

University of Groningen

De telefoon in de huisartspraktijk.

Sietsma, Eelke

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1987

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Sietsma, E. (1987). *De telefoon in de huisartspraktijk. De rol van de telefoon in een huisartspraktijk; opvattingen van patienten en huisartsen.* s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

E. Sietsma

De telefoon in de huisarts- praktijk

Stellingen

bij

E. Sietsma

De telefoon in de huisartspraktijk
De rol van de telefoon in een
huisartspraktijk; opvattingen van
patiënten en huisartsen

Dissertatie

Groningen:
Rijksuniversiteit Groningen, 1987

1

Telefonisch huisarts-patiënt contact is zeker niet altijd inferieur aan vis-à-vis contact.

(Dit proefschrift.)

2

Nog meer dan in de vis-à-vis situatie, moet de huisarts zich in het telefonisch arts-patiënt contact laten leiden door het 'niet pluis'-gevoel.

(Dit proefschrift.)

3

Telefonische consultatie is voor de patiënt vaak het verkrijgen van meer zekerheid betreffende een reeds zelf gestelde diagnose.

(Uitspraak van een patiënt.)

4

De huisarts realiseert zich dat patiënten de doktersassistente via de telefoon soms dwingend en grof bejegenen.

5

Behandeling van hypertensie zonder klachten bij hoogbejaarden is gevaarlijk en dient daarom te worden ontraden.

6

Kennis van, en ervaring met, het beloop van aandoeningen krijgt de huisarts vooral door het uitoefenen van zijn beroep; dit betekent dat pas na 10 à 15 jaar praktijkuitoefening gesproken mag worden van een ervaren huisarts.

7

Er komen steeds meer aanwijzingen dat tonsillectomie de natuurlijke ontwikkeling van het afweermechanisme van het kind verstoort.

(De Melker RA, Hordijk GJ. Tonsillectomie opnieuw bekeken. Huisarts Wet 1987; 30: 79-81.)

8

Het toetsen van huisartsen in opleiding door hun opleiders dient door het opleidingsinstituut te worden bevorderd.

9

De belangrijkste taak van de huisarts is te bevorderen dat de individuele patiënt zoveel mogelijk profiteert van de mogelijkheden van de moderne geneeskunde.

10

De professionele organisatie van het kruiswerk als achtergrond van de wijkverpleegkundige en het werkzaam zijn in een vrij beroep van de huisarts bemoeilijkt de gepropageerde samenwerking tussen beide disciplines.

11

De dichtbondel 'In memoriam' fan D.A. Tamminga is net allinne wichtich as monumint fan de fryske taal; ek as útering fan in adekwate rouferwurking kin it as eksimpel steld wurde.

12

De jierrenlange funksje as ekspulsy-gebiet fan persoanen mei hegere oplieding hat makke dat Fryslân by syn stribjen nei behâld en útbou fan syn eigen taal en kultuer tangele sit mei in tekoart oan autochtoon yntellektueel en maatskiplik kader.

13

Gemeten naar de bestede tijd zijn telefoneren en douchen geliefde bezigheden van pubers en adolescenten.

© 1987 E. Sietsma

Niets van deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Meditekst, Postbus 49, 8200 AA Lelystad.

Ontwerp omslag: Maarten Balyon.

Druk: Krips Repro, Meppel.

CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag

Sietsma, Eelke

De telefoon in de huisartspraktijk : de rol van de telefoon in een huisartspraktijk : opvattingen van patiënten en huisartsen / Eelke Sietsma. - (S.l. : s.n.). - Ill. Proefschrift Groningen. - Met lit. opg. - Met samenvatting in het Engels en het Fries.

ISBN 90-9001715-1

SISO 604.2 UDC 654.15:614.253(043.3)

Trefw.: telefoneren ; huisartspraktijk.

Rijksuniversiteit te Groningen

De telefoon in de huisartspraktijk

**De rol van de telefoon in een huisartspraktijk;
opvattingen van patiënten en huisartsen**

Proefschrift

ter verkrijging van het doctoraat in de geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen op gezag van de Rector Magnificus Dr. E. Bleumink, in het openbaar te verdedigen op woensdag 18 november 1987 des namiddags te 4.00 uur.

door

Eelke Sietsma

geboren te Hantumeruitburen.

Meditekst, Lelystad 1987

Promotores

Promotor: Prof. dr. G. J. Bremer
Co-promotor: Prof. dr. K. Gill

Het verschijnen van dit proefschrift is mede mogelijk gemaakt door financiële steun van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Dankwoord

Het schrijven van dit proefschrift was voor mij geen eenvoudige opgave. Zonder de hulp en steun van velen zou ik mijn doel niet hebben bereikt. Op deze plaats wil ik iedereen hiervoor hartelijk bedanken. In het bijzonder richt ik een woord van dank aan:

Prof. Dr. Bremer, beste Geert, jij hebt een belangrijk stempel gedrukt op mijn ontwikkeling als huisarts. Door promotor te zijn van dit onderzoek heb je een belangrijke rol gespeeld in het realiseren van een van mijn grootste wensen.

Prof. Dr. Gill, beste Karel, jouw kritisch commentaar betekende een grote steun ondervonden bij de vormgeving van dit proefschrift.

Drs. Groenier, beste Klaas, je methodologische adviezen en computerbewerkingen waren voor de voortgang van dit onderzoek onontbeerlijk.

Dr. Hogesteeger, beste Bob, je hebt me zeer geholpen bij mijn poging de geschiedenis van de telefoon beknopt vorm te geven.

Drs. Hofmans, beste Erik, je adviezen en hulp bij de redactie, vormgeving en produktie van dit proefschrift waren voor mij bijzonder waardevol.

Drs. Drenth, beste Ed, zonder je medewerking en steun 'thuis' zou dit onderzoek welhaast onuitvoerbaar zijn geweest.

Mevrouw van Pelt-van Ringen, beste Marga, jij behandelde mijn literatuur-aanvragen altijd correct.

Mejuffrouw Emmelkamp, beste Gea, jou dank ik voor je hulp bij het realiseren van de enquête.

Mefrou Dekker-Sybrandy, bêste Ytsje, as betûft doktersassistinte wie dyn meidwaen wichtich foar it wolslagjen fan it ûndersyk yn ús praktyk.

De hear Tamminga, it die my deugd dat jo de gearfetting fan dit proefschrift korrigearte woene.

Tenslotte ook een woord van dank aan de patiënten en huisartsen die zo vriendelijk waren het enquêteformulier te retourneren.

*oan Anna
en ús Harmen Wietse
Jikke Rig
Tjip Menno*

Inhoud

Deel I. Inleiding	9
1. Honderd jaar telefoon	11
Samenvatting	11
1.1. Inleiding	11
1.2. De visie van Bell	11
1.3. De eerste jaren	12
1.4. De ontwikkeling in Nederland	13
1.5. Wie namen telefoon	16
1.6. Functie en betekenis van de telefoon	17
1.7. Huisarts en telefoon	17
2. Telefoneren in de huisartspraktijk	20
Samenvatting	20
2.1. Spreken via de telefoon	20
2.2. Gespreksanalyse	23
2.3. Telefonische hulpverlening door (huis)artsen	23
2.4. Taakomschrijvingen	26
3. Vraagstelling	29
Deel II. Methoden	31
4. De onderzoekpraktijk	33
Samenvatting	33
4.1. Praktijkpopulatie	33
4.2. Praktijkorganisatie	34
4.3. LISZ-cijfers	35
5. Telefonische verrichtingen in een huisartspraktijk	36
5.1. Inleiding	36
5.2. Definities	36
5.3. Registratie	37
5.4. SOEP en RFEC	37
5.5. Organisatie	41
5.6. Betrouwbaarheid en validiteit	41
6. Enquêtes	42
6.1. Inleiding	42
6.2. Praktijkgevallen	42
6.3. Stellingen	44
6.4. Persoonlijke kenmerken	45
6.5. Statistische bewerking en betrouwbaarheidsonderzoek	45
6.6. Organisatie en uitvoering	45

Deel III. Resultaten	47
7. Telefonische verrichtingen in een huisartspraktijk	49
Samenvatting	49
7.1. Algemeen	49
7.2. Kenmerken van de bellers	50
7.3. Redenen om op te bellen	52
7.4. Diagnosen	54
7.5. Behandeling klachten	55
8. Opvattingen	57
Samenvatting	57
8.1. Respons	57
8.2. Praktijksituaties	58
8.3. Stellingen	59
8.4. Relatie stellingen en praktijksituaties	62
Deel IV. Beschouwing	65
9. De rol van de telefoon in een huisartspraktijk	67
9.1. Algemeen	67
9.2. De bellers	68
9.3. De opbelredenen	69
9.4. Kenmerken van het hulpverleningsproces via de telefoon	70
10. Opvattingen over de telefoon in de huisartspraktijk	73
10.1. Geschikt voor telefonische aanpak	73
10.2. Organisatorisch gebruik	74
10.3. Telefoon en arts-patiënt relatie	75
11. Slotbeschouwing	77
Samenvatting/summary/gearfetting, Literatuur	81
Samenvatting	83
Summary	87
Gearfetting	91
Literatuur	95
Bijlagen	97

Deel I. Inleiding

Bij mijn vestiging als huisarts in IJlst, in 1965, heb ik een telefonisch spreekuur ingesteld. Tijdens een dergelijk spreekuur kunnen patiënten mij rechtstreeks bellen.

Aanvankelijk was de drukte niet opvallend groot. In de loop van de zeventiger jaren kwamen er echter steeds meer telefoongesprekken. Bovendien gebeurde het steeds vaker dat ook belangrijke problemen via de telefoon werden besproken. Achteraf bleef ik niet zelden zitten met een gevoel van verwarring en onzekerheid. Waar belde de patiënt eigenlijk voor? Was hij of zij content met wat we hadden besproken? Verdrietig, opgelucht? Misschien wel kwaad? De blik die me in het vis-à-vis contact meestal hielp om een indruk van iemands goedmoedigheid te krijgen, ontbrak bij een telefonisch consult. Vaak genoeg gebeurde het dan ook, dat ik na zo'n contact alsnog een huisbezoek maakte om zo mijn onzekerheid weg te nemen.

Een tweede bron van frustratie was het feit dat ik steeds minder zicht leek te krijgen op wat zich via de telefoon in de praktijk afspeelde. Herhaaldelijk gebeurde het dat ik niet bekend was met adviezen die de assistente via de telefoon gaf. Het afleveren van 'griepoeders' (pulv. ascali 625 mg) was hiervan een voorbeeld. De afspraak was dat onze doktersassistente in tijden van griep op verzoek van patiënten dit medicijn mocht afleveren. Wanneer ik achteraf ontdekte dat deze poeders, ondanks instructies onzerzijds, ook werden verstrekt aan patiënten met maagklachten in de anamnese, dan maakte mij dat ongerust. In een dergelijke situatie leken de grenzen van een verantwoord beleid met betrekking tot het adviseren via de telefoon te worden overschreden.

Deze persoonlijke onzekerheden en frustraties waren voor mij de aanleiding tot dit onderzoek.

De voorlopige vraagstelling van het onderzoek werd als volgt geformuleerd:

- Wat is er bekend over het gebruik van de telefoon?
- Hoe is het gesteld met het gebruik van de telefoon in mijn eigen praktijk?
- Wat vinden mijn patiënten en collega-huisartsen over het gebruik van de telefoon in de huisartspraktijk?

1. Honderd jaar telefoon

Samenvatting

Betekenis en functie van de telefoon zijn in de loop der tijd veranderd. Aanvankelijk was de functie zuiver zakelijk. Overbrengen van informatie, een betere mogelijkheid tot organisatie en de alarmfunctie waren de belangrijkste aspecten. Voor de particulier die het kon betalen, had de telefoon eveneens het karakter van statussymbool; zo ook voor de eerste artsen-abonnees.

Met de toename van het aantal aansluitingen, de verbetering van de kwaliteit van het telefoonverkeer en de uitbreiding van de technische mogelijkheden kreeg de telefoon steeds meer functies. De 'bewegingsvrijheid' van de huisarts nam toe door mobilfoon, semafoon en autotelefoon. De huistelefoon kwam tot ontwikkeling en de vrije tijd werd beter beschermd door het toepassen van antwoordapparaten en lijndoorkiezer-toestellen. Met name de enorme toename van het aantal telefoonaansluitingen in de zestiger en zeventiger jaren heeft de functie en betekenis van de telefoon in de huisartspraktijk sterk beïnvloed. Het organiseren van afspraakspreekuren werd mogelijk, terwijl telefonische spreekuren werden ingesteld. De telefoon kreeg veel meer betekenis in de communicatie van mens tot mens en daardoor ook in de arts-patiënt relatie.

1.1. Inleiding

Ondanks zijn meer dan honderdjarig bestaan, is er maar weinig onderzoek verricht naar de telefoon. Sprak de ontwikkeling van bijvoorbeeld de stoommachine en het vliegtuig tot de verbeelding, met als resultaat een enorme hoeveelheid literatuur, de telefoon is pas recent in de belangstelling gekomen.

De oorzaak van deze matige interesse kan niet liggen in de geringe betekenis van de telefoon; die oorzaak ligt veeleer in het feit dat de telefoon weinig 'aanspreekt' en qua uiterlijk nauwelijks imponeert. De telefoon is zo gewoon, dat we ons pas van zijn bestaan bewust worden, als het apparaat dienst weigert. Het is als met gezondheid: je merkt pas wat gezond-zijn betekent op het moment dat je ziek bent.

In dit hoofdstuk komt de geschiedenis van de telefoon aan de orde. Daarbij gaat het erom de huidige functie van de telefoon beter te begrijpen en een verklaring te vinden voor de duidelijke toename van het gebruik van de telefoon in de huisartspraktijk.

1.2. De visie van Bell

Reeds in 1878, twee jaar na zijn uitvinding van de 'electric telephone', had Alexander Graham Bell een duidelijk beeld van de functie die de telefoon in de

toekomst zou krijgen. In een brief aan de aandeelhouders van de inmiddels opgerichte Electric Telephone Company voorspelde hij dat er een netwerk van telefoonraden zou ontstaan, waardoor de huizen met elkaar zouden worden verbonden. Zelfs tot in de uithoeken van het land zou men met elkaar kunnen spreken. Een meer directe toepassing zag hij *binnen* de huizen en fabrieken: als huistelefoon zou de telefoon de bestaande spreekbuizen en belsystemen gaan vervangen. Hij zag vooral grote mogelijkheden voor fabrieken, banken, winkels, politie, brandweer, krantenuitgevers, spoorwegen, mijnen en ziekenhuizen. Als het belangrijkste voordeel van de telefoon boven andere systemen, zoals de telegraaf, noemde hij het feit dat er geen speciale vaardigheden voor vereist waren.

Bell sprak de verwachting uit dat een telefoonnet snel gerealiseerd zou kunnen worden en hij twijfelde niet aan de winstgevendheid van het geheel. Hij besloot zijn brief met de intrigerende zin: 'Although there is a great field for the telephone in the immediate present, I believe there is still greater in the future'.¹

1.3. De eerste jaren

Inmiddels weten we dat de toekomstvisie van Bell is uitgekomen. De telefoon maakte in Amerika een stormachtige ontwikkeling door.

In het begin was de belangrijkste functie die van huistelefoon, te vergelijken met de huidige bedrijfstelefoon. De Amerikanen zagen al snel in dat de telefoon van belang was voor een efficiënte bedrijfsvoering. De aanleg van het Panamakanaal (1903) werd bijvoorbeeld mede mogelijk gemaakt door toepassing van de telefoon.

De ontwikkeling van de telefoon als communicatiemiddel over grotere afstanden was aanvankelijk aarzelend. Dit was een gevolg van het feit dat de directie van de Western Union, de telegraafmaatschappij, de mogelijkheden van Bell's uitvinding onderschatte. Toen Bell zijn patent voor 100.000 dollar aan deze maatschappij aanbood, was het antwoord: 'What use could this company make of an electrical toy?'¹

Deze aarzeling heeft echter maar kort geduurd. Toen telefooncentrales hun intrede deden – de eerste te Hartford (Connecticut) in 1878 – werden de mogelijkheden van de telefoon bovendien veel groter: men was niet meer afhankelijk van een rechtstreekse lijn tussen de telefoonbezitters; via de centrale konden alle abonnees met elkaar in contact komen. Hierdoor is de groei sterk gestimuleerd.

De belangrijkste betekenis van de telefoon in die tijd lag in het snel overbrengen van informatie. Dit wordt geïllustreerd door het feit dat het vooral de banken waren die telefoon aanschafte: de ontwikkelingen op de beurs konden met behulp van de telefoon vrijwel op de voet worden gevolgd.

Een voorval dat de mogelijkheden van de telefoon in de begintijd demonstreerde, was een spoorwegongeval in januari 1878, in Taraffville.² Via de telegraaf werd in het naburige Hartford om hulp gevraagd. Daar woonde een zekere I. D. Smith, eigenaar van een *drugstore*. Deze apotheker, zeer geïnteresseerd in wetenschappelijke ontdekkingen en nieuwigheden, was reeds in het bezit

van een telegraafstoel, toen hij in 1877 een aantal telefoontoestellen aanschafte. Hij verbond zijn apotheek met ongeveer twintig artsen in de omgeving en bovendien was er een verbinding met de plaatselijke stalhouderij. Toen de bediener van de telegraaf in Hartford de oproep uit Taraffville binnenkreeg, telegrafeerde hij naar de apotheek van Smith. Dankzij het telefonische contact met de artsen en de stalhouderij kon zeer snel hulp worden geboden.

Vanzelfsprekend kreeg dit voorval veel publiciteit. De betekenis van de telefoon als alarmsysteem en als middel bij het efficiënt organiseren van hulp was hiermee duidelijk aangetoond.

De telefoon had aanvankelijk als bijnaam 'Bell's electrical toy'. Dit was mede een gevolg van het feit dat Bell bij het propageren van zijn uitvinding gebruik maakte van declamaties en operavoorstellingen die elders werden uitgevoerd en via een telefoonlijn voor een verbaasd publiek ten gehore werden gebracht. Op verschillende plaatsen heeft deze verstrooiingsfunctie van de telefoon zich sterk ontwikkeld. Dat was bijvoorbeeld het geval in Boedapest rond 1893, waar een telefoonnet in exploitatie was dat alleen eenrichtingsverkeer kende; men kon naar de telefoon luisteren, terugspreekten was niet mogelijk. Via dit net waren nieuwsdiensten, declamaties en voorstellingen te beluisteren.¹

De opkomst van de radio heeft deze functie sterk beperkt. Opvallend is in dit verband de ontwikkeling van de afgelopen jaren, waarin opnieuw verschillende mogelijkheden tot vermaak via de telefoon worden aangeboden. Voorbeelden zijn de 'Geinlijn' van Max Tàilleur, 'Hit van de dag' en 'Operaesje fers'.

