

Een experiment in Almere (13)

EHBO: de mening van de patiënt

Drie partijen houden zich op professionele basis bezig met eerste hulp bij ongelukken (EHBO): de huisarts, de eerste-hulpafdeling van het ziekenhuis, en de ambulancedienst. EHBO is, hoewel behorend tot het basistakenpakket, voor de huisarts een perifere bezigheid die hoge eisen stelt aan de bereikbaarheid en relatief weinig oplevert. Voor ziekenfondspatiënten die tot de eigen praktijk behoren of die binnen de waarnemingsregeling vallen is de vergoeding voor eerste hulp opgenomen in het abonnementshonorarium van de huisarts. Voor particuliere patiënten of patiënten van buiten de waarnemingsregeling mogen normaliter bedragen worden gedeclareerd die (in Almere) variëren van f 28,50 overdag tot f 59,— 's nachts en in het weekend. Ongevals-slachtoffers vormen een belangrijk deel van het cliëntenbestand van de poliklinieken voor eerste hulp, waarbij relatief veel wordt betaald voor niet-specialistische hulp, dat wil zeggen hulp die vaak ook door de huisarts zou kunnen worden gegeven. 'Daarnaast is het', zo stelt Beckers in een interview¹, 'ook na invoering van het budgetsysteem financieel aantrekkelijk zoveel mogelijk EHBO-verrichtingen te blijven doen. Per 350 verrichten kan namelijk aanspraak worden gemaakt op één formatieplaats verpleegkundige'. Bij de ambulancedienst zal het er in de regel om gaan de patiënt zo snel mogelijk naar de meest nabijgelegen eerste-hulpafdeling te brengen. De 24-uurs openstelling van de meeste ziekenhuizen maken een keuze voor datzelfde ziekenhuis, ook bij letsels die wellicht door de huisarts kunnen worden behandeld, wel erg aantrekkelijk. Samenvattend mag worden vastgesteld dat van de hulpverlenende instanties weinig initiatieven mogen worden verwacht, gericht op een andere verdeling van EHBO-patiënten over huisartsen en poliklinieken van ziekenhuizen.

Er is echter nog een reden om naar de slachtoffers te kijken bij een mogelijke herverdeling van de aantallen behandelingen. Immers, behalve in die gevallen waarbij het personeel van de ambulancedienst bepaalt waarheen een patiënt wordt vervoerd, is het vooral de patiënt die kiest of en waar eerste hulp wordt verleend. Motieven voor deze keuze zijn

Herman Sixma

Is EHBO in Almere vooral het domein van de huisarts (zie Medisch Contact van de vorige week), patiënten zien de eerste hulp vooral als een vorm van hulpverlening waarvoor men het best af is in de ziekenhuispolikliniek. Het ziekenhuis trekt, ook ook in Almere (waar ze het voorlopig nog zonder moeten doen), stelde de socioloog Herman Sixma voor het NIVEL vast.

soms rationeel – bereikbaarheid, kennis of het ontbreken van kennis over de takenpakketten van de verschillende hulpverleners – en soms ook gevoelsmatig. Een voorbeeld van deze laatste component is het toekennen van een allesoverheersende rol aan de specialistische hulpverlening.

In dit artikel wil ik enkele kanttekeningen plaatsen bij de keuze van hulpverlener bij ongevallsletsel. Dit gebeurt aan de hand van resultaten uit een onderzoek naar de EHBO-voorziening in Almere². Afsluitend volgen enkele discussiepunten over mogelijke toekomstige ontwikkelingen. Landelijk onderzoek van de Consumentenbond onder bijna 1.200 leden laat zien dat naar de mening van bijna de helft van de respondenten de behandeling van EHBO-patiënten beter in een ziekenhuis kan worden gedaan dan door de huisarts³. Het altijd geopend zijn van het ziekenhuis, de grotere deskundigheid die men in het ziekenhuis verwacht en soms ook de financiële consequenties, zijn enkele motieven die worden genoemd ten gunste van het ziekenhuis. Daarnaast blijken mensen dikwijls niet goed op de hoogte te zijn van de kwaliteiten van de huisarts op het terrein van de EHBO; rond 25% van de respondenten denkt bijvoorbeeld bij de huisarts niet terecht te kunnen voor een snijwond die moet worden gehecht of voor het verwijderen van een splinter uit het oog.

