

Telefonische bereikbaarheid van huisartsen: verbetering mogelijk, maar probleem niet geheel oplosbaar

W.J.H.M. van den Bosch

Huisartsen zijn vaak onbereikbaar. Dat blijkt uit een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de telefonische bereikbaarheid van huisartsen (zie www.igz.nl en de nieuwsrubriek van dit tijdschrift). Voor normale contacten duurt het vaak te lang voordat patiënten de huisartspraktijk telefonisch kunnen bereiken en de spoedlijn wordt vaak niet opgenomen binnen 30 s. Huisartspraktijken claimen van 8 tot 17 uur bereikbaar te zijn, maar de patiënt treft veel te vaak een antwoordapparaat, vooral in de middag en aan het einde van de week.

Deze uitkomsten komen niet onverwacht. Verbetering van de telefonische bereikbaarheid is een hot item voor huisartsen. Al vroeg in de ontwikkeling van NHG-standaarden zijn er richtlijnen ontwikkeld voor zaken die verband houden met de praktijkorganisatie, zoals bereikbaarheid en beschikbaarheid.¹

De analyse van het probleem van de slechte telefonische bereikbaarheid is complex. Zo is het aantal telefonische contacten sterk toegenomen en is de praktijkorganisatie veranderd. Om maar even simpel te beginnen: 25 jaar geleden was er in onze dorpspraktijk met 3500 patiënten één telefoonlijn met twee toestellen, één voor de dokter en één voor de assistente.² Nu zijn er 14 toestellen en komen er 7 lijnen binnen, waarvan één voor de fax en twee voor elektronische communicatie. Maar ondanks deze aanpassingen is ook in onze praktijk de telefonische bereikbaarheid slechter dan in het verleden.

WAT VEROORZAAKT DE MOEILIJKE BEREIKBAARHEID?

Aangenomen wordt dat in de laatste 25 jaar niet alleen het aantal telefoontjes per praktijk zeer sterk is toegenomen, maar dat ook de duur van het gemiddelde telefoontje aanzienlijk is gestegen. De rol van de praktijkassistente is veranderd: in veel praktijken stellen assistenten vragen om de noodzaak van een consult te bepalen, om te proberen de vragen van patiënten telefonisch te beantwoorden en om de urgentie van het probleem vast te stellen. Bij het inschatten van klachten gebruiken zij instrumenten, zoals de NHG-telefoonwijzer, en dat kost tijd. Ook het afstemmen van de

agenda van de dokter op die van de patiënt is steeds vaker een tijdrovende procedure. Dit betekent dat niet alleen het aantal telefoontjes naar de praktijk, maar vooral de gemiddelde duur van die telefoontjes fors is gestegen.

De druk die de telefoon in de praktijk voor de assistenten geeft, roept de vraag op om die druk gedurende een gedeelte van de tijd te kanaliseren. In Noorwegen bijvoorbeeld wordt de spoedlijn na 15:00 uur doorgeschakeld naar de huisartsenpost om de medewerkers de kans te geven hun werkzaamheden af te maken.³ Er zijn ook regio's in Nederland waar huisartspraktijken samenwerken met een centraal afspraakstelsel en een gemeenschappelijke telefoniste.

Het onderzoek van de inspectie laat zien dat huisartsen in staat zijn te anticiperen op drukke tijden zoals de maandagochtend door het inzetten van meer personeel. Op die ochtend blijken praktijken in het algemeen het best bereikbaar. De inzet van meer personeel op andere tijden of dagen van de week betekent automatisch dat de formatie voor praktijkassistentie uitgebreid moet worden.

ONBEREIKBARE SPOEDLIJN

De onderzoeksresultaten in het rapport van de inspectie over de spoedeisende telefoontjes overtuigen mij minder. In ruim de helft van de praktijk zou geen spoednummer beschikbaar zijn of kenden patiënten het spoednummer niet. Zolang er geen verschil wordt gemaakt tussen de aanwezigheid van een spoednummer en het besef van patiënten dat er een speciaal spoednummer bestaat, is geen goede analyse mogelijk. Dit maakt het rapport van de inspectie helaas minder bruikbaar bij het zoeken naar oplossingen.

Al in 2001 publiceerden Groningse onderzoekers de resultaten van een schriftelijke enquête onder 300 Noord-Nederlandse huisartsen.⁴ Van de 217 huisartsen die de enquête beantwoordden, zei 84% een speciale spoedlijn te hebben. Bij het bellen van 60 aselect gekozen spoedlijnen bleek 90% binnen 30 s te worden aangenomen. De discrepantie tussen het Groningse onderzoek en het onderzoek dat de inspectie heeft laten verrichten, kan betekenen dat veel patiënten niet weten dat de huisarts een spoedlijn heeft, of dat zij dit nummer in spoedeisende situaties niet kunnen vinden. Hier ligt zowel verantwoordelijkheid voor de huisartspraktijk als voor patiënten (organisaties).

Informatie kan gegeven worden in de praktijk zelf, op de website, in de praktijkfolder en in het dorps- of wijkblad. Wij

Universitair Medisch Centrum St Radboud, afd. Huisartsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
Hr. prof. dr. W.J.H.M. van den Bosch, huisarts
(w.vandenbosch@hag.umcn.nl).

ondernemen zelf in de praktijk actie door al onze patiënten een sticker te geven met het reguliere nummer en het spoednummer, om op de telefoon te plakken. Ook na die actie komt het nog regelmatig voor dat patiënten in spoedeisende situaties niet het juiste nummer bellen. Het zou helpen als er naast de informatie vanuit de huisartspraktijk ook algemene publieksinformatie zou zijn.