1.4. De ontwikkeling in Nederland

Vergeleken met de stormachtige groei in Amerika was de ontwikkeling van de telefoon in Nederland vrij traag. Terughoudendheid van de overheid heeft hierbij een belangrijke rol gespeeld.³

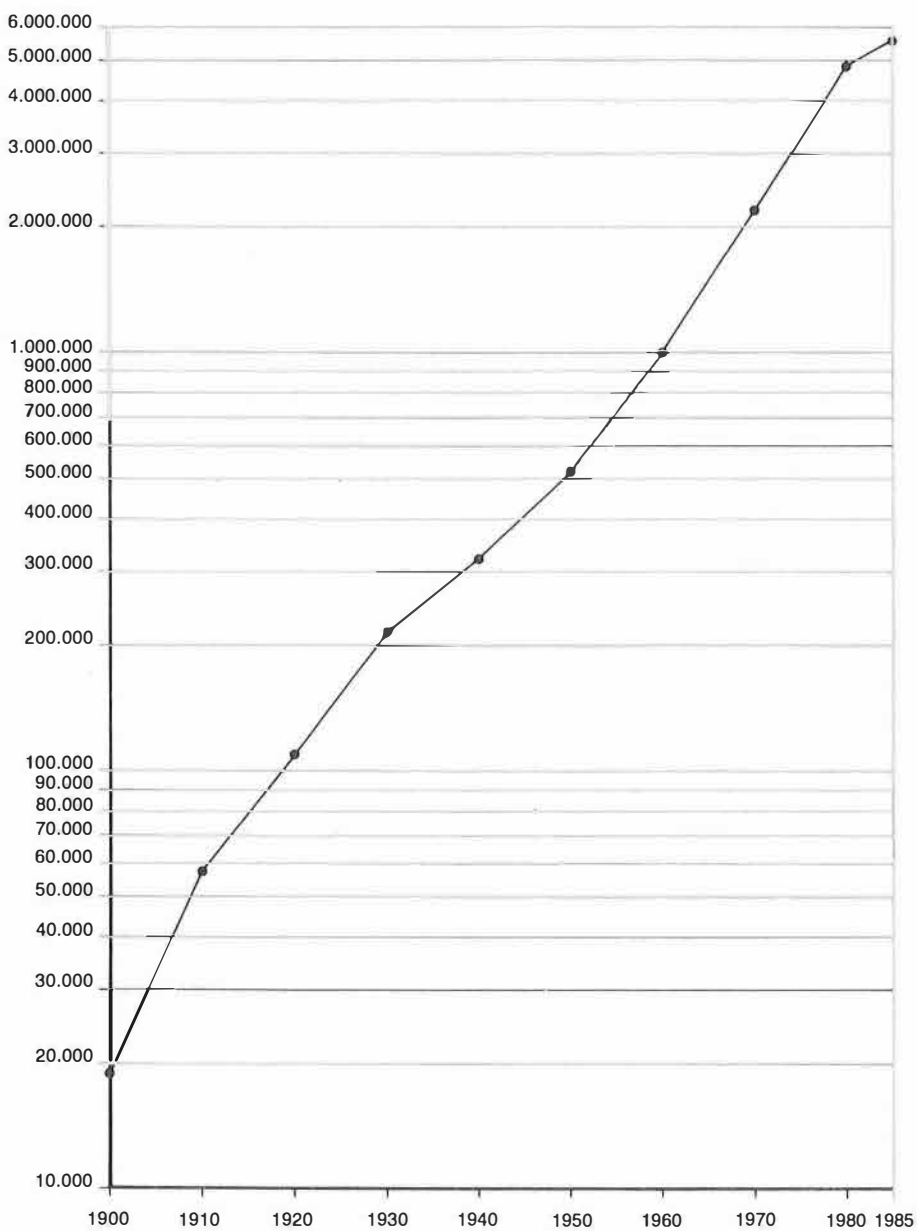
Deze terughoudendheid was vooral gebaseerd op de vrees dat het door de overheid geëxploiteerde post- en telegraafbedrijf nadeel zou ondervinden van een telefoonnet. De overheid gaf de telefoon echter een functie als verlengstuk en ondersteuning van de telegraaf. Voor het bedienen van een telegraafstoel waren verschillende vaardigheden vereist, met name het beheersen van de Morsetekens. Het probleem was dat de postkantoorhouders in kleinere plaatsen niet waren opgeleid voor dit moeilijke werk; daar was dus geen telegraaf. Door nu de postkantoren van deze plaatsen via een telefoonlijn te verbinden met de kantoren in grotere plaatsen, werd het bereik van het telegraafnet aanzienlijk uitgebreid. De eerste plaats die een dergelijk 'kantoor met vereenvoudigde telegrafische inrigting' kreeg, was De Cocksdorp op Texel in 1881. Nog in hetzelfde jaar volgden Loosduinen, IJpendam, IJlst en Rauwerd.³

Eveneens in 1881 werd het eerste telefoonnet in Amsterdam in werking gesteld, met 49 aansluitingen.⁴ In 1882 volgden Arnhem en Rotterdam. In 1890 bedroeg het aantal aansluitingen in Nederland 6.000, in 1900 19.000.

Sindsdien heeft het aantal aansluitingen zich elke tien jaar ongeveer verdubbeld (figuur 1).

De eerste telefoonnetten werden geëxploiteerd door particuliere bedrijven. Rond 1900, toen de eerste concessies afliepen, werd het beheer van deze netten echter

Figuur 1. Het aantal telefoonaansluitingen in Nederland, 1900-1985. Logaritmische schaal.



geleidelijk overgenomen door de overheid. Het zou overigens tot 1940 duren voor de staat alle netten in beheer had gekregen; de laatste netten die in rijkshanden overgingen, waren die van Amsterdam, Den Haag en Rotterdam.

Deze concentratie van het beheer was vooral van belang voor het platteland. De exploitatie in dun bevolkte gebieden was niet winstgevend genoeg om het particulier initiatief te interesseren en de aanleg van telefoonverbindingen kwam daar pas op gang, toen een groot deel van de telefoonnetten in handen was gekomen van de staat.

In 1922 kwam de eerste automatische telefooncentrale in bedrijf, in Amsterdam. De ontwikkeling van een volledig automatisch telefoonnet, zonder tussenkomst van telefonistes, is van grote invloed geweest op de verdere groei van het telefoonverkeer. Het was vooral de permanente beschikbaarheid die de mogelijkheden van de telefoon sterk verhoogde, met name in de dunner bevolkte gebieden. Het zou overigens nog tot 1962 duren voordat het laatste net (Warffum) was geautomatiseerd.

Vrijwel vanaf het begin heeft er een zekere dienstverlening door middel van de telefoon bestaan. De eerste dienstverlening was het vermelden van de juiste tijd door de telefonistes. Desgewenst was de telefoniste ook best bereid mee te delen dat de dokter tijdelijk niet aanwezig was, of dat de vermiste gele kater van mevrouw Pieterse waarschijnlijk door nummer 39 was gesignaleerd. De taak van de telefonistes was dus niet alleen het bedienen van de telefoon; ze hadden ook een sociale functie.

Na 1930, toen het telefoonnet zich uitbreidde en de automatisering op gang kwam, begon de PTT in te zien dat aan serviceverlening te verdienen viel. De tijdmelding werd geautomatiseerd en er moest voor betaald worden. In samenwerking met anderen kwamen steeds meer mogelijkheden tot stand, zoals het telefonisch weerbericht en de telefonische nieuwsdienst van het ANP.

De ontwikkeling van de telefonische hulpverlening door het particulier initiatief verliep parallel aan deze serviceverlening door de PTT. De introductie van de Telefonische Hulpdienst in 1958 te Rotterdam was het begin. Herkenbaar aan het vignet met de vermelding 'SOS telefoondienst, voor een gesprek van mens tot mens', is deze dienst opgenomen in het rijtje alarmnummers achterop elke telefoongids. Met name de laatste tien jaar is er een sterke toename van de telefonische hulp- en informatienummers, zoals de Kindertelefoon, de Nationale Ombudsman, Stichting Korrelatie, de Zwangerentelefoon en de AIDS-lijn.

Parallel aan de groei van het telefoonnet en de daaraan verbonden algemene dienstverlening ontstond ook een meer bijzondere vorm van dienstverlening door de PTT.

Al sinds 1907 bestaat de mogelijkheid tot gebruik van 'huurlijnen'. Aanvankelijk werden deze lijnen vooral gebruikt voor rechtstreekse verbindingen tussen bepaalde bedrijven of diensten. Op die manier was men niet afhankelijk van de openingstijden van de telefooncentrales. De kerktelefoon (sinds 1915) is een ander voorbeeld van het gebruik van huurlijnen. De laatste jaren is de belangstel-

ling voor het gebruik van huurlijnen sterk toegenomen als gevolg van de groeiende betekenis van datatransmissie.

In 1932 werd de Radiomedische dienst opgericht voor het geven van medische adviezen aan opvarenden van schepen waar ook ter wereld. In 1934 werd deze dienst ook via de telefoon bereikbaar.

Na 1945 kwam het reeds bestaande mobilfoonnet tot ontplooiing. Hoewel sommige huisartsen gebruik maken van deze voorziening, is zij zeker geen gemeengoed geworden. Waarschijnlijk spelen organisatorische en financiële aspecten hierbij een rol. Ook het bereik van de mobilfoon is voor sommige huisartsen te beperkt. De autotelefoon (sinds 1980) kan beschouwd worden als een volledig automatische mobilfoon met tevens een groter bereik (heel Nederland).

Een voorziening die wel algemeen ingang heeft gevonden bij huisartsen, is de semafoon, in gebruik sinds 1964. De bezitter van een semafoon kan in de gehele Benelux worden opgeroepen door middel van het draaien van een bepaald telefoonnummer. Het apparaat kent bovendien een zestal codes: door aan het semafoonnummer nog een codenummer toe te voegen, kan men de ontvanger laten weten waarvoor hij wordt opgeroepen. Code 1 kan bijvoorbeeld betekenen: 'direct naar huis bellen, spoedgeval'.

1.5. Wie namen telefoon?

Zakenlieden waren de eersten die telefoon namen.⁴ Voor 'particulieren' was een abonnement veel te duur. Bovendien waren de eerste abonnees uitsluitend te vinden in de grote steden, omdat slechts daar een telefoonnet was.

De periode 1920-1950 kenmerkt zich door een gestage groei van het aantal telefoonaansluitingen, niet alleen in de grote steden maar ook op het platteland. Enerzijds was dit een gevolg van de daling van de kosten, anderzijds werden de aanvankelijke bezwaren van de telefoon steeds minder belangrijk. Het ontbreken van een schriftelijke neerslag van een telefoongesprek was bijvoorbeeld iets waaraan men eerst moest wennen, evenals de mogelijkheid dat men werd aangesproken door volkomen onbekenden. Woede-uitbarstingen waren van dit laatste vaak het gevolg.⁵ Verder nam de bedrijfszekerheid van de telefoon steeds meer toe.

Tot ongeveer 1950 waren het vooral bedrijven, winkels en instellingen die gebruik maakten van de telefoon. Daarna kwam de ontwikkeling van de telefoon echter in een stroomversnelling. De oorlog had een achterstand doen ontstaan, die snel ingelopen zou worden. De toename van het aantal aansluitingen werkte bovendien op zichzelf weer stimulerend: het bezit van telefoon wordt immers aantrekkelijker naarmate men op die manier meer mensen kan bereiken. Hebben de kinderen eenmaal telefoon, dan schaffen de ouders ook telefoon aan. Indien de sociale laag waarin iemand functioneert, telefoon aanschaf dan is het moeilijk van telefoon verstoken te blijven.⁴

Deze ontwikkeling was niet mogelijk geweest zonder een toename van de wel-

vaart. Doordat men meer te besteden kreeg, werd de telefoon voor steeds grotere groepen betaalbaar. In 1970 had nog slechts 20 procent van de arbeidersgezinnen de beschikking over telefoon, tegenover 66 procent van het kantoorpersoneel en hoger geplaatsten. Bij de 4.000.000ste telefoonaansluiting in 1978 was 70 procent van de huishoudens aangesloten, terwijl 74 procent van de bejaarden over telefoon beschikte.⁴

De telefoondichtheid is in 1986 bijna 100 procent geworden, wat wil zeggen dat vrijwel alle huishoudens telefoon hebben.

1.6. Functie en betekenis van de telefoon

Tot ongeveer 1840 was de snelheid van het berichtenverkeer te land afhankelijk van de verplaatsingssnelheid van het paard. Met de komst van de trein nam de snelheid van het berichtenverkeer toe. De ontwikkeling van de telegraaf – voor het eerst toegepast in 1843 – luidde een tijdperk in van veel snellere berichtgeving. Dit medium kende echter enkele belangrijke bezwaren: de moeilijke bediening, de hoge kosten van het apparaat en de inbreuk op de privacy.

Het ligt voor de hand dat de belangrijkste functie van de telefoon in de begintijd het overbrengen van informatie was. Dit overbrengen van informatie gold 'over en weer': men kon direct reageren. Bovendien was het mogelijk veel uitgebreider en gedetailleerder in de berichtgeving te zijn door het gebruik van de menselijke stem.

De betekenis die de telefoon daardoor kreeg, is nu moeilijk te schatten. Wij zijn geneigd de betekenis die de telefoon toen had, af te meten aan de huidige situatie. Zeker is dat de telefoon een enorme invloed had op de organisatie en uitvoering van grote projecten. De aanleg van het Panamakanaal is reeds genoemd; het bouwen en bewonen van wolkenkrabbers is zonder telefoon nauwelijks denkbaar.

Daarnaast heeft de telefoon een diepgaande invloed gehad op het functioneren van de overheid en op de relatie tussen overheid en bevolking. De sterke verbreiding van de telefoon heeft een belangrijke rol gespeeld bij het tot stand komen van een efficiënt en democratisch bestuur.¹

1.7. Huisarts en telefoon

Pas tegen de eeuwwisseling, bijna twintig jaar na de introductie van de openbare telefoon, begonnen artsen zich te abonneren op de telefoon.^{5 6} Een stad als Utrecht (met 102.000 inwoners) telde toen 650 telefoonaansluitingen. Deze aansluitingen waren vooral te vinden in winkels (182), woonhuizen (150), fabrieken (109), overheidsinstellingen (37), groothandels (33) en kantoren (29). De meest voorkomende beroepen van de bewoners der aangesloten woonhuizen waren: fabrieksdirecteur (29), spoorwegbeambte (17), arts (14) en advocaat (9).

Er is wel geopperd dat deze artsen telefoon aanschaften ten gerieve van hun

patiënten uit de hogere kringen.⁵ Daar staat dan het woord van de huisarts Dijkhuizen uit Eenrum tegenover. Toen hij in 1914 telefoon nam, was dat niet omdat hij er zoveel voordeel in zag; hij 'deed mee met de anderen' (en die anderen waren de veerts, de burgemeester en de directeur van een vlasfabriek). Het hebben van telefoon was eerder het kenmerk van een bepaalde status dan een onderdeel van de bedrijfsvoering. Dijkhuizen schafte zijn telefoon ook niet aan ten gerieve van zijn patiënten; eventuele spoedeisende zaken werden via de telefoon van het plaatselijke postkantoor naar de huisarts overgebracht. Dat kon alleen tijdens de openingstijden van het postkantoor.⁴

Een belangrijk aspect was dus het 'met de tijd meegaan'. Een interessante parallel is te trekken met de opkomst van de computer in onze tijd. Evenals de telefoon in de begintijd heeft de computer het image in de toekomst zeer belangrijk te zullen worden. De nieuwsgierigheid wordt geprikkeld, waardoor men een computer aanschafte, die dan vaak als speelgoed wordt gebruikt. Zoals gezegd, had de telefoon aanvankelijk de bijnaam 'Bell's electrical toy'.

Toen de telefoon er eenmaal was, heeft hij langzamerhand een aantal functies gekregen. De privé-functie zal in de beginperiode de belangrijkste zijn geweest. Regelmatig voorkomende zaken die een huishouden in die tijd via de telefoon kon regelen, moeten hiertoe worden gerekend. Hierbij valt te denken aan het regelen van vervoer via de stalhouderij, het reserveren van een kamer in een hotel, inlichtingen inwinnen bij de bank. De telefoon werd gebruikt voor min of meer zakelijke doeleinden; als instrument voor 'een gesprek van mens tot mens' was het apparaat nog niet in zwang.

Ook de functie van huistelefoon was nog niet van belang. De praktijkruimte bestond meestal uit nauwelijks meer dan een kamer en een huistelefoon had dus weinig zin; ook de kostenfactor zal een rol hebben gespeeld.

De organisatorische functie van de telefoon in de huisartspraktijk was van geringe betekenis, zolang nog slechts weinig mensen over telefoon konden beschikken. Wel zal telefonisch contact hebben plaatsgevonden met apothekers of leveranciers van geneesmiddelen en met ambulancediensten.

Hetzelfde gold voor de betekenis van de telefoon in het directe arts-patiënt contact. Niet alleen hadden weinig mensen telefoon; de noodzakelijke tussenkomst van een telefoniste (die overigens zwijgplicht had) maakte dat men niet zo vanzelfsprekend als tegenwoordig telefonisch contact met de dokter zocht. En verder moesten de mensen eerst aan de telefoon wennen. De telefoon had iets magisch en iets dreigends. Dijkhuizen kon duidelijk merken dat patiënten zich bij een telefoongesprek allerminst op hun gemak voelden.⁴ Waarschijnlijk gold hetzelfde voor de dokter.

Voor na 1945 begon het belang van de telefoon sterk toe te nemen. De gezondheidszorg werd omvangrijker en ingewikkelder, en samenwerking van de huisarts met anderen werd noodzakelijk. Bij die samenwerking speelde de telefoon een belangrijke rol; de organisatorische functie van de telefoon kreeg daardoor steeds meer gewicht.

Ook de huistelefoon-functie ging zich ontwikkelen. De praktijkvoering van de huisarts veranderde, er kwamen doktersassistentes, de praktijkruimten werden groter, en de beschikbare apparatuur werd beter en goedkoper.

Waarschijnlijk is de praktijkorganisatorische functie van de telefoon het meest gegroeid. Doordat vrijwel iedereen over telefoon ging beschikken, werd het heel gewoon allerlei zaken door middel van de telefoon te regelen. Het houden van afspraakspreekuren werd bijvoorbeeld mogelijk door de telefoon.

In menige huisartspraktijk is de communicatie-functie van de telefoon in het arts-patiënt contact eveneens toegenomen, vooral na 1960, toen 'de grote democratisering' van de telefoon begon. Telefonische spreekuren werden ingesteld om de drukte te kanaliseren en de beschikbaarheid van de huisarts zoveel mogelijk te garanderen. Lang niet alle huisartsen zijn echter meegegaan in deze ontwikkeling. De oorzaak hiervan is niet altijd duidelijk. De een vindt het behandelen van patiënten per telefoon gevaarlijk, anderen vinden het kostenaspect belangrijk. Of een telefoongesprek wel of niet in rekening moet worden gebracht, is voor veel huisartsen nog een open vraag. Het heeft er alle schijn van, dat althans een deel van de huisartsen de ontwikkelingen met betrekking tot de telefoon niet kan of niet wil volgen.

In het licht van de geschetste ontwikkeling lijkt het echter noodzakelijk dat ook de huisarts zich bezint op de integratie van de telefoon in de dagelijkse gang van zaken.

Literatuur

¹ De Sola Pool I, ed. *The social impact of the telephone*. 2nd ed. Cambridge, Ma.: MIT Press, 1981.

² Kingsbury JE. *The telephone and telephone exchanges*. London: Longmans, Green and Co, 1915.

³ Hogesteeger G. *De introductie van het fenomeen telefoon in Nederland*. Het PTT-Bedrijf 1976; XX(3): 177-90.

⁴ Anoniem. *Honderd jaar telefoon*. 's-Gravenhage: PTT Telecommunicatie, 1981.

⁵ Kok P. *De consument aan de slinger. Telefoon en consument in Utrecht 1884-1890*. Groningen, 1978.

⁶ Van Vugt T. *De penetratie van telefoon en waterleiding in Tilburg rond 1900* [Doctoraalscriptie]. Nijmegen, 1979.

2. Telefoneren in de huisartspraktijk

Samenvatting

Non-verbale communicatie heeft een informatie-verstrekende en een proces-onderhoudende functie. Beide functies worden door telefonische communicatie sterk ingeperkt. Vermindering van de informatie-verstrekking kan leiden tot onzekerheid bij de gesprekspartners; aantasting van de proces-onderhoudende functie zal vooral delicate gesprekken beïnvloeden. Wellicht biedt de gespreksanalyse perspectieven om de communicatie via de telefoon nader te analyseren.

Amerikaanse kinderartsen, die veel tijd aan telefonische hulpverlening besteden, hebben protocollen uitgewerkt om verantwoorde telefonische hulpverlening mogelijk te maken. Huisartsen in Canada, de VS en Israël hebben enig inventariserend onderzoek verricht. Door de verschillende omstandigheden zijn de resultaten moeilijk vergelijkbaar met de situatie in Nederland. In ons land is tot nu alleen een literatuurstudie over het telefonisch spreekuur gepubliceerd. Verder is onderzocht welke contactredenen patiënten presenterden op het telefonisch spreekuur van de huisarts en de doktersassistente.

