven* 1999;15(3):14-20.
- 6 De Bakker DH, Schellevis FG, Westert GP, Schuller-Punt R. Spoedvisistes in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1999;42:199-204.
- 7 Rutten FLPA. De rol van de huisarts bij spoedeisende hulp. *Tijdschr voor Huisartsgeneeskunde* 1999;17:151-5.
- 8 Teijink JAW, et al. De rol van de huisarts in de preklinische spoedeisende hulpverlening. *Toekomst. Med Contact* 1992;47:207-8.
- 9 Koster RW, Bossaert L, Monsieurs K. Secundaire reanimatiehandelingen: de richtlijnen van de Europese Reanimatieraad 1992. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995;139:776-83.
- 10 Meursing BTJ, Van Kesteren RG. Reanimatie. Utrecht: Bunge, 1997.
- 11 Dupuis HM. Op het scherp van de snede, goed en kwaad in de geneeskunde. Derde druk. Amsterdam: Balans, 1998.