IS HET PROBLEEM WEL OP TE LOSSEN?

Men denkt vaak dat de oplossing voor de problemen met de telefonische bereikbaarheid meer techniek is, meer lijnen, meer voorsortermenu's en afspraken via internet. Maar ook die oplossingen hebben beperkingen. Bereikbaarheid is meer gebaat bij meer mankracht dan bij meer lijnen. Voorsortermenu's kunnen uiteindelijk meer tijd kosten dan opleveren en het maken van afspraken via internet gaat voorbij aan de wens van huisartsen om de assistente de noodzaak, de aard en de urgentie van het contact te laten beoordelen.

Wat zijn dan wél mogelijkheden? Telefonisch herhaalrecepten aanvragen kan slimmer, zonder de praktijkassistente aan de telefoon te belasten, via internet of e-mail, via een aparte receptenlijn of via de apotheek. Telefoontjes van patiënten over uitslagen kunnen vervangen worden door communicatie via een beveiligde e-mailverbinding of door een telefonisch contact van de praktijk met de patiënt.⁵ Patiënten zouden de mogelijkheid kunnen hebben om op de praktijksite te zoeken naar antwoorden van hun eigen huisarts in de top 50 van meest gestelde vragen ('frequently asked questions'; FAQ). Er is grote behoefte aan onderzoek om de mogelijke meerwaarde van deze procedures vast te kunnen stellen. Met de resultaten daarvan kan men praktijken van advies dienen en voorkómen dat alle praktijken zelf het wiel moeten uitvinden.

In het kader van de accreditering van praktijken door de NHG zijn inmiddels al tientallen verbeterplannen gemaakt op het gebied van telefonische bereikbaarheid. De oplossingen in die plannen zouden door het NHG gerubriceerd kunnen worden en omgezet in meer generieke oplossingen voor andere praktijken.

CONCLUSIE

De inspectie heeft met dit onderzoek de pijnlijke plek van de telefonische bereikbaarheid van huisartspraktijken weer onder de aandacht gebracht. Er zijn inderdaad individuele praktijken die niet voldoen aan de gestelde normen. Voor het probleem van de telefonische bereikbaarheid in het algemeen is het echter een illusie te denken dat dat in alle praktijken binnen de gewenste normen opgelost kan worden.

Als er een gemakkelijke oplossing zou zijn voor de telefonische bereikbaarheid, zou het probleem zich in goed georganiseerde praktijken niet voordoen. Dat is echter niet het geval, zo blijkt uit de resultaten van de NHG-accreditatie in 300 praktijken. Ook daaronder zijn er nog waar de telefonische bereikbaarheid een probleem is, ondanks het feit dat het op dit moment vooral de beter functionerende praktijken zijn die door de NHG geaccrediteerd zijn. Toch is er op dit gebied met innovatie nog wel verbetering te bereiken. Zoals gezegd zou het NHG uit de verbeterplannen voor de accreditatie van praktijken oplossingen kunnen halen op het gebied van de bereikbaarheid en een aantal goede ideeën aan de beroepsgroep kunnen voorleggen. Het NHG zou bovendien onderzoek op dit gebied in gang moeten zetten.

Het streven naar de algehele oplossing van het probleem van de telefonische bereikbaarheid doet echter denken aan de illusoire oplossing van het fileprobleem.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 27 augustus 2008

Literatuur

- 1 Sips AJBI, Tielens VCL, Voort JPM van der. NHG-standaard Bereikbaarheid/beschikbaarheid. Huisarts Wet. 1989;32:537-40.
- 2 Bosch W van den, Doveren M, Marks A, Damme R van. Veranderingen in de huisartspraktijk vragen om managementondersteuning. Huisarts Wet. 2003;46:549-53.
- 3 Noorse les in twee dagen. Huisarts Wet. 2008;51:nhg-91.
- 4 Groot RA, Haan J de, Bosveld HEP, Meyboom-de Jong B. Het terugbelspreekuur van de huisarts: de gevolgen voor de praktijkassistente. Huisarts Wet. 2001;44:624-5.
- 5 Groot RA, Schot SM, Kors JW, Bosveld HEP, Haan J de. De spoedlijn: een garantie voor bereikbaarheid? Huisarts Wet. 2001;44:314-5.

Abstract

Telephone accessibility of Dutch general practices: improvements can be made, but will not fully solve the problem. – The Dutch Health Inspectorate published a research report on the accessibility by telephone of Dutch general practices. A large proportion of Dutch GPs have not organized their practices according to standard norms as far as accessibility by telephone is concerned. Several developments can explain this substandard accessibility, such as an increasing number of telephone calls and changes in staff practice routine. Technical solutions such as voice response systems or more incoming lines cannot resolve all the problems. More information on the accessibility for patients, smarter systems for repeat prescriptions and the use of email could improve the situation. The development of best practices and research into the efficacy of the proposed solutions is necessary.

Ned Tijdschr Geneesk. 2008;152:2007-8