In de leerboeken op het gebied van de huisartsgeneeskunde komt de telefoon alleen impliciet aan de orde. In het *Basistakenpakket van de huisarts* wordt de rol van de telefoon enkele keren genoemd, maar expliciete richtlijnen ontbreken. De taakomschrijving van de doktersassistente is op dit punt daarentegen zeer gedetailleerd.

2.1. Spreken via de telefoon

Deze eerste paragraaf heeft vooral betrekking op de specifieke aspecten van het communiceren via de telefoon. Hiervoor is hoofdzakelijk gebruik gemaakt van het werk van *Short et al.*, die ruim tien jaar geleden in opdracht van de Britse PTT onderzochten, welke voordelen *viewphone* (beeldtelefoon) zou bieden boven de gangbare telefoon.¹

Short et al. maken gebruik van de volgende omschrijving van het begrip communicatie: 'the physical signals whereby one can influence the behavior of another'.² Dit houdt in dat een verandering van de uitgezonden signalen ook het effect van die signalen zal beïnvloeden. Een marktkoopman probeert met grappen en grollen, en vaak in plat Nederlands, de aandacht van het publiek te trekken. Als hij zich van algemeen beschaafd Nederlands zou bedienen en zijn stemverheffingen achterwege zou laten, zou het effect van zijn optreden daardoor veranderen.

Bij het telefoneren worden vooral de non-verbale signalen van de communicatie beïnvloed. Het meest opvallend is het ontbreken van oogcontact.

Non-verbale communicatie is lang niet altijd eenduidig. Janknikken en neeschudden hebben een duidelijke betekenis. Verdrietig zijn, boos zijn en zenuw-

achtigheid zijn voorbeelden van gemoedstoestanden die vooral op non-verbale wijze worden uitgedrukt. Ieder individu doet dat op voor hem karakteristieke wijze. De aard van de non-verbale communicatie is overwegend affectief; de betekenis ervan ligt vooral in de sfeer van de emoties. Belangrijke non-verbale signalen worden gegeven door middel van de gelaatsuitdrukking, de blik in de ogen, de kleding, de lichaamshouding en de lichamelijke afstand.

In de normale communicatie hebben non-verbale signalen twee functies. De eerste is rechtstreeks gebonden aan de informatie die wordt overgebracht. De signalen illustreren als het ware de *inhoud* van de communicatie. Dit is de *informatie-verstrekkende functie* van non-verbale signalen. De tweede functie is verweven met het *proces* van communiceren. De non-verbale tekens helpen het communicatieproces in stand te houden, ze zijn proces-onderhoudend. Deze *proces-onderhoudende functie* van non-verbale signalen reguleert het proces van interactie. Een voorbeeld is het aangeven van het moment van spreken en zwijgen. Door middel van oogcontact, langzamer gaan spreken, intonatie, houding en dergelijke wordt aangegeven wiens beurt van spreken het is.

Informatie-verstrekkende functies

- Het maken van gebaren. Wanneer men videobeelden zonder geluid bekijkt, kan men vaak uit de houding en de gebaren afleiden wat het onderwerp van de conversatie ongeveer is. De telefoon beperkt deze non-verbale uitingsmogelijkheden heel sterk. Deze beperking zal zeker effect hebben op de interactie van de gesprekspartners. Overigens zal dit effect per individu verschillen: de een gesticuleert veel meer dan de ander, terwijl ook vervanging door andere soorten uitingen mogelijk is (bijvoorbeeld woorden, intonatie en zuchten).
- Stereotype gebaren. Janknikken en neeschudden zijn wel de meest duidelijke voorbeelden. In de regel kunnen deze gebaren door woorden worden vervangen. Deze functie is daarom bij het telefoneren van minder belang.
- Nabijheid, houding, gelaatsuitdrukking en blik van de ogen. Deze non-verbale uitingsmogelijkheden geven vooral aan hoe de spreker over de ander denkt. Ze drukken uit wat men voor iemand voelt. Op deze wijze wordt meestal de houding van mensen ten opzichte van elkaar bepaald. In de telefonische situatie is deze mogelijkheid sterk beperkt. Dit zal vooral consequenties hebben voor telefonische contacten waarin persoonlijke onderwerpen aan de orde zijn. Het ontbreken van dit soort informatie veroorzaakt onzekerheid.

Proces-onderhoudende functies

- Het tonen van belangstelling voor de ander. Dit gebeurt vooral door middel van de blik, het knikken met het hoofd en het maken van gebaren. Bij het telefoneren worden deze signalen voor een deel vervangen door korte kreten zoals 'hm, hm' en 'ja, ja'. Het tonen van belangstelling voor de ander wordt door het medium telefoon bemoeilijkt; men wordt meer afhankelijk van verbale signalen. Voor de minder verbaal begaafden zal de telefoon een handicap zijn bij het uiten van belangstelling voor de ander.
- Hoofdbewegingen en bewegingen van de ogen. Deze signalen geven vaak aan

wiens beurt van spreken het is. Het ligt voor de hand dat bij het telefoneren, door het ontbreken van oogcontact, storingen kunnen ontstaan in dit proces van spreken en zwijgen. Onderzoek op dit terrein heeft deze veronderstelling echter niet bevestigd.¹ Kennelijk zijn er tijdens het telefoneren andere mogelijkheden die dit proces reguleren, zoals intonatie en tempo van spreken.

- Feed-back. Hieronder wordt verstaan dat de spreker tekens krijgt van zijn gesprekspartner, waarmee duidelijk wordt hoe deze over de spreker denkt. De gesprekspartner kan bijvoorbeeld instemming uiten door instemmend te knikken; hij kan echter ook van andere mogelijkheden gebruik maken, zoals glimlachen of dichterbij komen.

Wanneer het oogcontact wegvalt, zoals bij het telefoneren, ontstaan problemen op dit punt. De spreker komt veel minder te weten hoe de ander op zijn woorden reageert. Het gevolg is onzekerheid. Daarom worden bij het telefoneren zaken van meer persoonlijke aard dikwijls vermeden omdat men in het onzekere blijft over de uitwerking van het besprokene. Het resultaat is dat een heel ander gesprek ontstaat dan men in gedachten had.

Veel non-verbale informatie die ons tijdens het spreken via het oog bereikt, kan ook door middel van het oor worden ontvangen. Intonatie, woordkeus en het inlassen van pauzes zijn voorbeelden van auditieve perceptie van non-verbaal gedrag.

Door de afwezigheid van oogcontact bij het telefoneren ontbreekt een belangrijk middel tot communicatie. Een van de voornaamste gevolgen is dat mensen die via de telefoon met elkaar spreken, minder zeker zijn van de informatie die zij over elkaar krijgen.

In verscheidene experimenten is onderzocht of het ontbreken van oogcontact invloed had op de inhoud van de communicatie.^{1 2} In deze experimenten werden identieke opdrachten gegeven aan proefpersonen in een normaal vis-à-vis contact en in een telefonische situatie. Het uiteindelijke resultaat, het volbrengen van de taak, werd gemeten.

Gold als opdracht het overbrengen van zakelijke informatie, dan was er geen verschil in resultaat tussen het normale en het telefonische contact. Was de opdracht het oplossen van een meer zakelijk probleem, dan kwamen er in de vis-à-vis situatie meer mogelijkheden aanbod. Je zou kunnen zeggen dat het probleem in het normale gesprek genuanceerder werd benaderd. Deze gesprekken duurden ook langer. Het uiteindelijke resultaat was echter voor beide communicatievormen hetzelfde. In deze situatie werkte de telefoon dus efficiëntie-bevorderend.

Het oplossen van een conflict bleek een opdracht die moeilijker te beoordelen was. Er waren aanwijzingen dat de proefpersonen bij het telefoneren minder coöperatief en minder geneigd tot het bereiken van overeenstemming waren dan in de vis-à-vis situatie. Waarschijnlijk speelt de inhoud van het conflict een belangrijke rol.

Een verrassende bevinding was dat de proefpersonen tijdens het telefoneren vaker van mening veranderden dan in een vis-à-vis situatie.² Overeenkomstig deze bevindingen worden reclamecampagnes in de Verenigde Staten vaak via de

telefoon gevoerd, terwijl ook bij verkiezingen de telefoon een belangrijke rol speelt.

Ook waren er opdrachten waarbij de persoonlijke perceptie van de proefpersoon een belangrijke rol speelde, zoals het voeren van een sollicitatiegesprek. Daarbij ging het om vragen als: 'lijkt iemand betrouwbaar?' en 'is iemand geschikt voor een bepaalde baan?'. Wat de juistheid van de beoordelingen betreft, was er geen verschil tussen de telefonische en de vis-à-viscontacten. In de telefonische situatie hadden de proefpersonen echter veel minder vertrouwen in hun eigen oordeel.²

2.2. Gespreksanalyse

De laatste decennia heeft de interactie tussen patiënt en huisarts veel aandacht gekregen. Dit heeft onder meer geresulteerd in gespreksvaardigheidstraining van (aanstaande) huisartsen. Deze trainingen zijn echter niet of nauwelijks gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk.

De conversatie- en de discourse-analyse (tezamen ook wel aangeduid als gespreksanalyse) bieden in dit opzicht wellicht perspectieven. De *conversatie-analyse* houdt zich bezig met de vraag hoe mensen hun gesprekken organiseren, in termen van waarneembare handelingen; 'verborgen bedoelingen' blijven daarbij in het algemeen buiten beschouwing. De *discourse-analyse* probeert vooral regels te formuleren voor de opbouw van een gesprek, op grond van de rolverdeling waaraan participanten zich op voorhand onderwerpen.³

Bremer veronderstelt dat een nauwkeurige taalanalyse van de arts-patiënt communicatie de dokter in staat zal stellen zijn patiënt beter te begrijpen; bovendien zou er een relatie bestaan tussen de klacht en het taalgebruik van de patiënt bij het uiten van de klacht.⁴

Veel gesprekken verlopen volgens bepaalde patronen. Door onderkenning van deze processen is het wellicht mogelijk de essentie van op het oog irrelevante verhalen beter te begrijpen.⁵ Ook veel telefoongesprekken verlopen volgens specifieke patronen.^{2 6} Nader onderzoek van de communicatie per telefoon met behulp van gespreksanalyse zou kunnen leiden tot een verheldering van het communicatieproces, en daarmee tot een verbetering van het rendement van het telefoongesprek.

2.3. Telefonische hulpverlening door (huis)artsen

Buitenland

De Amerikaanse kinderartsen kunnen alle kinderen tot hun patiëntenkring rekenen en sommigen van hen besteden 25 procent van hun werktijd aan hulpverlening via de telefoon. Zoals de kinderarts *Heagarty* schrijft: 'The telephone has become as much a part of our standard equipment as our stethoscopes'. Anderzijds stelt zij vast, dat 'the immense and growing importance of the telephone

to our daily practice has gone virtually unnoticed by medical care researchers, medical educators, and health care planners'.⁷

Schmitt heeft een boek geschreven als handleiding voor kinderartsen bij het geven van telefonische adviezen. Het werk bestaat uit vier delen: Telephone management, Emergency telephone protocols, The most common protocols (in totaal 18) en Other telephone protocols (in totaal 154).⁸

In Canada verrichtte de huisarts *Westbury* een *workload study* in zijn praktijk betreffende de telefoon, de 'electric speaking practice'. Enkele conclusies: 'The telephone practice accounts for about 20% of the total practice workload' en 'The use of the telephone for medical purposes saves much time for the patients and much money for the paying agency'.⁹

Meer recent hebben Amerikaanse huisartsen gepubliceerd over de telefoon in hun praktijk. In een korte beschouwing onderscheidt *Curtis* vier terreinen die aandacht verdienen:

- het terrein van het praktijk-management, de toerusting en het hanteren van de telefoon;
- de diagnostische mogelijkheden van de telefoon ('It is surprising how slapdash we are with our questions over the telephone');
- de mogelijkheid tot therapie, met name bij het adviseren bij de *self-limiting illnesses* (ziekten die spontaan genezen);
- de mogelijkheden op het terrein van begrijpen en begrepen worden; de communicatieve vaardigheden van de arts (en patiënt?) komen hier vooral aan bod.¹⁰

In samenwerking met *Talbot* onderzocht *Curtis* de telefoongesprekken buiten de normale praktijken in een huisartspraktijk. In 72 procent van de gevallen bleef het bij het telefonisch contact. Koorts en wonden waren de meest voorkomende symptomen; luchtweginfecties, kleine trauma's en angst de meest frequente diagnoses. De arts raakte in 13 procent van de contacten gefrustreerd door het geringe belang van het contact.¹¹

Fischer and Smith deden een inventarisatie van de telefonische verrichtingen in vier 'family practice settings'. Daartoe werden de contacten ingedeeld in 50 'chief complaints'. Verreweg de meest voorkomende 'chief complaint' was infectie van de bovenste luchtweg, gevolgd door griep en koorts. Artsen en 'receptionists' kregen met ongeveer dezelfde opbelredenen te maken. Artsen waren meer geneigd advies te geven of een medicijn voor te schrijven; 'receptionists' lieten vaker iemand op het spreekuur komen.¹²

Solberg et al. deden een grote inventarisatie in Minnesota in 33 praktijken met in totaal 139 artsen. De *patient-care* contacten – 81 procent van het totaal aantal telefonische arts-patiënt contacten – hadden betrekking op advies (30 procent), herhalingsrecept (19 procent), uitslag van onderzoek (14 procent), hospital/nursing home (10 procent) en een restcategorie (11 procent). Morbiditeit werd niet geregistreerd.¹³

In Tel Aviv deed *Weingarten* een onderzoek naar de telefonische consultatie in zijn huisartspraktijk. Hij rubriceerde daartoe 350 verrichtingen. In 80 procent van de gevallen ging het telefoongesprek over een medisch probleem en de helft

daarvan was nieuw. De meest voorkomende diagnose-categorieën waren: infecties van de bovenste luchtwegen, gastro-intestinale stoornissen en koorts. In meer dan de helft van de gevallen kon worden volstaan met het geven van advies.

Volgens *Weingarten* is de telefoon vooral van belang voor twee doeleinden: vroege rapportage van nieuwe symptomen en het terugkoppelen van *follow-up* informatie. Hij veronderstelt dat dit zal leiden tot een reductie van het spreekuurbezoek en dat de mogelijkheden van medische surveillance hierdoor zullen worden vergroot.¹⁴

Nederland

In ons land is door huisartsen nog nauwelijks over de telefoon gepubliceerd.

Door *Starreveld* is een literatuurstudie verricht, naar aanleiding van zijn onvrede rond de gang van zaken bij het telefonisch spreekuur: het wordt steeds drukker, terwijl de particuliere patiënt niets betaalt. *Starreveld* doet de volgende suggesties ten aanzien van de praktijkorganisatie:

- verminderen en sturen van de telefonische vragen;
- afspraken maken met collega's over verschillende tijden voor het telefonisch spreekuur en regeling van de bereikbaarheid voor spoedgevallen;
- vooraf selecteren van uitslagen waarover gebeld kan worden;
- maken van aantekeningen over telefonische consulten;
- goede instructie van de assistente.¹⁵

In enkele publikaties werd meer zijdelings iets aangaande de telefoon onderzocht. *Adam en Ten Cate* hebben nagegaan hoeveel telefonische consulten de huisarts per dag heeft. De huisarts met een praktijk van 3000 patiënten ziet gemiddeld per dag 34 mensen op het spreekuur, heeft 15 telefonische contacten en bezoekt 7 patiënten thuis.¹⁶

De Haan heeft 362 verrichtingen tijdens het telefonisch spreekuur gerubriceerd volgens de Reason For Encounter Classification. Uitslagen van onderzoek, hoesten en diarree waren de meest voorkomende redenen om te bellen. Voor de doktersassistente werden eveneens de contactredenen geregistreerd, zowel via de telefoon als aan de balie. Uitslagen van onderzoek, hoesten en wormen waren voor de assistente de meest voorkomende RFE's. In verreweg de meeste gevallen werd een advies gegeven.¹⁷

In de leerboeken op het gebied van de huisartsgeneeskunde wordt alleen terloops ingegaan op de betekenis van de telefoon. Zo stelt *Van Es* in 'Inleiding tot de huisartsgeneeskunde': 'De resultaten van een morbiditeitsregistratie worden in sterke mate door de praktijkvoering beïnvloed. Als men de gewoonte heeft veel adviezen telefonisch te geven dan heeft dit invloed op het "morbiditeitspatroon" in die praktijk, d.w.z. op de verdeling van ziekten en klachten, die de huisarts werkelijk te zien krijgt.'¹⁸ In 'Patiënt en huisarts' beveelt hij aan een telefonisch spreekuur in te stellen; dit kan het effect van barrièrevorming door de doktersassistente tussen patiënt en huisarts enigszins te niet doen.¹⁹

In 'Kenmerken van de huisarts, II' vinden we in het hoofdstuk over praktijkvoering de volgende opmerking over de telefoon: 'De huisarts kan ook van de

moderne communicatiemiddelen gebruik maken. Deze dienen de doeleinden van de huisartsgeneeskunde, zoals toegankelijkheid, te bevorderen. Een evenwichtig gebruik kan een belangrijk hulpmiddel zijn om de wensen en belangen van arts en patiënt met elkaar in overeenstemming te brengen.²⁰

Tenslotte moet hier nog melding gemaakt worden van een brochure van het (voormalige) Nederlands Huisartsen Instituut, geschreven in samenwerking met de Commissie Praktijkvoering van het Nederlands Huisartsen Genootschap: 'Overzicht van de mogelijkheden voor bereikbaarheid en communicatie ten behoeve van de huisarts'.²¹

2.4. Taakomschrijvingen

Wat duidelijk opvalt als men de taakomschrijving met betrekking tot de telefoon van huisarts en doktersassistente vergelijkt, is het verschil in gedetailleerdheid. In het *Basistakenpakket van de huisarts* vindt geen omschrijving plaats van de telefoontaak. Wel wordt bij het formuleren van ondersteunende taken opgemerkt dat de taak van de huisarts is er voor te zorgen dat hij een zodanige praktijkuitrusting heeft dat hij de in het rapport genoemde taken adequaat kan uitvoeren. Onder deze praktijkuitrusting wordt onder andere verstaan 'de apparatuur nodig voor de communicatie en bereikbaarheid'. Eveneens een taak van de huisarts is dat hij en zijn praktijk, direct en permanent bereikbaar zijn. Volgens de toelichting vereist deze taak snelle bereikbaarheid van de huisarts door middel van communicatie, maar tevens permanente assistentie. Bij het verzorgen van een adequate waarnemingsregeling worden enkele opmerkingen gemaakt over het gebruik van antwoordapparaten: 'Het verdient aanbeveling om ervoor te zorgen, dat de praktijk overdag tenminste 8 uur, overeenkomend met de werktijden van een full-time doktersassistente, rechtstreeks bereikbaar is (zonder tussenkomst van een antwoordapparaat). Tevens verdient het aanbeveling om te voorkomen dat er meer dan één antwoordapparaat staat tussen de eerste hulpaanvraag en een reactie daarop. Vakantie kan daarop een uitzondering zijn'.²²

De Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA) onderscheidt als onderdeel van de *intake functie* van de doktersassistente de telefoonfunctie. Deze telefoonfunctie bestaat uit:

- het aannemen van visites met beoordeling op noodzaak en spoed;
- het maken van afspraken;
- het inwinnen van gegevens over en voor de patiënt en het doorgeven hiervan aan de andere hulpverlener;
- het contact tot stand brengen met andere hulpverleners, gezondheidsinstaties en anderen;
- het in ontvangst nemen van waarneemberichten en het ter kennis brengen hiervan aan de andere hulpverlener.²³

Ten Cate beschrijft op een enkel punt deze telefoonfunctie iets gedetailleerder.²⁴ Het aannemen van verzoeken om recepten en het stellen van relevante

vragen hierbij, evenals het aannemen van verzoeken om herhalingsrecepten, verwijskaarten, machtigingen enzovoort is volgens deze auteur een onderdeel van de telefoonfunctie van de doktersassistente.

Aan de patiënt-voorlichtende functie van de doktersassistente worden verschillende aspecten onderscheiden.