De vraag of de Almeerse bevolking – van oorsprong voor bijna tweederde afkomstig uit Amsterdam – EHBO ziet als een taak van de huisarts of meer van de polikliniek van een ziekenhuis, is op dit mo-

ment nog vooral theoretisch van aard. Overdag op werkdagen wordt in alle Almeerse gezondheidscentra EHBO verleend, terwijl 's nachts en in het weekend de hulp van de huisarts kan worden ingeroepen via de dokterstelefoon. De meest nabijgelegen ziekenhuizen bevinden zich op minimaal vijftien tot twintig minuten reistijd en zijn daarmee voor personen met ongevalsletsel niet erg aantrekkelijk. In de toekomst wordt deze vraag echter ook praktisch van belang, zeker als in 1991 een eigen Almeers ziekenhuis de poorten zal hebben geopend.

In de enquête onder de gebruikers van EHBO-voorzieningen in en om Almere is gevraagd waar de eerste hulp thuishoort en bij welke instantie zij in een aantal specifieke situaties hulp zouden zoeken.

ONDERZOEK

Eind 1986 werd in Almere gedurende tien weken bijgehouden hoeveel personen zich met welk EHBO-letsel bij de verschillende hulpverlenende instanties hadden gemeld. Gekoppeld aan deze registratie werden enquêteformulieren uitgereikt of verzonden aan (bijna) alle patiënten die in deze periode met EHBO werden geconfronteerd. In totaal ging het om bijna 700 enquêteformulieren; de bruikbare respons bedroeg ruim 50%. Hierbij moeten we wel aantekenen dat de respons van patiënten die voor eerste hulp een beroep hebben gedaan op de Almeerse huisarts met bijna 60% aanmerkelijk beter was dan de schamele 17% bij de 'zelfverwijzers' naar ziekenhuizen in de omgeving van Almere.

Doel van het onderzoek was na te gaan wat de bevolking van Almere vindt van de wijze waarop de EHBO-functie in die stad is georganiseerd en wat zij vindt van de kwaliteit van de zorg. Daarnaast is in meer algemene zin een oordeel gevraagd over de plaats van EHBO in de takenpakketten van huisartsen en ziekenhuizen. Verderop in dit artikel zal vooral dit laatste aspect aan de orde komen.

Uitkomsten

Allereerst de reacties op een aantal stellingen over de EHBO-functie in Almere. Tabel 1 geeft de mening van ruim 400

respondenten die met elkaar gemeen hebben dat zij allen recent met eerste hulp zijn geconfronteerd. De in de tabel vermelde percentages zijn gecorrigeerd voor de verschillen in respons bij de groepen ondervraagde patiënten.

Ook in Almere wordt EHBO vooral gezien als een taak voor specialisten in de polikliniek van een ziekenhuis. Deze mening leeft wat sterker bij die personen die zich ook daadwerkelijk voor EHBO tot een nabijgelegen ziekenhuis hebben gewend dan bij de bezoekers van de huisarts: de 'zelfverwijzers' zijn het voor respectievelijk 9%, 96% en 87% met de stellingen eens; voor degenen die de huisarts opzoeken zijn deze percentages achtereenvolgens 27%, 60% en 64%.

Een tweede serie vragen betrof de keuze van hulpverlening in een aantal denkbeeldige situaties. Wat zeggen mensen te doen als zij letsels oplopen die variëren van schaafwonden aan de knie tot gebroken ledematen? Is hun reactie overdag anders dan 's nachts of in het weekend, als niet onmiddellijk een huisarts in een gezondheidscentrum beschikbaar zal zijn? Tabel 2 geeft de antwoorden op deze beide vragen, waarbij overdag en gedurende de nacht of in het weekend een verdeling in drie categorieën is aangehouden. In de tabel wordt de 100% volgemaakt door de categorie 'overige', waarin alle mogelijke combinaties van antwoorden, de ambulancedienst en andere hulpverlenende instanties zijn opgenomen.