Het informatie-verstrekkend aspect bestaat uit het doorgeven van laboratoriumuitslagen in overleg met de huisarts, alsmede het verschaffen van inlichtingen over het doel van medisch technische zaken. Het verstrekken van inlichtingen over de organisatie van de instelling (voor gezondheidszorg) en het informeren over patiëntenverenigingen en zelfhulpgroepen valt hier eveneens onder.

Het instructie-verstrekkend aspect bestaat uit het geven van adviezen bij niet ernstige gezondheidsstoornissen en het geven van adviezen over behandelingsmethoden en de voorbereiding op onderzoeken.

Het educatieve aspect van de functie van de doktersassistente bestaat uit het verstrekken van uitleg over de noodzaak van bepaalde maatregelen, behandelingen of therapieën. Het geven van aanwijzingen op hygiënisch gebied wordt eveneens tot dit aspect gerekend.

Het aspect van de patiënten-begeleiding wordt gevormd door het in brede zin ondersteunen en het zonedig verstrekken van relevante en duidelijke informatie aan de patiënt. Het oproepen van patiënten voor periodieke onderzoeken maakt hiervan ook deel uit.

Literatuur

- ¹ Short J, Williams I, Christie B. *The social psychology of telecommunications*. London, etc.: John Wiley & Sons, 1976.
- ² De Sola Pool I, ed. *The social impact of the telephone*. 2nd ed. Cambridge (Ma.), London: MIT Press, 1981.
- ³ Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. *Het gesprek met de patiënt: ook voor dokters een puzzle* [Ten geleide]. Huisarts Wet 1987; 30: 134-6.
- ⁴ Bremer GJ, Berenst J. *De dokter en de taal*. Huisarts Wet 1987; 30: 142-3.
- ⁵ Houtkoop-Steenstra H. *De anamnestiche functie van 'irrelevante' verhalen*. Bijdrage voor het Congres van de NSAV, Medische Sociologie 4.4.1986.
- ⁶ Houtkoop-Steenstra H. *Establishing agreement; an analysis of proposal-acceptance sequences* [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1987.
- ⁷ Heagarty MC. *From house calls to telephone calls* [Editorial]. Am J Primary Health 1978; 68: 14-5.
- ⁸ Schmitt BD. *Pediatric telephone advice*. Boston: Little Brown and Comp., 1980.
- ⁹ Westbury RC. *The electric speaking practice; a workload study*. Can Fam Physician 1974; 20: 69-76.
- ¹⁰ Curtis P. *The telephone in medical practice*. J Fam Pract 1978; 10: 897-98.
- ¹¹ Curtis P, Talbot A. *The after-hours call in family practice*. J Fam Pract 1978; 10: 901-9.
- ¹² Fischer PM, Smith SR. *The nature and management of telephone utilization in a family practice setting*. J Fam Pract 1979; 11: 321-7.
- ¹³ Solberg LI, Mayer TR, Seifert MH, Cole PM, Holloway RL. *Office telephone calls in family practice*. J Fam Pract 1984; 16: 609-16.
- ¹⁴ Weingarten ME. *Telephone consultations with patients: a brief study and review of the literature*. J R Coll Gen Pract 1982; 32: 766-80.

- ¹⁵ Starreveld JG. *Het telefonisch spreekuur van de huisarts*. Huisarts Wet 1983; 26: 448-51.
- ¹⁶ Adam WL, Ten Cate RS. *De visite in de huisartspraktijk*. Huisarts Wet 1979; 22: 488-92.
- ¹⁷ De Haan J. *De doktersassistente. Delegeren van taken in een huisartspraktijk*. Lelystad: Meditekst, 1986.
- ¹⁸ Bremer GJ, Van Es JC, Hofmans A. *Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. Deel I*. 2e dr. Leiden: Stenfert Kroese, 1974.
- ¹⁹ Van Es JC. *Patiënt en huisarts*. 2e dr. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.
- ²⁰ Van Es JC, De Melker RA, Goosmann FCL. *Kenmerken van de huisarts, II*. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- ²¹ Anoniem. *Overzicht van de mogelijkheden voor bereikbaarheid en communicatie ten behoeve van de huisarts*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.
- ²² Anoniem. *Vademecum voor de huisarts*. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1986.
- ²³ Anoniem. *Beroepsprofiel van de doktersassistent(e)*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten, 1984.
- ²⁴ Ten Cate RS. *Huisarts en praktijkassistent*. In: Nieuw kompas voor de huisarts. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

3. Vraagstelling

Uit het literatuuronderzoek is duidelijk geworden dat van systematisch onderzoek naar de aard en omvang van de toepassing van de telefoon in de huisartspraktijk, met name in Nederland, nog geen sprake is. Het is daarom in de eerste plaats van belang een indruk te krijgen van de omvang van het telefoongebruik: hoe vaak wordt gebeld en wanneer, en hoe lang duren telefoongesprekken?

Vervolgens is het belangrijk na te gaan, in hoeverre persoonlijke kenmerken van patiënten invloed hebben op het telefoongebruik. Is het bijvoorbeeld waar dat particulier verzekerde patiënten vaker met de huisarts bellen dan patiënten die bij een ziekenfonds zijn ingeschreven.

Een derde terrein dat aandacht verdient, is het proces van hulpverlening via de telefoon. Waardoor kenmerkt zich dat proces, welke redenen zijn er om de huisarts te bellen, wat verwachten patiënten in een telefoongesprek van hun huisarts, welke diagnoses worden via de telefoon gesteld, en wat doet de huisarts naar aanleiding van het telefoongesprek? Maakt het verschil of er gebeld wordt over nieuwe dan wel over bekende aandoeningen?

Op basis hiervan is de volgende globale vraagstelling geformuleerd:

Hoe groot is de omvang van het telefoongebruik in de huisartspraktijk en wat zijn de kenmerken van telefonische verrichtingen?

Een van de doelstellingen van dit onderzoek is het beantwoorden van de vraag wat de huisarts goed via de telefoon kan behandelen, en wat daarvoor juist niet in aanmerking komt. De literatuurstudie leverde hieromtrent enkele gegevens. Om hierin meer duidelijkheid te krijgen, heeft het zin vast te stellen wat patiënten en huisartsen geschikt vinden om via de telefoon te regelen. Een andere mogelijkheid is het analyseren van de feitelijke gang van zaken: welke vragen of problemen worden in de praktijk met behulp van de telefoon geregeld, en welke vragen niet?

De vraagstelling die betrekking heeft op dit deel van het onderzoek luidt:

Wat is geschikt om via de telefoon te behandelen?

Een derde terrein dat aandacht verdient, is dat van de 'instelling' van patiënten en huisartsen ten aanzien van de telefoon. Ondanks het feit dat de telefoon een enorme ontwikkeling heeft doorgemaakt en vrijwel iedereen met het apparaat bekend is, blijkt dat de opvattingen aangaande het gebruik van de telefoon in de huisartspraktijk niet eensluidend zijn. Lang niet alle huisartsen hebben bijvoorbeeld een telefonisch spreekuur. Het wel of niet honoreren van telefonische verrichtingen is een punt van discussie en daardoor mogelijk een struikelblok

voor verdere toepassing in de huisartspraktijk. Ook de patiënten hebben hun zienswijze betreffende het gebruik van de telefoon in het contact met hun huisarts. Voor de een zal het efficiency-aspect een rol spelen, terwijl de ander vindt dat telefonisch contact met de huisarts niet vanzelfsprekend is.

Wil men bepalen hoe de telefoon in de huisartspraktijk gebruikt zou moeten worden, dan zal men hierbij rekening moeten houden met de zienswijzen van patiënten en huisartsen. Zijn er in dit opzicht verschillende opvattingen? Spelen persoonlijke kenmerken van patiënten en huisartsen een rol bij deze opvattingen? De vraagstelling die op dit terrein betrekking heeft, luidt:

Welke standpunten hebben patiënten en huisartsen betreffende het gebruik van de telefoon in de huisartspraktijk?

Deel II. Methoden

Het onderzoek heeft voor een belangrijk deel plaatsgevonden in één huisartspraktijk. Daarom is allereerst een beschrijving van de onderzoekpraktijk op zijn plaats.

Het feitelijke onderzoek bestond uit drie delen:

- Begin 1984 werden gedurende een aantal dagen alle telefonische verrichtingen in de huisartspraktijk te IJlst geïnventariseerd.
- Uit dezelfde praktijk werden 300 patiënten geënquêteerd. De hoofdvragen van deze enquête waren: 'Wat is geschikt om via de telefoon te behandelen?' en 'Wat is uw mening betreffende het telefoongebruik in de huisartspraktijk?'
- Een vrijwel identieke enquête werd gehouden onder 300 huisartsen uit de vier noordelijke provincies.

4. De onderzoekpraktijk

Samenvatting

Het onderzoek vond plaats in een apotheekhoudende plattelandspraktijk van februari t/m april 1984. Ten tijde van het onderzoek werkten twee huisartsen part-time in de praktijk (4,5 en 3 dagen per week), samen met een ervaren doktersassistente. Verder was er een stagiaire-doktersassistente voor halve dagen aanwezig.

Elke dag is er een half uur telefonisch spreekuur van een der artsen. Bovendien kunnen patiënten van 8.00 uur tot 8.15 uur via de assistente vragen om telefonisch overleg met een van de huisartsen.

De praktijk telt ongeveer 3600 patiënten. De praktijkpopulatie verschilt qua leeftijd niet duidelijk van de Nederlandse bevolking. Het aantal afgegeven verwijskaarten per 1000 patiënten bedroeg in 1984 339, terwijl dit cijfer landelijk 495 bedroeg. De kosten aan genees- en verbandmiddelen bedroegen f 94,54 per patiënt. Voor Friesland was dit gemiddeld f 104,42. Het aantal laboratoriepunten per patiënt bedroeg 214; voor Friesland was dit 169. Landelijke cijfers zijn in de laatste twee gevallen niet voorhanden.

De verhouding tussen de verrichtingscijfers (vis-à-vis contacten) voor particulier en ziekenfonds-verzekerde patiënten bedroeg tijdens de onderzoeksperiode ongeveer 40/60. De verhouding van de verrichtingscijfers voor mannen en vrouwen bedroeg 45/55.

4.1. Praktijkpopulatie

De praktijkpopulatie omvat de gehele bevolking van de stad IJlst, totaal ongeveer 3000 inwoners. Tot de – apotheekhoudende – praktijk behoren verder vrijwel alle inwoners van de dorpen Oosthem en Abbega, in totaal ongeveer 600 mensen. De praktijk telt dus ongeveer 3600 patiënten, van wie 50,5 procent vrouwen. Vergeleken met de totale Nederlandse bevolking zijn de jongeren oververtegenwoordigd en de 20-64-jarigen ondervertegenwoordigd (*tabel 4.1*). In vergelijking tot de bevolking van de provincie Friesland ligt vooral het percentage 65-plussers laag.

IJlst ligt onder de rook van Sneek, waar het streekziekenhuis is gevestigd. De bevolking bestaat vooral uit mensen die elders werken. Dit is een gevolg van de

Tabel 4.1 Samenstelling van de praktijkpopulatie naar leeftijd, vergeleken met de bevolking van de provincie Friesland en de gehele Nederlandse bevolking. Percentages.

	< 20 jaar	20-64 jaar	≥ 65 jaar
Onderzoekpraktijk	33	56	11
Friesland	33	54	13
Nederland	30	58	12

tanende betekenis van de plaatselijke industrieën en het toenemend belang van IJlst als woonkern.

Bijna 50 procent van de praktijkpopulatie woont minder dan 500 meter van de praktijk. Dit gebied wordt min of meer begrensd door waterwegen; in de zomermaanden zijn dit niet onbelangrijke obstakels, die de bereikbaarheid van de praktijk voor de overige patiënten duidelijk beïnvloeden. Een derde van de patiënten woont tussen de 500 en 1500 meter van de praktijk en de rest woont nog verder weg; de afstand tot de meest afgelegen patiënt bedraagt ongeveer 6 kilometer. Van de praktijkpopulatie is 67 ziekenfondsverzekerd.

De telefoondichtheid per 1000 woningen bedroeg per 1 januari 1985 972; voor Friesland was dat 1005 en voor Nederland 1070. Per 1000 inwoners bedroeg de telefoondichtheid voor IJlst 325, voor Friesland 365 en landelijk 391. Uit deze cijfers kan worden geconcludeerd dat vrijwel iedereen in de onderzoekspraktijk over telefoon beschikt.

4.2. Praktijkorganisatie

In de praktijk werken twee huisartsen part-time (4,5 en 3 dagen per week). Dat gebeurt in een praktijkgebouw naast de woning van een der artsen. De werkzaamheden worden in gezamenlijke verantwoordelijkheid verricht en in principe hebben de patiënten dus twee huisartsen; ook op de ziekenfondskaarten staan beide huisartsen vermeld.

Ten tijde van het onderzoek was een ervaren doktersassistente in de praktijk werkzaam, terwijl een stagiaire voor halve dagen aanwezig was.

De praktijk is op werkdagen 'geopend' van 8.00 tot 12.00 uur en van 13.30 tot 17.30 uur. 's Ochtends van 8.00 tot 10.30 uur hebben de artsen een afspraakspreekuur. Na het spreekuur is er gelegenheid voor overleg, laboratoriumwerkzaamheden en apotheekcontrole. Aan het eind van de morgen worden visites afgelegd.

's Middags heeft een van de artsen van 13.30 tot 14.00 uur telefonisch spreekuur. Daarna zijn er meestal weer afspraken en huisbezoeken of is er een consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters.

Bovendien verlenen de huisartsen verloskundige zorg; het aantal bevallingen per jaar schommelt rond de vijftig.

De doktersassistente heeft een belangrijke functie in de apotheek. De klaarge maakte medicijnen worden hoofdzakelijk tussen 16.30 en 17.30 uur afgegeven. Tevens speelt zij een belangrijke rol bij het organiseren van de werkzaamheden, met name de spreekuren. De telefoon speelt hierbij een belangrijke rol. Tijdens het onderzoek bedienden de doktersassistente en de stagiaire beiden de telefoon.

Alleen tijdens het telefonisch spreekuur zijn de huisartsen direct telefonisch beschikbaar. Tussen 8.00 en 8.15 uur kunnen patiënten ook een arts aan de telefoon krijgen; dit gaat dan echter via de assistente. Verder probeert de assistente bellers zoveel mogelijk te verwijzen naar het telefonisch spreekuur. Indien nood-

zakelijk wordt het nummer van de beller genoteerd, zodat de huisarts kan terugbellen op een moment dat het hem beter uitkomt.

Deze 'regels' zijn opgesteld in overleg met de patiëntenraad en zijn bekendgemaakt in een plaatselijk huis-aan-huis-blad. Bovendien is er een folder met 'praktijkregels', die aan alle patiënten wordt aangeboden, met het verzoek het papier bij de telefoon of bij de verzekeringspapieren te bewaren. Mede door deze maatregelen is er een zekere discipline ten aanzien van het gebruik van de telefoon. Dit bevordert een rustig werkklimaat.

4.3. LISZ-cijfers

Volgens de meest recente cijfers van het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (1984) bedroeg het aantal in de praktijk afgegeven verwijskaarten per 1000 patiënten 339; voor de provincie Friesland was dit cijfer 416 en landelijk 495. Vooral voor chirurgie en interne geneeskunde werden weinig verwijskaarten verstrekt. Het aantal ziekenhuisopnamen per 1000 verzekerden bedroeg 89. De gemiddelde kosten voor genees- en verbandmiddelen bedroegen in 1984 f 94,54; in Friesland was dat f 104,42. Het aantal laboratoriepunten per 100 patiënten bedroeg 214; in Friesland was dat 169. Landelijke cijfers zijn in de laatste twee gevallen niet beschikbaar.

De verhouding van de verrichtingscijfers (de aantallen vis-à-vis contacten) voor particuliere en ziekenfondspatiënten bedroeg tijdens de onderzoeksperiode ongeveer 4/6. De verhouding van de verrichtingscijfers voor mannen en vrouwen bedroeg ongeveer 9/11.

5. Telefonische verrichtingen in een huisartspraktijk

5.1. Inleiding

Wie bellen op in de onderzoekpraktijk en waarvoor; welke kenmerken hebben deze telefonische verrichtingen, en wat doet de huisarts vervolgens?

Deze vraag is beantwoord door middel van inventariserend onderzoek in de onderzoekpraktijk.

5.2. Definities

Onder een *telefonische verrichting* wordt in dit onderzoek verstaan: een telefoongesprek op initiatief van de patiënt tussen die patiënt – of zijn vertegenwoordiger – en de doktersassistente of de huisarts. Het gaat dus om *binnenkomende* gesprekken van *patiënten*; gesprekken op initiatief van de huisartsen met patiënten, specialisten en anderen zijn buiten beschouwing gelaten.

Onder *gezin* wordt hier verstaan een aantal personen dat zelfstandig woont en een eigen huishouding vormt. Er worden drie gezinstypen onderscheiden:

- traditioneel gezin: man, vrouw (ook samenwonend) en eventuele kinderen;
- onvolledig gezin: gezin waarin een of beide ouders ontbreken;
- alleenstaanden: zelfstandig wonend, met een eigen huishouding.

Onder *gezinshoofd* wordt bij een traditioneel gezin de echtgenoot (manlijke partner) verstaan. Voor één-oudergezinnen geldt de ouder als gezinshoofd. Bij onvolledige gezinnen zonder ouders geldt de oudste man als gezinshoofd; is er geen volwassen man, dan is dat de oudste vrouw.

Het *opleidingsniveau* van een gezin is gedefinieerd als de hoogste vorm van onderwijs die door het gezinshoofd is genoten. Voor de indeling in opleidingsniveaus is gebruik gemaakt van de ‘standaard onderwijsindeling’ (SOI) van het CBS:

- laag: de niveaus 1-3 van de SOI;
- middel: niveau 4 van de SOI;
- hoog: niveau 5 en hoger van de SOI.¹

De via de telefoon aangeboden morbiditeit gold als *nieuw* wanneer de huisarts niet bekend was met deze morbiditeit, of als het ging om een nieuwe episode van een reeds bestaande aandoening.

Onder het *gebruik van de telefoon* in de praktijk wordt verstaan het gebruik in organisatorische zin en het gebruik als medium in de arts-patiënt relatie.

Met het gebruik van de telefoon *in organisatorische zin* wordt bedoeld: alle telefonische handelingen die tot doel hebben om de gang van zaken in de praktijk bevredigend te laten verlopen voor alle betrokkenen. Onder het gebruik van de telefoon *als middel in de arts-patiënt relatie* wordt verstaan: het via de telefoon met elkaar spreken van patiënt en huisarts.

5.3. Registratie

Bij alle telefonische verrichtingen werden de volgende patiëntkenmerken geregistreerd: naam en adres, datum van het telefoongesprek, geslacht, degenen voor wie werd gebeld (patiënt zelf, kind of ander), leeftijd, verzekeringsvorm, woonafstand tot de praktijk (< 500 meter, 500-1500 meter en > 1500 m), gezinstype en opleidingsniveau gezinshoofd.

Bij de door de *assistente* gevoerde gesprekken werden verder de volgende opbelredenen geregistreerd:

- afspraak maken voor het spreekuur;
- aanvragen van een visite;
- vragen om een medicijn (inclusief herhalingen);
- vragen naar de huisarts (inclusief de gevallen waarin de beller niet om de huisarts vroeg, maar toch werd doorverbonden op initiatief van de assistente);
- vragen om informatie;
- een korte vraag of een kleine kwaal.

Indien er meer dan één reden om te bellen was, werd alleen de eerste geregistreerd.

De *huisartsen* registreerden de volgende kenmerken van de telefonische verrichtingen:

- belde iemand voor zichzelf of namens iemand;
- wie nam de telefoon aan (huisarts, doktersassistente of huisgenoot);
- tijdstip (8.00 – 12.00 uur, 13.30 – 17.30 uur of ‘buiten dienst’);
- de duur van de verrichting, in halve minuten;
- bekend of nieuw probleem;
- reden om te bellen;
- wat verwachtte de beller van de huisarts;
- welke diagnoses hanteerde de huisarts;
- wat deed de huisarts naar aanleiding van het telefoongesprek?

5.4. SOEP en RFEC

Binnen het hulpverleningsproces in de huisartspraktijk kunnen vier aspecten worden onderscheiden:

- het *subjectieve* aspect: de redenen van de patiënt om contact met de huisarts te zoeken;
- het *objectieve* aspect: de bevindingen die de huisarts verzamelt door middel van anamnese en onderzoek;
- het *evaluatieve* aspect: de diagnose (op te vatten als de interpretatie van de symptomen en klachten van de patiënt door de huisarts);
- het *plan*: het beleid c.q. de behandeling.

Dit onderscheid vormt de basis van de probleemgeoriënteerde registratie in de huisartspraktijk.²

Ook binnen het hulpverleningsproces via de telefoon kan de SOEP-benadering worden toegepast. Daardoor was het mogelijk de telefonische verichtingen vast te leggen met de Reason For Encounter Classificatie, zij het dat een belangrijk deel van het objectieve aspect ontbreekt doordat lichamelijk onderzoek vrijwel niet mogelijk was.

De Reason For Encounter Classificatie (RFEC) is een twee-assig systeem, bestaande uit zestien hoofdstukken en zeven componenten (*figuur 2*).

Van de *hoofdstukken* hebben er dertien betrekking hebben op een orgaan of orgaansysteem. De drie andere hoofdstukken zijn toegevoegd, omdat de betreffende problemen niet zijn te classificeren in orgaansystemen. Dit zijn de hoofdstukken A, 'Algemeen en niet nader gespecificeerd', P, 'Psychologische problemen' en Z, 'Sociale problemen'.

De componenten geven de aard van het hulpverleningsproces weer. Component 1 bestaat uit symptomen en klachten, meestal de reden om naar de huisarts te gaan. In component 7 zijn diagnoses en ziekten ondergebracht. Component 1 is te beschouwen als het niveau van de patiënt, component 7 als het niveau van de arts. De componenten 2 t/m 6 hebben betrekking op de handelingen van de arts in het hulpverleningsproces.

Alle symptomen, klachten, diagnoses en handelingen worden in de RFEC gecodeerd door middel van een hoofdletter en twee cijfers. De hoofdletter heeft betrekking op het hoofdstuk waar het om gaat, de cijfers geven de betreffende component van de RFEC aan.³

Met behulp van deze classificatie kunnen de volgende aspecten van het contact worden geregistreerd:

- de reden om naar de huisarts te gaan c.q. om op te bellen;
- de beoordeling van de huisarts van het door de patiënt aangeboden probleem; dit is te beschouwen als de diagnose;
- de handelingen (interventies en procedures) die de huisarts uitvoert tijdens het proces van hulpverlening.

Ten tijde van het onderzoek verkeerde het gebruik van de RFEC nog in een experimenteel stadium. Daarom is gebruik gemaakt van de 'Field trial manual' van 1983.⁴ Later is de RFEC geïntegreerd met de ICHPPC-2 (International Classification of Health Problems in Primary Care, tweede editie) tot de International Classification of Primary Care (ICPC).⁵

Figuur 2. De structuur van de Reason For Encounter Classification.

Hoofstukken	Componenten						
	1 - Symptomen en/of klachten	2 - Diagnostische en preventieve handelingen	3 - Therapeutische handelingen	4 - Uitslagen van onderzoek	5 - Administratieve redenen	6 - Overige redenen	7 - Diagnosen en ziekten
A - Algemeen							
B - Bloed							
D - Spijsvertering							
F - Oog							
H - Oor							
K - Bloedsomloop							
L - Spieren en skelet							
N - Neurologie							
P - Psychologie							
R - Ademhaling							
S - Huid							
T - Endocrinologie							
U - Urologie							
X - Gynaecologie							
Y - Mannelijk genitaal							
Z - Sociaal							

Bron: Lamberts.³

Aan de RFEC kunnen gemakkelijk nieuwe mogelijkheden worden toegevoegd. Van deze mogelijkheid is voor dit onderzoek op twee plaatsen gebruik gemaakt.

- De RFEC heeft geen mogelijkheid om te registreren wat de beller van de huisarts *vraagt* of *verwacht*. Enkele voorbeelden kunnen dit verduidelijken. ‘Dokter, ik heb zo ’n last van kriebelhoest, heeft u daar wat voor?’ De reden om te bellen

is de kriebelhoest, maar het krijgen van een medicijn lijkt eveneens een reden. 'Ons kind van anderhalf jaar is ziek, wat moeten we nu?' In een dergelijk geval vraag ik meestal wat er van mij verwacht wordt. Vaak gaat het dan om een bedekt verzoek om een huisbezoek. Dit verzoek kan dan ook worden opgevat als een impliciete reden om te bellen. Om dit probleem te ondervangen, is aan de RFEC-code een extra *digit* toegevoegd:

- 0 Er wordt niet iets verwacht. De beller wil bijvoorbeeld even vertellen dat het verstrekte medicijn goed heeft geholpen.
- 1 Er wordt om een medicijn gevraagd; ook herhalingen werden hiertoe gerekend.
- 3 De beller vraagt om een advies.
- 4 De beller wil op het spreekuur komen.
- 5 De beller vraagt om een huisbezoek.
- 6 De beller wil graag even praten; hij heeft behoefte aan een luisterend oor en/of geruststelling.
- 7 Aanvulling op een eerder contact, bijvoorbeeld: 'Kunnen de nieuw voorgeschreven medicijnen wel gecombineerd worden met de medicijnen die ik van de specialist heb?'
- 8 Vraag naar een alternatief, omdat een ingestelde behandeling geen resultaat heeft. Bijvoorbeeld: 'De zalf die u mij heeft gegeven voor mijn aambeien, helpt niet. Is er niet wat anders?'
- 9 De beller vraagt of de huisarts contact wil opnemen met een andere hulpverlener. Bijvoorbeeld: 'Wilt u eens met de specialist praten? Ik begrijp niet wat hij van mij wilde in het laatste contact'.

• Sommige *handelingen* komen wel voor in de RFEC, maar hebben in een telefonische context een andere betekenis dan in een vis-à-vis contact. Wanneer de huisarts in een telefoongesprek besluit tot verwijzen, gaat het vaak om een andersoortige handeling dan tijdens het spreekuur of een huisbezoek. Men kan bijvoorbeeld afspreken dat, als een bepaalde therapie geen resultaat heeft, één telefoontje voldoende is voor een verwijzing. Ook zijn er handelingen van de huisarts die niet met de RFEC geregistreerd kunnen worden; het afleggen van een huisbezoek is hiervan een voorbeeld.

Op positie 59 van component 3, 'Behandeling, beleid en medicatie', werden daarom zeven mogelijkheden toegevoegd:

- 0 Er wordt niets gedaan.
- 1 Uitleg geven bij een onderzoeksresultaat.
- 2 Er wordt een advies gegeven. Deze rubriek is alleen gebruikt als geen andere handelingen van de arts gevraagd werden.
- 3 De beller wordt verzocht op het spreekuur te komen.
- 4 De huisarts gaat de patiënt thuis bezoeken.
- 5 De patiënt wordt verwezen.
- 6 Er wordt nader onderzoek gedaan. Bijvoorbeeld: een patiënt met artrose van de knieën heeft, ondanks medicatie, toenemende pijnklachten; de huisarts adviseert een Röntgen-foto te laten maken.

Voor de betenis van de verdere coderingen van de RFEC wordt verwezen naar de 'Field trial manual' van 1983.⁴

5.5. Organisatie

De telefonische verrichtingen van de doktersassistente werden gedurende tien achtereenvolgende werkdagen in januari-februari 1984 geregistreerd. De registratie van de telefonische verrichtingen van de huisartsen vond plaats op 44 achtereenvolgende werkdagen – inclusief de avond- en nachtdiensten – in de periode januari-april 1984.

In beginsel werden alle binnenkomende telefoongesprekken op de band opgenomen; alleen als de associé avond- en nachtdienst had, was dit niet mogelijk, maar dat probleem werd opgelost door het maken van aantekeningen.

De gesprekken van de doktersassistente en de stagiaire werden na afloop van elke werkdag door mij gerubriceerd op de hiervoor omschreven kenmerken. De artsen classificeerden zelf hun verrichtingen door achteraf de banden te beluisteren.

5.6. Betrouwbaarheid en validiteit

De huisartsen hebben gedurende een week bandopnamen van het spreekuur beluisterd om zich de kunst van het classificeren door middel van de RFEC eigen te maken. De gerezen problemen werden besproken om de homogeniteit van de classificatie zoveel mogelijk te waarborgen. Bovendien was het mogelijk bij eventuele vragen gedurende de registratie te overleggen.

Voor het opnemen van een gesprek op de band moest eerst een toets op het telefoontoestel worden ingedrukt. Na verloop van tijd werd deze handeling een automatisme, zodat het aantal gemiste telefoongesprekken verwaarloosbaar klein zal zijn. Verder heeft de opname-apparatuur eenmaal niet gefunctioneerd, doordat de band vol was. Daarna werd de capaciteit van de band dagelijks gecontroleerd.

Literatuur

¹ Anoniem. *Standaard onderwijsindeling SOI – 1978; deel 2 codelijst van opleidingen, alfabetisch gerangschikt*. 2e dr. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1981.

² Van der Horst F. *Registratie in de huisartspraktijk*. Huisarts Wet 1985; 28: 229-34.

³ Lamberts H. *Redenen om naar de huisarts te gaan. Eerste ervaringen met de Reason for Encounter Classification*. Huisarts Wet 1982; 25: 301-10.

⁴ Anonymous. *Reason For Encounter Classification. Field trial manual*. Z.p., 1983.

⁵ WHO-working party on the International Classification of Primary Care. *International Classification of Primary Care (ICPC). Manual for use of ICPC in relevance studies*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1985.

6. Enquêtes

6.1. Inleiding

Wat is volgens patiënten en huisartsen geschikt om via de telefoon te behandelen? Welke standpunten hebben huisartsen en patiënten betreffende het gebruik van de telefoon in de huisartspraktijk?

Door middel van twee vrijwel identieke enquêtes – officieel uitgaande van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen – zijn gegevens verzameld om deze twee vragen te beantwoorden.

Het enquêteformulier bestond uit drie gedeelten:

- Veertien praktijksituaties. De respondent moest hier aangegeven of hij de voorkeur gaf aan een telefonische afhandeling of aan een spreekuurconsult of visite.
- Elf stellingen betreffende de telefoon, waarbij de respondent diende aan te geven of hij daarmee wel of niet instemde. In de huisartsenenquête was daar een twaalfde stelling aan toegevoegd.
- Enkele vragen betreffende persoonlijke gegevens.

6.2. Praktijkgevallen

De keuze van de praktijkgevallen was deels gebaseerd op de in het voorafgaande beschreven inventarisatie, deels op aanwijzingen uit de literatuur. De volledige tekst is weergegeven in de *bijlagen 1 en 2*; hieronder volgt een korte samenvatting:

Veel voorkomende morbiditeit

- Een man met kriebelhoest vraagt om een medicijn.
- Een vrouw met acute rugpijn vraagt om een advies.
- Ouders vragen om een advies voor een baby met koorts.

Weinig voorkomende morbiditeit

- Een man is bang weer een te hoge bloeddruk te hebben; hij vraagt de dokter of het goed is dat hij weer Inderal® gaat gebruiken.
- Een gespannen vrouw vraagt om slaappillen.
- De man van een depressieve zwangere vraagt om advies.

Delicate, persoonlijke problematiek

- Een oude man wil praten over euthanasie.

- Een zich wanhopig voelende vrouw met huwelijksproblemen.

Vershil van inzicht

- Een verschil van inzicht tussen de familie en de huisarts over de behandeling van een kankerpatiënt.
- De zuster van een alleenwonende, dementerende vrouw wil, tegen de wil van de huisarts, dat de vrouw wordt opgenomen in een verzorgingshuis.

Medisch probleem

- Problemen met een zoon van zes jaar die nog in bed plast.
- Een vrouw heeft problemen met de anticonceptie.

Conflict

- De ouders van een meisje van 18 jaar zijn slecht te spreken over de behandeling van haar hoofdpijn door de huisarts.
- Een man maakt ruzie over het in rekening brengen van een telefonisch consult.

Uit de praktijkinventarisatie bleek dat morbiditeit uit de hoofdstukken A, L en R van de RFEC – respectievelijk ‘Algemeen en niet nader gespecificeerd’, ‘Spieren en skelet’ en ‘Ademhaling’ – vaker via de telefoon werden gepresenteerd dan op grond van eerder onderzoek verwacht mocht worden.¹ De voor de hand liggende verklaring was, dat deze morbiditeit kennelijk geschikt was voor een telefonische afhandeling. Omgekeerd bleek dat via de telefoon minder morbiditeit uit de hoofdstukken K en P – ‘Bloedsomloop’ en ‘Psychologische problemen’ – werd aangeboden dan in de vis-à-vis situatie. Deze morbiditeit lijkt minder geschikt voor telefonische afhandeling. Om deze veronderstellingen te toetsen, zijn de eerste zes casus in de enquête opgenomen.

Non-verbale communicatie wordt sterk beïnvloed door het ontbreken van oogcontact.² Met name in situaties waarin de non-verbale communicatie zeer belangrijk is – bijvoorbeeld bij delicate, persoonlijke aangelegenheden – zal de communicatie via de telefoon bemoeilijkt worden. De verwachting was dan ook dat de betreffende twee casus niet geschikt geacht zouden worden voor een telefonische aanpak.

Zoals we gezien hebben, zou het bespreken van een meningsverschil wel voor een telefonische aanpak in aanmerking komen.² Om te toetsen of dit ook in de huisarts-patiënt relatie geldt, zijn de casus onder het hoofd ‘Vershil van inzicht’ geselecteerd. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het gerefereerde onderzoek betrekking had op de uitkomst van het bespreken van een meningsverschil via de telefoon, terwijl in de enquête werd gevraagd of een dergelijke situatie zich leende voor een telefonische afhandeling. De verwachting was dat huisartsen en patiënten dergelijke situaties niet geschikt zouden vinden voor de telefoon.

Het oplossen van een probleem zou best via de telefoon geregeld kunnen worden.² Opgemerkt dient te worden dat het hier om niet-medische problematiek ging. Om na te gaan of dit ook geldt voor medische problematiek, zijn hierover eveneens twee casus in de enquête opgenomen.

In de laatste twee casus tenslotte is het onderwerp een conflict, in de zin van ruzie. Een conflict lijkt niet geschikt om via de telefoon te worden opgelost.

De vraag aan de respondenten was of ze wilden aangeven hoe de huisarts het beste deze twaalf problemen kon aanpakken. Gekozen kon worden uit de volgende mogelijkheden:

- de doktersassistente handelt het probleem telefonisch af;
- de huisarts handelt het probleem telefonisch af;
- de huisarts moet de patiënt nog dezelfde dag op het spreekuur laten komen;
- de huisarts laat de patiënt wel op het spreekuur komen, maar niet op dezelfde dag;
- de huisarts moet nog dezelfde dag een huisbezoek afleggen;
- de huisarts moet wel een huisbezoek afleggen, maar niet per se nog dezelfde dag.

6.3. Stellingen

Het tweede deel van de enquête bevatte een aantal stellingen over het gebruik van de telefoon in praktijk-organisatorische zin en in de arts-patiënt relatie, en over enkele materiële aspecten. De respondent kon antwoorden met 'mee eens', 'gedeeltelijk mee eens', 'gedeeltelijk mee oneens' en 'mee oneens':

Praktijk-organisatorisch gebruik

1. De telefoon veroorzaakt veel overlast in een huisartspraktijk.
2. De telefoon bevordert een goede gang van zaken in een huisartspraktijk.
3. Het behandelen van patiënten door middel van de telefoon door de huisarts vergt veel tijd.
4. Het is noodzakelijk dat de huisarts een telefonisch spreekuur heeft
5. De huisarts is voldoende telefonisch te bereiken.

Gebruik in de arts-patiënt relatie

6. Wanneer een patiënt zijn huisarts via de telefoon om een behandeling vraagt, dan is het noodzakelijk, dat de huisarts deze patiënt goed kent.
7. Het behandelen van patiënten door middel van de telefoon is gevaarlijk.
8. De patiënten/huisartsen zijn onvoldoende respectievelijk voldoende op de hoogte van de mogelijkheden die de telefoon biedt in het contact met hun huisarts/patiënten.
9. Patiënten zouden best meer gebruik van de telefoon kunnen maken in het contact met hun huisarts (patiëntenenquête). De huisarts zou via de telefoon best meer voor z'n patiënten kunnen doen (huisartsenquête).
10. Door de telefoon wordt de afstand tussen patiënt en huisarts kleiner.

Materiële aspecten

11. Als patiënten moeten betalen voor een telefonisch advies of behandeling

- door de huisarts, zullen ze minder vaak bellen (patiëntenenquête).
12. Omdat de huisarts niet gehonoreerd wordt voor zijn telefonische verrichtingen, zal hij deze zoveel mogelijk beperken (huisartsenquête).
 13. In verhouding tot ziekenfondsverzekerden bellen particulieren vaker met hun huisarts (huisartsenquête).

6.4. Persoonlijke kenmerken

In het derde deel van de enquête moest de respondent enkele vragen over persoonlijke kenmerken beantwoorden. Deze kenmerken hadden betrekking op aspecten die volgens mij van invloed kunnen zijn op het gebruik van c.q. het oordeel over de telefoon. Voor de patiënten hadden die vragen betrekking op: leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, wel of niet in het bezit van telefoon, burgerlijke staat, kinderen onder de 10 jaar, gezinsvorm, afstand tot de praktijk en opleiding. Voor de huisartsen hadden de vragen betrekking op: aantal jaren werkzaam in de huidige praktijk, aantal patiënten, wel of niet apotheek-houdend, wel of geen telefonisch spreekuur waarin de huisarts rechtstreeks beschikbaar is, wel of niet solist, afstand tot het dichtsbijzijnde algemeen ziekenhuis, plaats van vestiging (wel of niet > 20.000 inwoners).

6.5. Statistische bewerking en betrouwbaarheidsonderzoek

Nagegaan is in welke mate de geregistreerde persoonlijke kenmerken samenhangen met de reacties van de respondenten op de casuïstiek en de stellingen. Bovendien is onderzocht of de aangebrachte structuur in de stellingen – de driedeling in ‘praktijkorganisatorisch’, ‘arts-patiënt relatie’ en ‘materieel’ – is terug te vinden in de reacties van de respondenten op de stellingen.

De samenhang tussen de gevonden structuur in de antwoorden op de stellingen en de reacties op de casuïstiek werd eveneens nader onderzocht.

6.6. Organisatie en uitvoering

De patiëntenenquête vond plaats in april 1985. Voor deelname kwamen alleen patiënten in aanmerking die stonden ingeschreven in de onderzoekpraktijk en waren geboren in de jaren 1905-1966.

Uit het patiëntenbestand werd een systematische steekproef genomen. Hiertoe werd steeds elke tiende kaart uit de kaartenbak getrokken. Als de betreffende patiënt te oud of te jong was, of niet in staat geacht mocht worden tot het invullen van het formulier, werd de eerstvolgende kaart getrokken. De grootte van de aldus getrokken steekproef bedroeg 301 (praktijkpopulatie 3600).

De formulieren werden verstuurd vanuit het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen en moesten daar ook weer – anoniem

– naar worden teruggezonden. De formulieren gingen vergezeld van een kaartje waarop vermeld stond dat de aangeschrevene de enquête had ingevuld en gere-
tourneerd. Dit kaartje werd afzonderlijk verstuurd. Na vier weken kregen de
respondenten die nog geen kaartje hadden teruggestuurd een herinnering.

Voor de huisartsenenquête werd door het Nederlands instituut voor onderzoek
van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) te Utrecht een *random* steekproef
getrokken uit een bestand van 1032 zelfstandig gevestigde huisartsen uit de vier
noordelijke provincies (peildatum 1 januari 1984). De steekproefgrootte bedroeg
300.

Voor het overige werd de huisartsenenquête op identieke wijze uitgevoerd als
de patiëntenenquête.

Literatuur

¹ Lamberts H. *Redenen om naar de huisarts te gaan. Eerste ervaringen met de Reason
for Encounter Classificatie*. Huisarts Wet 1982; 25: 301-10.