Lichte ongevalsletsels, zoals schaafwonden of een tand door de lip, zou men zelf behandelen of men laat de behandeling plaatsvinden door een huisgenoot of kennis. Roept men professionele hulp in, dan is dit de hulp van de huisarts. Het valt op dat bij deze letsels de percentages mensen die overdag naar een huisarts toestappen wat hoger liggen dan 's nachts of in het weekend: het is alsof men het letsel eigenlijk niet ernstig genoeg vindt om daarmee de huisarts buiten spreekuurtijden lastig te vallen.

Een tweede categorie letsels zijn die verwondingen die in het algemeen goed door de huisarts kunnen worden behandeld, zoals snijwonden, brandwonden en een splinter in het oog. Zou men overdag tegen dergelijk letsel oplopen, dan zou tussen de 65% en 75% van de inwoners van Almere een beroep doen op de huisarts en zou 20% tot 30% kiezen voor behandeling in de polikliniek van een ziekenhuis. Loopt men dergelijk letsel 's nachts of in het weekend op, dan verandert ongeveer 15% tot 20% van alle

Tabel 1. Oordelen over de plaats van EHBO, in percentages.

	eens	on-eens
1. EHBO is meer taak voor de huisarts of een gezondheidscentrum dan voor de polikliniek van een ziekenhuis.....	25	75
2. Als ik in Almere, in het weekend of 's nachts, EHBO nodig heb, ga ik liever direct naar een ziekenhuis in de buurt dan dat ik op een huisarts wacht.....	64	36
3. Van een goede EHBO-voorziening kan in Almere geen sprake zijn, zolang een eigen Almeers Ziekenhuis ontbreekt.....	68	32

respondenten van keuze ten gunste van een behandeling in het ziekenhuis. De overige categorieën krijgen elk minder dan 5% van de antwoorden.

Een vergiftiging na het drinken van chloor en een gebroken been kunnen worden beschouwd als ernstige letsels, waar de huisarts soms wel bij wordt betrokken, maar waar behandeling toch vooral in het ziekenhuis zal plaatsvinden. Tussen de 40% en 50% van de ondervraagden zou overdag op werkdagen eerst de huisarts waarschuwen en rond de 35% zou kiezen voor directe hulp bij een ziekenhuis. Buiten de openingstijden van de gezondheidscentra haakt, wat de huisarts betreft, 5% tot 10% af, terwijl de categorie 'ziekenhuis' licht stijgt. De restcategorie betreft vooral mensen die de ambulancedienst waarschuwen.

Personen die in werkelijkheid rechtstreeks naar een ziekenhuis zijn gegaan, verschillen van degenen die zich tot de huisarts hebben gewend. De 'zelfverwijzers' kennen ook in de denkbeeldige situaties een belangrijker rol toe aan het ziekenhuis. Deze conclusie geldt zowel overdag als 's nachts of in het weekend, waarbij het effect 's nachts het sterkst is. Bij de drie ongevalsletsels die over het algemeen goed door de huisarts kunnen worden behandeld (splinter, brandwond, snijwond) zou van degenen die ook daadwerkelijk voor eerste hulp de huisarts

hebben geraadpleegd overdag gemiddeld 21% kiezen voor directe hulp in een ziekenhuis, terwijl dit percentage 's nachts en in het weekend stijgt tot gemiddeld 32%. Bij de 'zelfverwijzers' zijn de vergelijkbare gemiddelde percentages 49% (overdag) en 70% ('s nachts/weekend).

SAMENVATTING EN DISCUSSIE

Uit de in dit artikel gepresenteerde cijfers blijkt dat het voor de Almeerse bevolking zeker nog geen uitgemaakte zaak is dat EHBO onlosmakelijk met de huisarts is verbonden. Het ziekenhuis blijft trekken, ondanks het feit dat de huisarts vaak tot volle tevredenheid van de patiënt eerste hulp heeft verleend: desgevraagd geven mensen aan wie de huisarts eerste hulp heeft gegeven die huisarts een gemiddeld rapportcijfer van 7,7 voor de totale EHBO-opvang en behandeling; dit cijfer wijkt slechts in geringe mate af van vergelijkbare rapportcijfers voor de opvang en de behandeling in het ziekenhuis. Zelfs eenvoudige letsels worden al snel als werk voor de specialist in een ziekenhuis gezien. Gedeeltelijk zal deze gerichtheid op het ziekenhuis voortkomen uit onwetendheid. Men is er niet mee bekend dat ook huisartsen veel EHBO kunnen en eigenlijk moeten doen. Waar onbekendheid een factor is, kan voorlichting over de taken van de huisarts, in eerste instantie gericht op de risicogroepen en 'zelfverwijzers', een belangrijke rol spelen. Krishnadat meldt hoe zo'n campagne kan worden aangepakt⁴.