² Short J, Williams E, Christie B. *The social psychology of telecommunications*. London,
etc.: Wiley & Sons, 1976.

III. Resultaten

7. Telefonische verrichtingen in een huisartspraktijk

Samenvatting

Gedurende tien dagen werden 381 telefonische verrichtingen van de doktersassistente geregistreerd. De maandag was voor haar duidelijk de drukste dag. De huisartsen registreerden gedurende 44 dagen 497 telefonische verrichtingen; behalve de maandagen waren voor hun ook de vrijdagen relatief druk.

De doktersassistente maakte vooral afspraken; de korte vragen/kleine kwalen verschildden qua morbiditeit niet van wat de huisartsen via de telefoon werd aangeboden. De huisartsen kregen veel problematiek van de ademhaling en van spieren en skelet aangeboden. Morbiditeit van de bloedsomloop kwam weinig voor. Vrouwen belden duidelijk vaker dan verwacht.

Problematiek op het gebied van endocrinologie, oren en urologie kon vrijwel altijd via de telefoon worden behandeld. Morbiditeit van de bloedsomloop, psychologische problemen en ademhaling leende zich meestal niet voor telefonische benadering. De bellers vroegen in ruim de helft van de gevallen om een advies. In een kwart van de gevallen bleef het daarbij; in eveneens een kwart van de gevallen werd een medicament voorgeschreven.

7.1. Algemeen

Gedurende de tien dagen dat de telefonische verrichtingen van de *assistente* werden geregistreerd, belden 307 patiënten; deze patiënten waren verantwoordelijk voor in totaal 381 verrichtingen. Zesenvijftig patiënten belden vaker dan één keer; in totaal kwamen 130 verrichtingen voor rekening van deze patiënten. Eén patiënt belde vijf keer. In zeven gevallen was er meer dan één reden om te bellen.

De assistente had de meeste telefoontjes op de twee maandagen; de vrijdagen waren de rustigste dagen (*tabel 7.1*).

De *huisartsen* registreerden gedurende 44 dagen in totaal 497 telefonische verrichtingen bij 352 patiënten. Bij 18 telefoongesprekken was er een tweede reden

Tabel 7.1 De procentuele verdeling over de vijf werkdagen van de telefonische verrichtingen van de doktersassistente ($n=381$) en van de huisartsen ($n=497$).

Dagen	Assistente	Huisartsen
Maandag	31	27
Dinsdag	20	17
Woensdag	19	15
Donderdag	16	19
Vrijdag	14	22

om te bellen; in één gesprek werden drie redenen geteld. Deze redenen om te bellen zijn verder buiten beschouwing gelaten. Achtentwintig patiënten belden vaker dan twee keer; ze waren verantwoordelijk voor 108 verrichtingen. De frequentste beller telefoneerde zeven keer.

De maandag en vrijdag waren de drukste dagen met gemiddeld 14, respectievelijk 13 telefonische verrichtingen per dag. Op de woensdag werden de minste verrichtingen geteld; gemiddeld 9 (tabel 7.1).

In vrijwel alle gevallen (94 procent) namen de huisartsen zelf de telefoon aan. De meeste gesprekken vonden plaats tussen 13.30 en 17.30 uur (het telefonisch spreekuur was van 13.30 tot 14.00 uur); tussen 8.00 en 12.00 uur werd 5 procent van de gesprekken gevoerd en in de overige uren 7 procent. Het grootste deel van de gesprekken (80 procent) duurde korter dan twee minuten; 46 procent duurde zelfs korter dan één minuut. Zestien procent van de gesprekken duurde twee tot vijf minuten en het langste gesprek nam 16,5 minuten in beslag.

In 59 procent van de gevallen waren de huisartsen bekend met het onderwerp dat in het contact aan de orde kwam.

7.2. Kenmerken van de bellers

Patiënten onder de leeftijd van 15 jaar belden nauwelijks met de praktijk; deze groep is hier dan ook verder buiten beschouwing gelaten.

Uit de tabellen 7.2-7.7 valt op te maken dat de assistente en de huisartsen met vergelijkbare groepen opbellers te maken hadden. Er zijn wel verschillen, maar die zijn klein tot zeer klein.

Tabel 7.2 *Telefonische contacten met de doktersassistente en de huisartsen, naar de leeftijd van de patiënt, vergeleken met de praktijkverdeling (populatie ≥ 15 jaar). Percentages.*

Leeftijd in jaren	Assistente n = 381	Huisartsen n = 497	Praktijk n = 2773
15 – 44	59	63	61
45 – 64	25	25	25
65 +	16	12	14

Tabel 7.3 *Telefonische contacten met de doktersassistente en de huisartsen, naar het geslacht van de patiënt, vergeleken met de praktijkverdeling (populatie ≥ 15 jaar). Percentages.*

Geslacht	Assistente n = 381	Huisartsen n = 497	Praktijk n = 2773
Vrouwen	77	75	49
Mannen	23	25	51

Tabel 7.4 Telefonische contacten van de doktersassistente en de huisartsen, naar de verzekeringvorm van de patiënt, vergeleken met de praktijkverdeling (populatie ≥ 15 jaar). Percentages.

Verzekeringvorm	Assistente n = 381	Huisartsen n = 497	Praktijk n = 2773
Ziekenfonds	72	69	67
Particulier	28	31	33

Tabel 7.5 Telefonische contacten van de dokterassistente en de huisartsen, naar het opleidingsniveau van het gezin van de patiënt, vergeleken met de praktijkverdeling (populatie ≥ 15 jaar). Percentages.

Opleidingsniveau gezinshoofd	Assistente n = 381	Huisartsen n = 497	Praktijk n = 2773
Laag	74	71	70
Midden	21	21	22
Hoog	5	8	8

Tabel 7.6 Telefonische contacten van de doktersassistente en de huisartsen naar het type gezin waartoe de patiënt behoorde, vergeleken met de praktijkverdeling (populatie ≥ 15 jaar). Percentages.

Gezinstype	Assistente n = 381	Huisartsen n = 497	Praktijk n = 2773
Normaal	85	84	88
Onvolledig	4	7	5
Alleenstaand	11	9	7

Tabel 7.7 Telefonische contacten van de dokterassistente en de huisartsen naar de afstand tussen de woning van de patiënt en de praktijk, vergeleken met de praktijkverdeling (populatie ≥ 15 jaar). Percentages.

Afstand in meters	Assistente n = 381	Huisartsen n = 497	Praktijk n = 2773
< 500	50	46	48
500 – 1500	35	35	34
> 1500	15	19	18

Als we de kenmerken van de praktijkpopulatie als uitgangspunt nemen, zien we slechts één belangrijke afwijking: vrouwen belden veel vaker dan in overeenstemming was met hun aandeel in de praktijk. Voor het overige vallen ook hier de overeenkomsten meer op dan de veelal minieme verschillen.

7.3. Redenen om op te bellen

Het grootste deel van de verrichtingen van de *assistente* bestond uit het maken van een afspraak: 61 procent van het totaal (*tabel 7.8*). De korte vragen/kleine kwalen hadden betrekking op hoesten en verkoudheid (3), koorts (2), zenuwachtigheid (1), pijn (1), wormen (1) en blaasontsteking (1). De rest van deze rubriek bestond uit verrichtingen van administratieve aard, zoals het schrijven van herhalingsverwijskaarten en het meedelen van uitslagen van laboratoriumonderzoek.

In ruim de helft van de gevallen belde de patiënt voor zichzelf. Bijna een derde van de bellers – meestal de moeder – belde op voor een kind. In 13 procent van de gevallen werd door de partner gebeld. Slechts bij uitzondering werd gebeld door iemand anders, zoals een buurman of familie.

Uiteraard was het patroon bij de *huisartsen* meer gevarieerd.

Uit *tabel 7.9* blijkt dat de meeste opbelredenen betrekking hadden op de

Tabel 7.8 Redenen om te bellen met de doktersassistente. Percentages ($n = 381$).

Maken van een afspraak	61
Aanvragen van een visite	9
Bestellen van (herhalings)recept	8
Doorverbinden met de huisarts	6
Vragen om informatie betreffende gezondheidszorg	10
Korte vraag/kleine kwaal	6

Tabel 7.9 Opbelredenen/contactredenen, naar de hoofdstukken van de RFEC. Percentages.

Hoofdstukken	IJlst $n = 497$	Ommoord $n = 7503$
A – Algemeen	16	8
B – Bloed	2	1
D – Tractus digestivus	9	8
F – Oog	1	2
H – Oor	2	4
K – Bloedsomloop	4	12
L – Spieren en skelet	15	13
N – Neurologie	3	4
P – Psychologie	5	8
R – Ademhaling	15	12
S – Huid	7	10
T – Endocrinologie	3	3
U – Urologie	7	2
X – Gynaecologie	8	8
Y – Mannelijk genitaal apparaat	0	1
Z – Sociaal	2	4

hoofdstukken A, L en R: 'Algemeen', 'Spieren en skelet' en 'Ademhaling'. Minder in aantal, maar toch wel van betekenis waren de hoofdstukken D, K, P, S, U en X: 'Spijvertering', 'Bloedsomloop', 'Psychologie', 'Huid', 'Urologie' en 'Gynaecologie'.

De meest in het oog lopende verschillen met de in Ommoord geregistreerde contactredenen vinden we in de hoofdstukken K ('Bloedsomloop'), met veel minder morbiditeit in de telefonische hulpverlening, en U ('Urologie'), waar juist het tegenovergestelde geldt.¹

Ruim de helft van de redenen om te bellen werd gepresenteerd als klacht of symptoom. In een kwart van de gevallen werd gebeld over de uitslag van een onderzoek (tabel 7.10).

De redenen om te bellen die zes keer of vaker zijn geteld, zijn verzameld in tabel 7.11: 16 rubrieken met samen 208 opbelredenen (42 procent van het totaal).

Tabel 7.10 *Opbelredenen/contactredenen, naar de componenten van de RFEC. Percentages.*

Componenten	IJst n = 497	Ommoord n = 7503
1 – Symptomen en/of klachten	54	58
2 – Diagnostische en preventieve handelingen	3	9
3 – Therapeutische handelingen	4	11
4 – Uitslagen van onderzoek	26	5
5 – Administratieve redenen	6	2
6 – Overige redenen	2	–
7 – Diagnosen en ziekten	5	15

Tabel 7.11 *Redenen om de huisarts te bellen die vaker dan vijf keer werden geregistreerd.*

R17 – Hoesten	33*
U61 – Uitslagen urine-onderzoek	25
A60 – Uitslagen bloedonderzoek	20
L64 – Uitslag röntgenonderzoek	18
A18 – Koorts	16*
A20 – Algemeen ziek voelen	15*
L12 – Lage rugklachten	11*
R21 – Symptomen en klachten van de keel	10*
X23 – Symptomen en klachten van de zwangerschap	10
P08 – Angstig, zenuwachtig, gespannen voelen	9*
X11 – Symptomen en klachten van de menstruatie	9
A25 – Algemene symptomen bij kinderen NEC	7
S11 – Lokale afwijkingen/letsel	7
L60 – Uitslagen bloedonderzoek	6
R15 – Verkoudheid in het hoofd	6
T60 – Uitslagen bloedonderzoek	6

* De met een asterisk aangegeven rubrieken komen ook voor op de Ommoordse lijst van meest voorkomende redenen om naar de huisarts te gaan!

7.4. Diagnosen

De diagnosen van de huisartsen kwamen op hoofdstuk-niveau redelijk overeen met de redenen van de patiënten om te bellen.

Duidelijk de meeste diagnosen werden geplaatst in hoofdstuk R, 'Ademhaling', terwijl ook de hoofdstukken L en A, respectievelijk 'Spieren en skelet' en 'Algemeen', vele diagnosen telden. De hoofdstukken D, K, P, S, U en X – respectievelijk 'Spijsvertering', 'Bloedsomloop', 'Psychologie', 'Huid', 'Urologie' en 'Gynaecologie' – vormen een middengroep met ongeveer 30 tot 50 diagnosen. De rest van de hoofdstukken bevatte beduidend minder diagnosen (*tabel 7.12*). In *tabel 7.12* komt eveneens tot uiting dat in de hoofdstukken A, P en X veel gebruik werd gemaakt van symptoomdiagnosen.

Tabel 7.12 *Percentage symptoomdiagnosen (component 1) door de huisartsen, naar hoofdstuk van de RFEC.*

A – Algemeen (n = 52)	40
B – Bloed (n = 8)	13
D – Spijsvertering (n = 46)	15
F – Oog (n = 5)	–
H – Oor (n = 10)	–
K – Bloedsomloop (n = 28)	8
L – Spieren en skelet (n = 73)	18
N – Neurologie (n = 11)	18
P – Psychologie (n = 29)	69
R – Ademhaling (n = 106)	3
S – Huid (n = 31)	3
T – Endocrinologie (n = 11)	9
U – Urologie (n = 36)	8
X – Gynaecologie (n = 44)	43
Y – Mannelijk genitaal apparaat (n = 1)	–
Z – Sociaal (n = 7)	100

Tabel 7.13 *Frequent voorkomende diagnosen en ziekten. Aantallen.*

R74 – Infecties bovenste luchtweg	73
U71 – Cystitis	21
L76 – Verrekking/verstuiking	16
A75 – Mononucleosis infectiosa	13
L81 – Osteoarthritis van de wervelkolom	12
D88 – Gastritis/duodenitis	9
A19 – Algemene zwakte/vermoeidheid*	8
L88 – Bursitis/tendinitis/synovitis	7
X97 – Obstetrische complicaties	7
H71 – Acute otitis media	6
R78 – Acute bronchitis	6
P08 – Angstig/gespannen/zenuwachtig*	6

* Symptoomdiagnosen (component 1).

De diagnose R74, 'Infectie van de bovenste luchtweg', werd verreweg het meest door de huisartsen gesteld, met als tweede U71, 'Cystitis'. De meest voorkomende symptoomdiagnose was A19, 'Algemene zwakte/vermoeidheid' (tabel 7.13).

7.5. Behandeling klachten

In ruim de helft van de gevallen was het doel van de beller het verkrijgen van een advies. In 16 procent van de gevallen werd een medicijn gevraagd en in 11 procent van de gevallen ging het om een aanvulling op een eerder contact. Bij bekende klachten ging het vaak om een aanvulling op een eerder contact; bij nieuwe klachten werd vaker een medicijn gevraagd (tabel 7.14).

Tabel 7.14 Het doel van de patiënten, naar bekende en nieuwe morbiditeit. Percentages.

	Bekend n = 295	Nieuw n = 202
Advies	50	59
Medicijn	10	27
Aanvulling op eerder contact	5	1
Niets	7	1
Vraag om huisbezoek	3	5
Op spreekuur komen	2	5
Even praten	1	2
Contact met andere hulpverlener	3	-
Alternatief voor behandeling	19	-
Verwijzing	2	-

Tabel 7.15 Het handelen van de huisarts, naar bekende en nieuwe morbiditeit. Percentages.

Handelen huisarts	Bekend n=295	Nieuw n=202
Advies	28	20
Medicijn voorschrijven	18	43
Op spreekuur laten komen	15	19
Uitleg onderzoeksresultaat	18	1
Huisbezoek brengen	8	14
Niets	5	1
Verwijzen	4	1
Nader onderzoek	2	1

De telefonische contacten van de huisartsen leidden in een kwart van de gevallen tot het voorschrijven van een medicijn en eveneens in een kwart van de gevallen

tot het geven van aan advies. In 16 procent van de gevallen kwam de patiënt naar de spreekkamer en in 10 procent van de gevallen volgde een huisbezoek. In 11 procent van de gevallen werd uitleg gegeven over een onderzoekresultaat. Bij nieuwe gevallen werd veel vaker een medicijn voorgeschreven dan bij bekende klachten. Zoals verwacht, kwam het uitleggen van onderzoekresultaten bij bekende klachten veel voor (*tabel 7.15*).

Tabel 7.16 *Telefonische contacten die niet via de telefoon werden afgehandeld (n = 129). Percentages per hoofdstuk van de RFEC.*

A – Algemeen	25
B – Bloed	8
D – Spijsvertering	20
F – Oog	20
H – Oor	10
K – Bloedsomloop	50
L – Spieren en skelet	22
N – Neurologie	18
P – Psychologie	34
R – Ademhaling	29
S – Huid	26
T – Endocrinologie	18
U – Urologie	11
X – Gynaecologie	32
Y – Mannelijk genitaal	–
Z – Sociaal	29

In 129 gevallen werd de klacht niet via de telefoon behandeld, maar volgde een vis-à-vis contact. Klachten behorende tot de hoofdstukken ‘Bloedsomloop’, ‘Psychologie’, ‘Gynaecologie’, ‘Ademhaling’ en ‘Sociaal’ bleken het vaakst niet via de telefoon te kunnen worden afgehandeld (*tabel 7.16*). De meest voorkomende diagnose die niet via de telefoon werd behandeld, was infectie van de bovenste luchtweg, vooral bij kinderen (R74), met als tweede verrekking/verstuijing (L76). Diagnosen die vrijwel altijd tot een vis-à-vis contact leidden, waren: thrombophlebitis (K93), bijwerkingen van een correct gebruikt medicijn (A85), chronische ischemische hartziekte (K75), andere beschadigingen van spieren en skelet (L77), affectieve psychosen (P72), emfyseem (R95) en wonden (S79).

Uit *tabel 7.16* blijkt verder dat klachten uit de hoofdstukken B, H en U en Y – respectievelijk ‘Bloed’, ‘Oor’, ‘Urologie’ en ‘Manlijk genitaal apparaat’ – frequent via de telefoon werd afgehandeld. Diagnosen die vrijwel altijd telefonisch werden afgedaan, waren cystitis (U71), mononucleosis infectiosa (A75) en acute otitis media (H71).

Literatuur

¹ Lamberts H. *Redenen om naar de huisarts te gaan*. Huisarts Wet 1982; 25: 301-10.

8. Opvattingen

Samenvatting

De respons op de patiëntenenquête bedroeg 82 procent, die op de huisartsenquête 58 procent.

Bij twee van de veertien voorgelegde praktijkgevallen waren zowel huisartsen als patiënten van mening dat het probleem zich leende voor telefonische aanpak (man met prikkelhoest en ruzie over een rekening). Morbiditeit op het gebied van de bloedsomloop, psychologische problemen, delicate problematiek, situaties waarin verschil van inzicht tussen huisarts en patiënt bestaat, het oplossen van een medisch probleem en een conflict over het functioneren van de huisarts werden door huisartsen en patiënten ongeschikt gevonden voor een telefonische aanpak. In een situatie waarin de patiënt in onzekerheid verkeert, terwijl de huisarts uit ervaring oordeelt, waren huisarts en patiënt het niet eens over de aanpak. Persoonlijke kenmerken van de patiënten hadden geen significante invloed op de antwoorden. Niet-apotheekhoudende huisartsen gaven significant vaker aan een patiënt met kriebelhoest en een baby met koorts via de telefoon te behandelen dan apotheekhoudende collega's.

Vrijwel alle patiënten vonden een telefonisch spreekuur noodzakelijk, in tegenstelling tot een belangrijk deel van de huisartsen. Veel patiënten antwoordden dat ze onvoldoende bekend waren met de mogelijkheden van de telefoon. De telefonische bereikbaarheid van de huisarts werd verschillend beoordeeld; de patiënten hadden duidelijk reserves. Bovendien lijkt het dat patiënten best meer van de telefoon gebruik zouden willen maken, dit in tegenstelling tot de dokters. Patiënten jonger dan 35 jaar waren het significant vaker oneens dan oudere patiënten met de stelling dat de telefoon veel overlast bezorgt. Particuliere patiënten waren het significant vaker eens met de stelling dat de telefoon meer gebruikt kan worden in het contact met de huisarts dan ziekenfondsverzekerden.

Factoranalyse op de antwoorden van de huisartsen op de dertien stellingen leverde drie redelijk interpreteerbare factoren op; deze stemde echter niet overeen met de oorspronkelijke driedeling in 'praktijkorganisatie', 'arts-patiënt relatie' en 'materiële aspecten'. Factoranalyse op de antwoorden van de patiënten op de stellingen leverde geen duidelijke structurering van de antwoorden op. Slechts in enkele gevallen bestond er een relatie tussen de reacties op de stellingen en de praktijksituaties.

8.1. Respons

Van de patiënten hadden er 243 hun formulier ingevuld, een respons van 82 procent. Hiervan bleek 70 procent van het vrouwelijk geslacht. Dit was een onverwachte bevinding. De verdeling vrouw/man in de steekproef was 56/44. Vrouwen hebben waarschijnlijk de formulieren ingevuld voor hun partners.

Alle geretourneerde formulieren konden verwerkt worden, hoewel ze niet altijd volledig waren ingevuld. Enkele bejaarde respondenten werden bij het invullen geholpen. Eén respondent retourneerde zijn formulier oningevuld met de mededeling dat hij 'niet zo goed kon lezen'.

Van de huisartsen reageerden er 205, een respons van 58 procent. Eén huisarts retourneerde zijn enquêteformulier met de mededeling dat hij niet wenste mee te werken 'omdat men aan het Instituut toch alleen maar voor groepspraktijken was'. Verder is niets over de non-respons bekend.

8.2. Praktijksituaties

De antwoorden op de praktijksituaties zijn ingedeeld in twee categorieën: 'telefonisch' en 'vis-à-vis'. *Tabel 8.1* geeft de percentages respondenten die in de eerste categorie vielen.

Bij de patiënten scoorden slechts twee situaties hoog in de rubriek 'telefoni-

Tabel 8.1 *De veertien praktijksituaties en de percentages patiënten en huisartsen die deze situatie geschikt achten voor telefonische afhandeling.*

Situaties	P	H
<i>Veel voorkomende morbiditeit</i>		
Een man met kriebelhoest vraagt om een medicijn.	79	77
Een vrouw met acute rugpijn vraagt om een advies.	22	85
Ouders vragen om een advies voor een baby met koorts.	43	68
<i>Weinig voorkomende morbiditeit</i>		
Een man is bang weer een te hoge bloeddruk te hebben; hij vraagt de dokter of het goed is dat hij weer Inderal gaat gebruiken.	17	3
Een gespannen vrouw vraagt om slaappillen.	19	61
De man van een depressieve zwangere vraagt om advies.	26	16
<i>Delicate, persoonlijke problematiek</i>		
Een oude man wil praten over euthanasie.	4	11
Een zich wanhopig voelende vrouw met huwelijksproblemen.	16	9
<i>Verschil van inzicht</i>		
Een verschil van inzicht tussen de familie en de huisarts over de behandeling van een kankerpatiënt.	12	14
De zuster van een alleenwonende, dementerende vrouw wil, tegen de wil van de huisarts, dat de vrouw werd opgenomen in een verzorgingshuis.	22	46
<i>Medisch probleem</i>		
Problemen met een zoon van zes jaar die nog in bed plaste.	26	18
Een vrouw heeft problemen met de anticonceptie.	7	4
<i>Conflict</i>		
De ouders van een meisje van 18 jaar zijn slecht te spreken over de behandeling van haar hoofdpijn door de huisarts.	36	3
Een man maakt ruzie over het in rekening brengen van een telefonisch consult.	92	100

sche aanpak', terwijl de score voor telefonische aanpak zeer laag was in tien gevallen. In twee gevallen was er een redelijk aantal antwoorden in de rubriek 'telefonische aanpak', zij het dat aanpak door middel van een vis-à-vis contact hoger scoorde.

Er waren geen significante verbanden tussen de antwoorden en de persoonlijke kenmerken van de patiënten.

Bij de huisartsen scoorden vijf situaties hoog en acht laag.

Er was een significant verband tussen de oordelen over twee situaties en het al dan niet apotheek-houdend zijn van de respondenten (*tabel 8.2*). Verder behandelden huisartsen gevestigd in een plaats met meer dan 20.000 inwoners een man met kriebelhoest significant vaker telefonisch dan huisartsen in kleinere plaatsen (Chi-kwadraattoets, $p < .05$).

Tabel 8.2 *Het verband tussen de aanpak bij twee situaties en het wel of niet apotheekhoudend zijn van de huisartsen. Percentages huisartsen die telefonische afhandeling geschikt achten.*

Situatie	Apotheekhoudend (n = 70)	Niet-apotheekhoudend (n = 135)
Kriebelhoest	65	83
Baby met koorts	53	77

χ^2 -toets, $p < 0,01$.

Een hoge mate van overeenstemming tussen huisartsen en patiënten was er in zeven van de veertien gevallen (verschil tussen de percentages minder dan 10); in twee gevallen was er een zeer groot verschil.

In eveneens zeven gevallen is het verschil tussen huisartsen en patiënten min of meer aanzienlijk (≥ 10 procent). In vier gevallen zien de huisartsen meer in de telefoon, in twee de patiënten.

8.3. Stellingen

De antwoorden op de stellingen zijn op dezelfde wijze verwerkt als de antwoorden op de praktijksituaties. *Tabel 8.3* geeft het volgende beeld:

Van de stellingen die zowel door patiënten als huisartsen werden beantwoord, komen de antwoorden bij de helft redelijk goed met elkaar overeen. De antwoorden op de rest van de stellingen lopen meer uiteen (21-32 procent).

Patiënten gaven op drie stellingen een duidelijk bevestigend antwoord (80-100 procent); in twee van de drie gevallen – de telefoon bevordert een goede gang van zaken en patiënt en huisarts moeten elkaar goed kennen – kwamen de antwoorden van de huisartsen hiermee overeen. De noodzaak van een telefonisch spreekuur werd door de huisartsen minder positief beantwoord. Daarentegen waren de huisartsen van mening dat ze voldoende telefonisch bereikbaar waren;

Tabel 8.3 *Eens/gedeeltelijk eens van patiënten en huisartsen op de voorgelegde stellingen weergegeven in percentages van de respons; patiënten n=243 en huisartsen n=205.*

Stellingen	P	H
<i>Praktijkorganisatie</i>		
De telefoon veroorzaakt veel overlast	49	62
De telefoon bevordert een goede gang van zaken	92	91
Het behandelen van patiënten door middel van de telefoon kost veel tijd	46	19
Een telefonisch spreekuur is noodzakelijk	94	68
De huisarts is voldoende telefonisch bereikbaar	71	92
<i>Arts-patiënt relatie</i>		
Voor een verantwoorde telefonische hulpverlening is het van het grootste belang dat de huisarts zijn patiënten goed kent	93	91
Het behandelen van patiënten door middel van de telefoon door huisartsen is riskant	78	66
De mogelijkheden van het gebruik van de telefoon zijn de huisarts/patiënt voldoende bekend	58	89
Er kan best meer gebruik gemaakt worden van de telefoon door de patiënt/huisarts	73	41
De telefoon verkleint de afstand tussen patiënt en huisarts	60	67
<i>Materiële factoren</i>		
Als patiënten moeten bepalen voor een telefonisch(e) advies/behandeling, zullen ze minder vaak bellen	70	
Omdat de huisarts er niet voor betaald wordt, beperkt hij zoveel mogelijk de telefonische verrichtingen		12
Particulieren bellen vaker dan ziekenfondsverzekerden		37

de patiënten waren hierover veel minder positief. De meningen omtrent de bekendheid met de mogelijkheden van de telefoon lopen duidelijk uiteen, evenals over het meer gebruik maken van de telefoon in het contact tussen huisarts en patiënt. Bij de rest van de stellingen waren de verschillen niet opvallend.

Materiële factoren speelden bij de patiënten wel een rol, zij het niet overtuigend. De huisartsen waren duidelijker; zij gaven aan dat het ontbreken van honorering voor hen geen reden was om hun telefonische verrichtingen te beperken. Toch vond 37 procent van de huisartsen dat particulieren vaker bellen dan ziekenfondsverzekerden.

Bewerking met de chi-kwadraattoets van de antwoorden van de patiënten in relatie tot hun persoonskenmerken – leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, wel/niet in bezit van telefoon, burgerlijke staat, wel/ geen kinderen < 10 jaar, woonvorm, woonafstand tot de praktijk en opleiding – leverde de volgende significanties op:

- patiënten jonger dan 35 jaar waren het significant vaker oneens met de stelling dat de telefoon veel overlast bezorgt dan oudere patiënten (*tabel 8.4*);

- particulier verzekerde patiënten waren het significant vaker eens met de stelling dat de telefoon best meer gebruikt kan worden in het contact met de huisarts dan ziekenfondsverzekerden (*tabel 8.5*).

Bewerking van de antwoorden van de huisartsen met de chi-kwadraattoets leverde geen significante relaties op.

Tabel 8.4 *Het verband tussen de antwoorden op de uitspraak dat de telefoon veel overlast veroorzaakt, en de leeftijd van de patiënten. Percentages.*

Leeftijd	(Gedeeltelijk) eens (n = 118)	(Gedeeltelijk) oneens (n = 122)
< 35 jaar	36	57
≥ 35 jaar	64	43

χ^2 -toets, $p < 0,01$.

Tabel 8.5 *Het verband tussen de antwoorden van de patiënten op de uitspraak dat de telefoon best meer gebruikt kan worden in het contact met de huisarts, en de verzekeringsvorm van de patiënten. Percentages.*

Verzekering	(Gedeeltelijk) eens (n = 163)	(Gedeeltelijk) oneens (n = 60)
Ziekenfonds	61	83
Particulier	39	17

χ^2 -toets, $p < 0,01$.

Vervolgens heeft factoranalyse plaatsgevonden op de reacties van huisartsen en patiënten afzonderlijk om na te gaan of de aangebrachte structuur kon worden teruggevonden.

De reacties van de huisartsen konden worden verdeeld in vier factoren, waarvan er drie redelijk interpreteerbaar waren (*tabel 8.6*).

De stellingen 1, 3, 12 en 13 vormen de eerste factor en hebben betrekking op een combinatie van praktijk-organisatorische en materiële aspecten. Als gemeenschappelijk kenmerk van deze stellingen kan gelden dat de telefoon als belastend wordt ervaren wanneer de respondent het met deze stellingen eens is.

De tweede factor wordt gevormd door de stellingen 5, 6 en 8 en heeft betrekking op aspecten van de arts-patiënt relatie en praktijkorganisatie. Als gemeenschappelijk kenmerk kan gelden dat de respondenten weinig problemen met het gebruik van de telefoon ervaren als ze het met deze stellingen eens zijn. De negatieve lading van stelling 4 op factor 2 bleek niet goed te interpreteren. Een verklaring zou kunnen zijn dat een belangrijk deel van de respondenten reeds een telefonisch spreekuur had.

De derde factor bestaat uit de stellingen 2, 9 en 10 en heeft betrekking op aspecten van de arts-patiënt relatie en praktijkorganisatie. Als gemeenschappelijk

Tabel 8.6 Resultaten factoranalyse op reacties van de huisartsen op de stellingen.

Stellingen	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
<i>Praktijkorganisatie</i>				
1. De telefoon veroorzaakt veel overlast	0.51			
2. De telefoon bevordert een goede gang van zaken			0.71	
3. Telefonische behandeling vergt veel tijd	0.69			
4. Een telefonisch spreekuur is noodzakelijk		- 0.49		
5. De huisarts is voldoende bereikbaar		0.68		
<i>Arts-patiënt relatie</i>				
6. De huisarts moet zijn patiënt goed kennen		0.46		
7. Het behandelen via de telefoon is gevaarlijk				0.77
8. Huisartsen zijn voldoende op de hoogte		0.67		
9. De huisarts zou best meer via de telefoon kunnen doen		- 0.47	0.51	
10. De afstand tussen patiënt en huisarts wordt kleiner			0.75	
<i>Materiële aspecten</i>				
11. De huisarts beperkt zijn telefonische verrichtingen	0.69			
12. Ziekenfondsverzekerden bellen vaker dan particulieren	0.53			- 0.63

kenmerk van deze stellingen kan gelden dat, wanneer de respondenten het er mee eens zijn, gesproken kan worden van een positieve instelling ten aanzien van het gebruik van de telefoon.

Factor 4 bleek in het geheel niet interpreteerbaar.

De oorspronkelijke driedeling blijkt dus in het geheel niet terug te vinden in de antwoorden op de stellingen van de huisartsen.

Factoranalyse op de reacties van de patiënten op de stellingen leverde geen duidelijke structurering van de antwoorden op.

8.4. Relatie stellingen en praktijksituaties

Op basis van de resultaten van de factoranalyses zijn vervolgens een aantal schalen gevormd. Voor de huisartsen is dat overeenkomstig de gevonden factoren gebeurd; voor de patiënten is een totaalscore berekend waarmee het *overall* oordeel

van de patiënten over het gebruik van de telefoon in de huisartspraktijk is bepaald.

De betrouwbaarheid van de aldus gevormde schalen is niet hoog. Voor de drie schalen (factoren 1 t/m 3) van de huisartsen is de betrouwbaarheid 0,47, 0,41 en 0,51, voor de patiëntenschaal is de betrouwbaarheid 0,45 (voor 11 stellingen).

De score per stelling is als volgt vastgesteld: eens = 1, gedeeltelijk eens = 2, gedeeltelijk oneens = 3 en oneens = 4. Een hoge score betekent dat de respondenten het minder met de stellingen eens waren. Van deze scores is een gemiddelde berekend en de respondenten zijn vervolgens verdeeld in twee groepen: een groep die boven dit gemiddelde scoorde en een groep die beneden het gemiddelde scoorde. De aldus gevormde groepen zijn onderzocht op samenhang met de antwoorden op de casuïstiek van dezelfde respondent. De antwoorden op de aanpak van de casuïstiek zijn ingedeeld in twee groepen: telefonisch en vis-à-vis.

Huisartsen

Factor 1 bestaat uit vier stellingen (1, 3, 12 en 13). De totaalscore ligt dus tussen 4 en 16. Een hoge score betekent dat de respondent de telefoon als weinig belastend ervaart. Er bleken geen significanties te kunnen worden aangetoond tussen de scores op de stellingen en de reacties op de casuïstiek.

Factor 2 bestaat uit drie stellingen (5, 6, en 8) De totaalscore ligt dus tussen 3 en 12. Een hoge score betekent dat de respondent vindt dat hij wel problemen heeft met het gebruik van de telefoon. Alleen ten aanzien van het geval met de bedplassende zoon werd een significante samenhang gevonden (tabel 8.7). Dit betekent dat huisartsen die vinden dat ze weinig problemen ervaren bij het gebruik van de telefoon, deze casus significant vaker via de telefoon zouden regelen dan huisartsen die het minder eens zijn met deze stellingen.

Tabel 8.7 De samenhang tussen de totaalscores op factor 2 en de aanpak van de bedplassende zoon. Percentages (n=204).

Factor 2	Telefonisch	Vis-à-vis	Totaal
Onder gemiddeld	23	77	60
Boven gemiddeld	11	89	40

p<0.05.

Factor 3 bestaat uit drie stellingen (2, 9 en 10). Een hoge score betekent hier dat de respondenten een minder positieve instelling ten aanzien van het gebruik van de telefoon laten blijken. Alleen ten aanzien van de man met kriebelhoest werd een significante samenhang gevonden (tabel 8.8). De respondenten die een positieve instelling ten aanzien van de telefoon laten blijken door onder het gemiddelde te scoren op factor 3, geven aan dat ze de man met kriebelhoest vaker via de telefoon zouden behandelen dan de respondenten die minder positief ten aanzien van de telefoon stonden.

Tabel 8.8 De samenhang tussen de totaalscores op factor 3 en de aanpak van de man met kriebelhoest. Percentages ($n = 204$).

Factor 3	Telefonisch	Vis-à-vis	Totaal
Onder gemiddeld	83	17	50
Boven gemiddeld	70	30	50

$p < 0.05$.

De uiteindelijke conclusie is dus dat er weinig relatie is tussen de scores op de factoren en het oordeel over de praktijksituaties in de antwoorden van de huisartsen.

Patiënten

Een hoge score betekent een minder positieve instelling ten aanzien van de telefoon. Alleen in de casus waarin van ontevredenheid over de behandeling van de dochter sprake was, kon significantie worden aangetoond (tabel 8.9). Patiënten met een positieve instelling ten aanzien van de telefoon vinden dat het geval over de ontevredenheid over de behandeling van de dochter significant vaker door de dokter via de telefoon behandeld kan worden dan patiënten met een minder positieve instelling.

Ook voor de patiënten-respondenten geldt dat een positieve houding ten aanzien van de telefoon slechts in een praktijksituatie betekenisvolle samenhang vertoont met de aanpak, telefonisch of vis-à-vis.

Tabel 8.9 De samenhang tussen de totaalscores van patiënten op de stellingen en de aanpak van het geval van ontevredenheid over de behandeling van de dochter. Percentages ($n = 243$).

Totaalscores	Telefonisch	Vis-à-vis	Totaal
Onder gemiddeld	43	57	47
Boven gemiddeld	29	71	53

$p < 0.05$.

IV. Beschouwing

9. De rol van de telefoon in een huisartspraktijk

9.1. Algemeen

Het totaal aantal telefonische contacten (huisartsen + doktersassistentes) bedroeg gemiddeld 49 per dag, precies evenveel als het gemiddeld aantal vis-à-vis contacten van de huisartsen. Van deze telefonische contacten namen de huisartsen 21 procent voor hun rekening.

Uit de verdeling van de telefonische verrichtingen over de dagen van de week blijkt dat de drukte voor de assistente op maandagen het grootst was. Waarschijnlijk komt dit door het weekend: de ontstane 'uitgestelde behoefte' wordt op maandag ingelopen. Op maandagen werd ook vaker gevraagd om een afspraak voor een vis-à-vis contact op dezelfde dag.

De drukte op maandag, vooral 's morgens, heeft als consequentie dat de bereikbaarheid van de praktijk gevaar loopt, terwijl de activiteiten van de assistente sterk worden bepaald door de telefoon. Dit laatste betekent dat er eventueel extra hulp beschikbaar moet zijn.

De verrichtingen van de huisartsen waren wat meer over de week verdeeld; de maandagen waren wel het drukst, maar ook de vrijdagen telden veel telefonische verrichtingen, in verband met het naderende weekend. Het part-time werken van de huisartsen is een andere oorzaak.

Bij een soortgelijk onderzoek in 31 groepspraktijken in Minnesota bleek dat gemiddeld twee telefoongesprekken per behandelde patiënt werden gevoerd. Hiervan werd 19 procent door de huisarts afgehandeld. Opvallend was verder dat het aantal telefonische verrichtingen in de praktijken waar huisartsen persoonlijk te consulteren waren, 40 procent hoger lag dan in praktijken waar de telefoon werd bediend door een 'assistent' of 'nurse'.¹

Het aandeel van de telefonische contacten in het totaal aantal arts-patiënt contacten bedroeg 18 procent. In de buitenlandse literatuur worden percentages genoemd die variëren van 15 tot 28 procent.¹⁻⁴ De vergelijkbaarheid van deze cijfers is echter betrekkelijk door de totaal andere omstandigheden waaronder de huisartsgeneeskunde elders wordt beoefend.

Adam en Ten Cate telden in een praktijk van 3000 patiënten in de Randstad gemiddeld 15 telefonische consulten per dag. Verder vonden in deze praktijk per dag gemiddeld 34 spreekuurconsulten plaats en werden 7 visites afgelegd. Het percentage telefonische contacten bedroeg dus 26 procent.⁵

Starreveld suggereert dat hij in een normpraktijk (2600 patiënten?) per dag gemiddeld 15 gesprekken tijdens het telefonisch spreekuur telde.⁶

Per dag brachten de huisartsen gemiddeld 25 à 30 minuten door met telefoneren. Inclusief de handelingen *naar aanleiding* van de telefonische verrichtingen werd per dag 60 à 90 minuten aan telefonische patiëntenzorg besteed. Voor een praktijk van 2400 zielen komt dit neer op 40 à 60 minuten, dat is ongeveer 10 procent van de werktijd.