Er is echter ook een groep patiënten die *willens en wetens* kiest voor eerste hulp in het ziekenhuis. Motieven die hiervoor worden aangevoerd, zijn de afstand tot de meest nabijgelegen EHBO-post (onafhankelijk of deze verbonden is aan een ziekenhuis of bestaat uit dienstdoende huisartsen), de bijna 100% zekerheid op elk tijdstip van de dag één of meer gekwa-

Tabel 2. Keuze van hulpverleners bij een aantal denkbeeldige EHBO-letsels, in percentages (N=419).

letsel	overdag			nacht/weekend		
	nie- mand	huis- arts	zieken- huis	nie- mand	huis- arts	zieken- huis
schaafwond knie.....	85	11	2	89	8	2
tand door lip.....	73	22	2	77	17	4
snijwond, moet gehecht worden.....	-	73	21	-	63	31
splinter in oog.....	2	69	25	3	55	36
ernstige brandwond.....	1	63	29	1	48	40
vergiftiging na drinken chloor.....	-	49	35	-	41	41
gebroken been.....	-	40	34	-	37	37

licieerde hulpverleners aan te treffen, de opvang als er echt iets ernstigs aan de hand is, eventuele vroegere ervaringen en in een enkel geval financiële overwegingen. Immers, het is mogelijk dat een particuliere verzekering huisartsenhulp niet vergoedt, terwijl dezelfde hulp verleend in de polikliniek van een ziekenhuis, wel in het verzekeringspakket is opgenomen.

Afstand en de zekerheid een gekwalificeerde hulpverlener aan te treffen, zijn motieven waarop kan worden ingespeeld; de Haagse doktersnachtdienst en de Centrale Huisartsen-Post Den Bosch zijn hiervan voorbeelden^{5,6}. In Almere is recent besloten tot een 24-uurs openstelling van twee gezondheidscentra speciaal met het oog op de eerste hulp. Overdag op werkdagen kan men bovendien terecht in alle andere gezondheidscentra, met de zekerheid dat er altijd één of meer huisartsen aanwezig zijn, goed geschoold en beschikkend over een passend instrumentarium.

Moeilijker ligt het bij de meer gevoelsmatige motieven. Beseffend dat de nu volgende suggestie weinig dankbare blikken van patiënten zal opleveren, biedt het werken met positieve en vooral negatieve prikkels hier wellicht mogelijkheden: onderzoek in Denemarken laat zien, dat wanneer patiënten die normaliter gratis van de diensten van een huisarts gebruik maken voor deze hulp moeten betalen, het aantal bezoekers aan de nog

steeds gratis werkende eerste-hulppoliklinieken belangrijk toeneemt⁷. Indien ervoor wordt gekozen EHBO terug te brengen bij de huisarts, dan zou een proef kunnen worden gedaan met het in een zorgvuldig uitgekozen verstedelijkt gebied trapsgewijs invoeren van maatregelen die erop zijn gericht de patiënt voor eerste hulp weer rechtstreeks naar de huisarts te laten gaan; deze maatregelen kunnen variëren van het informeren van patiënten tot eigen bijdragen voor diegenen die een oneigenlijk gebruik maken van bijvoorbeeld de polikliniek voor eerste hulp van een ziekenhuis.

Echter, maatregelen ter beperking van de diensten van de polikliniek kunnen niet los worden gezien van de EHBO-faciliteiten bij de huisarts. Beperkingen van de diensten van de polikliniek aan de ene kant moeten samengaan met uitbreidingen aan de kant van de huisarts. Verbetering van de bereikbaarheid en aanspreekbaarheid van de huisarts met het oog op die gevallen waarin eerste hulp wordt gewenst, extra scholing en een meer op EHBO afgestemde praktijkuitrusting, zijn zaken die het voor de patiënt aantrekkelijker maken voor de huisarts als hulpverlener te kiezen. Het spreekt vanzelf dat een dergelijk experiment moet worden opgezet in goed overleg tussen de aanbieders van zorg, instellingen, verzekeraars en patiëntenorganisaties.

Wellicht biedt een toekomstig advies

over de plaats van EHBO aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, uit te brengen door een werkgroep bestaande uit leden van een subcommissie van het College van Ziekenhuisvoorzieningen en leden van de Kamer voor Extramurale Gezondheidszorg, nog nieuwe gezichtspunten. Uit het feit dat een dergelijke werkgroep is ingesteld – ze zal binnenkort rapporteren – mogen we wel afleiden dat ook in de nabije toekomst eerste hulp bij ongevallen een onderwerp blijft waarover men nog lang niet is uitgepraat. □

Literatuur

1. Veel patiënten ten onrechte naar EHBO-ziekenhuis. Inzet 1986; 10: 22-3.
2. Sixma HJM. EHBO in Almere. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, 1987.
3. Concept onderzoeksverslag EHBO. 's-Gravenhage: Consumentenbond, 1987.
4. Krishnadat JR. Eerste hulp bij acute ongevallen. Medisch Contact 1985; 16: 495-7.
5. Engelenburg JL. De LAT-relatie tussen huisarts en EHBO. Medische hulpverlening buiten kantooruren. Medisch Contact 1988; 1: 17-8.
6. Verslag van het onderzoek naar het functioneren van de Centrale Huisartsen-Post te 's-Hertogenbosch. Den Bosch: Werkgroep Centrale Huisartsen-Post, 1987.
7. Krogsgaard MR, Myhre J, Schjoldager B, Jensen P. Skadestuebelastning og indlaeggelsesmønster under PLO-konflikten i efterbåret 1984. Ugeskrift for Laeger 1985; 49: 4025-30.

Psychiatrie voor ouderen

Taak en plaats van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis

Onder de titel 'Psychiatrie voor ouderen' heeft de Sectie Geestelijke Gezondheidszorg van de Nationale Ziekenhuisraad een rapport uitgebracht over een hoogst actueel onderwerp. Immers: het aantal ouderen in onze samenleving neemt relatief en absoluut toe én de aandacht voor psychiatrie in verband met ouder worden is tot op heden meer gericht op de psychogeriatric (en met name op dementie) dan op psychiatrische stoornissen van andere aard in deze leeftijdscategorie. Het rapport poogt een inventarisatie te geven van de problemen en oplossingen die thans aan de orde zijn. Ook een blik op het toekomstig beleid behoort tot de behandelde onderwerpen.

Een werkgroep van betrokken deskundigen heeft het rapport voor de Sectie Geestelijke

Dr. J. Jacobs

Gezondheidszorg voorbereid. Het vraagstuk werd bekeken op zijn psychiatrische, psychologische, zorginhoudelijke, verpleegkundige, kwaliteits-, economische en planmatige aspecten. Zo ontstond een uitvoerig antwoord op de door het sectiebestuur gestelde vraag op welke wijze de algemeen psychiatrische ziekenhuizen een antwoord kunnen geven op de naar verwachting toenemende hulpvraag van oudere patiënten met psychiatrische problemen.

Op allerlei cijfermatig materiaal ga ik hier niet in; daarvoor moet men het rapport zelf lezen. Ik leg in dit artikel de nadruk op inhoudelijke en inhoudelijk-organisatorische aspecten.

LEEFTIJDSCRITERIUM

De werkgroep heeft gemeend geen aansluiting te moeten maken bij de 65-jarige leeftijd. Zij gaat er op inhoudelijke gronden (onder andere belangrijke levensgebeurtenissen, heroriëntatie op andere waarden) van uit dat in de leeftijdscategorie van ongeveer 55 jaar specifieke verschijnselen van het ouder worden een relatief belangrijker rol gaan spelen in de levensloop van de mens, dus ook in de psychiatrische wederwaardigheden daarvan. Dit punt zal ongetwijfeld aanleiding tot discussie geven, hetgeen overigens de bedoeling is die de opstellers met hun gehele rapport hebben. Belangrijk is ook dat de werkgroep zich op het standpunt stelde dat de problematiek van de psychiatrie voor ouderen eerst uit de eigen