Publikaties uit Canada en de Verenigde Staten vermelden percentages van 12,5 tot 20 procent van de werktijd.^{2 4} Voor kinderartsen ligt dat zelfs op 25 procent.⁷

Bremer beschreef een dag in 1973 in zijn praktijk van 2250 zielen (de helft van een duo-praktijk van 4500 zielen). Op die willekeurige werkdag was een half uur gepland voor een telefonisch spreekuur, waarvan 'frequent' gebruik werd gemaakt.⁸

9.2. De bellers

De persoonlijke kenmerken van de groep bellers wijken nauwelijks af van het profiel van de praktijkpopulatie als geheel. Verwacht was dat de categorie 15-44-jarigen vaker zou bellen, omdat deze leeftijdsgroep de zorg voor jonge kinderen heeft. Dat was niet het geval: kennelijk hebben deze patiënten weinig redenen om voor zichzelf de dokter te bellen. De 65-plussers waren iets oververtegenwoordigd bij de dokstersassistente en enigszins ondervertegenwoordigd bij de huisartsen. Het eerste was verwacht, omdat ouderen nu eenmaal meer morbiditeit hebben. Waarom de 65-plussers niettemin relatief weinig met de huisartsen belden, is niet duidelijk. Mogelijk is de drempel om de huisarts direct te bellen, bij ouderen wat hoger. Ook kan een rol gespeeld hebben, dat de huisartsen ouderen vaker op eigen initiatief bezoeken.

Vrouwen belden veel vaker dan mannen, zij het dat iets meer dan de helft van deze vrouwen voor iemand anders belden (vooral voor een kind). Ook elders werd vastgesteld dat een aanzienlijk deel van de telefoongesprekken *namens* iemand werd gevoerd.² Na correctie voor deze gevallen blijft de verhouding vrouw/man niettemin 1,8/1 bij de assistente en 1,5/1 bij de huisarts, terwijl de verhouding van de verrichtingscijfers 1,2/1 bedraagt. Het bekende verschil in consultfrequentie tussen vrouwen en mannen⁹ blijkt dus nog geprononceerder bij de telefonische contacten.

In de Verenigde Staten kwamen *Fischer and Smith* eveneens tot een verhouding 1,5/1.⁴ Andere onderzoekers vonden daarentegen in dit opzicht geen verschil tussen vrouwen en mannen.^{11 10}

De verzekeringsvorm leek niet van invloed op het bellen met de praktijk. Hetzelfde geldt voor het opleidingsniveau (dat nauw correleerde met de verzekeringsvorm). Als we echter ook rekening houden met de verschillende verrichtingscijfers voor particuliere patiënten en ziekenfondsverzekerden – verhouding 1/1,5 – dan belden particulier verzekerden en hoger opgeleide patiënten vaker. Dit is in overeenstemming met een bevinding van *Pope*: meer ontwikkelde mensen met een hogere sociale status maken meer gebruik van de telefoon voor

het melden van gezondheidsproblemen aan hun arts dan patiënten met een lagere opleiding en sociale status.¹²

Alleenstaanden belden duidelijk vaker met de doktersassistente dan werd verwacht. Gaan we er vanuit dat deze groep alleenstaanden voor het merendeel uit 65-plussers bestaat, dan is deze bevinding verwacht.

De woonafstand tot de praktijk bleek, in tegenstelling tot de verwachting, geen invloed te hebben. Verwacht was dat met name de perifere patiënten meer van de telefoon gebruik maken uit overwegingen van efficiëntie. Mogelijk spelen hier andere factoren een rol zoals het voorkomen van minder morbiditeit en/of minder snel inroepen van medische hulp.

9.3. De opbelredenen

De redenen om de doktersassistente te bellen, bleken weinig pluriform: het maken van een afspraak voor spreekuurbezoek of een visite was veruit de meest voorkomende handeling. Deze handeling maakt deel uit van de intake-functie van de doktersassistente.

Ook de patiënt-voorlichtende functie van de doktersassistente kreeg in belangrijke mate via de telefoon gestalte: per dag werd vier keer om informatie betreffende de organisatie van de gezondheidszorg gevraagd. Het geven van adviezen bij niet ernstige gezondheidsstoornissen is een ander onderdeel van de patiënt-voorlichtende functie van de assistente. De uitkomsten van onze inventarisatie komen redelijk overeen met de cijfers uit Wolvega, waar ook de contactredenen via de balie werden geïnventariseerd. Overigens heeft de doktersassistente in de onderzoekpraktijk een minder uitgesproken taak dan haar collega in het onderzoek van *De Haan*.¹³

De Haan heeft een overzicht gemaakt van de twintig meest voorkomende contactredenen tijdens het telefonisch spreekuur. De meest voorkomende opbelredenen waren A60, R17 en D16, respectievelijk 'Resultaten van bloedonderzoek', 'Hoesten' en 'Diarree'. Deze laatste bevindingen komt niet overeen met onze waarnemingen; waarschijnlijk hebben seizoeninvloeden hier een rol gespeeld: *De Haan* registreerde in de maanden juli t/m oktober, terwijl in IJlst werd geregistreerd tussen januari en mei. Verder valt op dat *De Haan* rubriek 58 – 'Counseling' – veelvuldig gebruikt.

Het gebruik van verschillende classificatiemethoden maakt vergelijking met andere bevindingen niet goed mogelijk.

Van Es vermeldt dat de ziekten en klachten waarmee de huisarts wordt geconfronteerd, voor 28 procent behoren tot de tractus respiratorius, terwijl ziekten en klachten van de huid en het onderhuids bindweefsel 15 procent van alle aangeboden klachten omvatten.¹⁴

Van de Lisdonk inventariseerde de ervaren morbiditeit van patiënten, dus ook de klachten waarmee men niet naar de dokter ging. De meest voorkomende

klachten waren: ziekten van het bewegingsapparaat (23 procent), psychiatrische ziekten (21 procent), ziekten van de bovenste luchtwegen (14 procent) en ziekten van de tractus digestivus (13 procent).¹⁵

Fischer and Smith (VS) gebruikten een lijst met de vijftig meest voorkomende klachten in de huisartspraktijk. De drie meest voorkomende rubrieken waren: infecties van de bovenste luchtweg (22 procent), griep (8 procent) en koorts (6 procent). De overige rubrieken omvatten elk minder dan 4 procent van het totaal aantal telefonische verrichtingen (n=587). Deze auteurs werden dus nog frequenter opgebeld over infecties van de bovenste luchtweg.⁴

Weingarten (Israël) classificeerde zijn telefonische verrichtingen in diagnose-categorieën. Infectie van de bovenste luchtweg kwam ook hier het meest voor (18 procent), terwijl gastro-intestinale aandoeningen (inclusief hepatitis, exclusief gastro-enteritis) op de tweede plaats kwam met 15 procent. Koorts was de derde categorie in de rij van meest frequente aandoeningen (14 procent).¹¹

Van de telefonische contacten met bekende problematiek bleek het vooral te gaan om aandoeningen waarbij veel laboratoriumwerk gedaan werd. De ziekte van Pfeiffer en cystitis zijn duidelijke voorbeelden.

Bij de nieuwe klachten valt op dat de huisartsen infectie van de bovenste luchtwegen kennelijk heel vaak als werkhypothese gebruiken in de telefonische situatie. Het zeer frequent voorkomen van infectie van de bovenste luchtwegen zal ook te maken hebben gehad met het seizoen waarin de inventarisatie plaatsvond.

9.4. Kenmerken van het hulpverleningsproces via de telefoon

Morbiditeit van de bloedsomloop kwam veel minder vaak voor in de telefonische hulpverlening dan in de vis-à-vis situatie, terwijl voor urologische morbiditeit het tegenovergestelde gold. Waarschijnlijk is dit een gevolg van het feit dat de morbiditeit van de bloedsomloop in de huisartspraktijk voor een belangrijk deel bestaat uit verhoogde bloeddruk. Het behandelen c.q. controleren van hypertensie vereist vrijwel altijd een meting van de bloeddruk, zodat een telefonische benadering hier niet voor de hand ligt. De urologische morbiditeit in de huisartspraktijk wordt grotendeels bepaald door blaasontsteking. Veel vrouwen beschouwen blaasontsteking als een niet ernstige kwaal en regelen de behandeling en controle via de telefoon.

In hoofdstuk A – ‘Algemeen’ – kwamen twee keer zoveel contactredenen voor als bij *Lamberts*.¹⁶ Dit is een gevolg van het feit dat in de telefonische situatie vaak niet goed kan worden gedifferentieerd, vooral door ontbreken van de mogelijkheid tot lichamelijk onderzoek. Hierdoor kan bijvoorbeeld het symptoom koorts vaak niet nader geduid worden. Daarnaast nodigt de telefoon als het ware uit om eventuele morbiditeit in een vroeger stadium voor te leggen aan de huisarts. Door de vaagheid van de symptomen is de huisarts minder in staat tot het stellen van een diagnose. Het gevolg is, dat de evaluatie niet verder gaat dan een symptoomdiagnose (bij 19 procent van de telefonische verrichtingen).

In de telefoongesprekken waarin wel een diagnose volgens ICHPPC-normen werd gesteld, was vooral sprake van een reeds bekend probleem of ziekte.

Bij *Lamberts* was bijna de helft (46 procent) van alle contactredenen onder te brengen in slechts 37 rubrieken. De opbelredenen in IJlst bleken nog aanzienlijk minder pluriform: niet meer dan 35 rubrieken waren voldoende om 61 procent van alle opbelredenen te classificeren.

Op component-niveau waren de meest opvallende verschillen tussen de registratie van contactredenen in Ommoord en de registratie in IJlst de componenten 'Uitslagen van onderzoek' en 'Administratieve handelingen', die in de vis-à-vis situatie veel minder vaak werden gebruikt. Het gaat hier om handelingen die weinig tijd vragen en met behulp van de telefoon efficiënt afgedaan kunnen worden.

Het doel van de bellers is voor meer dan de helft het verkrijgen van een advies. Dit rechtvaardigt de conclusie dat de telefoon bij uitstek geschikt is om de huisarts advies te vragen. Dit laatste geldt in nog sterkere mate voor nieuwe gevallen.

Uit het feit dat uiteindelijk in een kwart van de gevallen met adviseren werd volstaan, kan worden afgeleid dat het adviseren door de telefoon vaak uitmondt in het voorschrijven van een medicijn of het afspreken van een vis-à-vis contact.

In de nieuwe gevallen schreven de huisartsen veel vaker een medicijn voor, terwijl ook vaker een vis-à-vis contact tot stand kwam. Bij de nieuwe gevallen was wel vaker om een vis-à-vis contact gevraagd (11 tegen 5).

Over de handelingen van huisartsen naar aanleiding van telefonische contacten is wel iets bekend.^{4 11 13 17} De uitkomsten zijn echter niet volledig vergelijkbaar, omdat zowel de werksituaties als de registratiemethoden verschillen. Wat het meest opvalt in *tabel 9.1* is de redelijke overeenkomst in het voorschrijven van medicijnen via de telefoon en het besluiten tot een vis-à-vis contact. Alleen *Weingarten* heeft een afwijkende stijl: meer adviezen en minder vis-à-vis contacten dan de andere auteurs. De verschillen tussen de cijfers van *De Haan* en de uitkomsten van dit onderzoek liggen op het terrein van het adviseren: *De Haan* én zijn assistente geven vaker een advies via de telefoon.

Tabel 9.1 *Het handelen van de huisartsen naar aanleiding van het telefoongesprek. Percentages van het totaal aantal telefonische verrichtingen.*

Auteurs	Advies	Medicatie	Vis-à-vis	Rest
Sietsma (n = 497)	24	25	26	25
De Haan (n = 362)	40	18	22	20
Weingarten (n = 350)	60	22	13	5
Greenlick et al. (n = 5070)	40	37	20	3
Fischer & Smith (n = 587)	43	26	31	-

Morbiditeit van de bloedsomloop leent zich niet goed voor telefonische benadering, evenmin als, in mindere mate, psychische problemen. Morbiditeit van de

ademhaling bleek vaak (30 procent) niet telefonisch te worden behandeld. Waarschijnlijk is dat het vooral bovenste luchtweginfecties bij kinderen betreft waar de huisarts besluit tot een vis-à-vis contact.

Urologische problemen – en dit betekent vrijwel altijd blaasontsteking – bleken zeer geschikt te zijn voor telefonische aanpak; ze werden veelvuldig via de telefoon aangeboden terwijl slechts een op de tien niet via de telefoon werd afgehandeld. Endocrinologische morbiditeit betrof in grote meerderheid de laboratoriumuitslagen van diabetes mellitus (bloedsuikers). Dat ook morbiditeit van de oren vrijwel altijd via de telefoon werd geregeld was verwacht.

Bij dit laatste gegeven is een waarschuwing op z'n plaats: *Nickerson et al.*, Amerikaanse kinderartsen, constateerden dat wanneer het symptoom oorpijn via de telefoon werd gepresenteerd, dat 20 procent van de diagnoses – otitis media – niet klopte. Bovendien is de follow-up slecht in vergelijking tot de patiëntjes die op het spreekuur worden gezien.¹⁸

Literatuur

- ¹ Solberg LI, Mayer TR, Seifert MH, Cole PM, Holloway RL. *Office telephone calls in family practice*. J Fam Pract 1984; 16: 609-16.
- ² Westbury RC. *The electric speaking practice*. Can Fam Physician 1974; 20: 69-76.
- ³ Knopke HJ, McDonald E, Sivertson SE. *Study of family practice in Wisconsin*. J Fam Pract 1979; 11: 151-6.
- ⁴ Fischer PM, Smith SR. *The nature and management of telephone utilization in a family practice setting*. J Fam Pract 1979; 11: 321-7.
- ⁵ Adam WL, Ten Cate S. *De visite in de huisartspraktijk*. Huisarts Wet 1979; 22: 488-92.
- ⁶ Starreveld JG. *Het telefonisch spreekuur van de huisarts*. Huisarts Wet 1983; 26: 448-51.
- ⁷ Perrin EC, Goodman HC. *Telephone management of acute pediatric illnesses*. N Engl J Med 1978; 298: 130-5.
- ⁸ Bremer GJ. *Dokters in hun dagelijkse doen*. Huisarts Wet 1978; 21: 477-83.
- ⁹ Lamberts H. *Morbidity in general practice*. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- ¹⁰ Curtis P, Talbot A. *The after hours call in family practice*. J Fam Pract 1979; 11: 901-9.
- ¹¹ Weingarten MA. *Telephone consultations with patients: a brief study and review of the literature*. J R Coll Gen Pract 1982; 32: 766-80.
- ¹² Pope CR, Yoshioka SS, Greenlick MR. *Determinants of medical care utilization: the use of the telephone for reporting symptoms*. J Health Soc Behav 1971; 12: 155-62.
- ¹³ De Haan J. *De doktersassistente. Delegeren van taken in een huisartspraktijk*. Leystad: Meditekst, 1986.
- ¹⁴ Van Es JC. *Patiënt en huisarts*. 2e dr. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.
- ¹⁵ Van de Lisdonk EH. *Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk* [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- ¹⁶ Lamberts H. *Redenen om naar de huisarts te gaan*. Huisarts Wet 1982; 25: 301-10.
- ¹⁷ Greenlick MR, Freeborn DK, Gambill GL, Pope CR. *Determinants of medical care utilization: the role of the telephone in total medical care*. Med Care 1973; 11: 121-34.
- ¹⁸ Nickerson HJ, Biechler L, Witte F. *How dependable is diagnosis and management of earache by telephone?* Clin Pediatr 1975; 14: 920-3.

10. Opvattingen over de telefoon in de huisartspraktijk

10.1. Geschikt voor telefonische aanpak

Alleen in het geval van de man met prikkelhoest en de ruzie over het in rekening brengen van een telefonisch consult waren patiënten en huisartsen van mening dat dit via de telefoon kon worden afgehandeld. Kennelijk zijn dit duidelijke situaties waar geen onzekere en/of persoonlijke factoren een rol spelen.

De huisartsen zijn daarnaast van mening dat ook de vrouw met rugpijn en, zij het in iets mindere mate, de baby met koorts best via de telefoon 'behandeld' kunnen worden. Bovendien zou een meerderheid de vrouw met slaapproblemen via de telefoon een medicijn voorschrijven. Kennelijk hanteren huisartsen andere criteria dan patiënten. De criteria die de huisarts hanteert stelen vooral op ervaring met het natuurlijk beloop van de gepresenteerde morbiditeit. Bovendien handelt de huisarts in de wetenschap dat een vis-à-vis contact altijd nog mogelijk is. De patiënt handelt vaak vooral uit ongerustheid.

Afgezien van deze verschillen bleek er eenstemmigheid te zijn over de aanpak van de casus. Zoals verwacht, werden bloeddrukproblemen en klachten van psychologische aard niet geschikt geacht voor telefonische aanpak. Hetzelfde gold voor het bespreken van delicate problematiek (waaronder ook het slecht-nieuwsgesprek kan worden begrepen) en van een verschil van inzicht. Patiënten en huisartsen waren het verder eens over het feit dat het oplossen van een medisch probleem niet via de telefoon moet gebeuren; kennelijk zijn er te veel persoonlijke en onzekere factoren in het spel. De literatuur was op dit punt niet duidelijk.¹

Onenigheid over het functioneren van de huisarts was niet geschikt om telefonisch af te doen, althans naar de mening van de huisartsen. Slechts een bescheiden meerderheid van de patiënten was het hiermee eens. De telefoon heeft waarschijnlijk voor een aantal patiënten in een dergelijke situatie wel een functie. De beller heeft het initiatief en kan zich daardoor gelijkwaardiger aan de arts voelen.

Persoonlijke kenmerken van de patiënten – geslacht, leeftijd, verzekeringsvorm, woonafstand tot de praktijk, gezinstype en opleidingsniveau gezinshoofd – hadden geen aantoonbare invloed op de antwoorden. Verwacht was bijvoorbeeld dat jongeren vaker een geval via de telefoon zouden willen regelen; hetzelfde werd verwacht voor particuliere patiënten.

Van de persoonlijke kenmerken van de huisartsen bleek alleen het wel of niet apotheehoudend zijn (en daarmee samenhangend het wel of niet gevestigd zijn

in een plaats van minder dan 20.000 inwoners) een zekere rol te spelen: niet-apotheekhoudende huisartsen behandelden een man met kriebelhoest en een baby met koorts wat vaker via de telefoon dan hun apotheekhoudende collega's.

Het opperen van een verklaring voor deze bevinding zou te veel het karakter van speculatie krijgen.

10.2. Organisatorisch gebruik

Zowel patiënten als huisartsen zijn overtuigd van de betekenis die de telefoon heeft voor een goede praktijkvoering. Bijna tweederde van de huisartsen vindt wel dat de telefoon veel overlast bezorgt; bijna de helft van de patiënten is zich dit ook bewust.

Toch vindt 80 procent van de huisartsen niet dat het telefoneren veel tijd in beslag neemt; patiënten denken dat dit wel het geval is. Het mogelijk tijdrovende karakter van de telefonische hulpverlening lijkt voor de huisartsen geen reden te zijn voor frustraties.

Vrijwel alle patiënten vinden een telefonisch spreekuur een noodzaak. Lokale omstandigheden – er bestaat in IJlst reeds meer dan twintig jaar een telefonisch spreekuur – hebben dit antwoord waarschijnlijk beïnvloed. De geënuquëerde huisartsen zijn duidelijk gereserveerder.

In tegenstelling tot de patiënten, vonden vrijwel alle huisartsen dat ze voldoende telefonisch bereikbaar waren. Mogelijk dat de antwoorden van de patiënten wederom gekleurd worden door lokale omstandigheden; gezien de publikaties in de lekenpers^{2 3} is er echter reden om niet alleen van een lokaal verschijnsel te spreken.

Een goede telefonische bereikbaarheid is in onze samenleving van groot belang. De PTT hanteert bepaalde normen om de bereikbaarheid van bedrijven vast te stellen; op grond daarvan wordt geadviseerd over het aantal benodigde telefoonlijnen. *Van der Giessen en De Lathouder* spreken van 'voldoende' telefonische bereikbaarheid als er niet meer dan vijf minuten verlopen tussen de eerste 'klik' en de eerste menselijke stem.⁴ Het is echter de vraag of dit niet te lang is in acute situaties. Een mogelijk oplossing hiervoor is het instellen van een alarmnummer, waarvan alleen in noodgevallen gebruik gemaakt mag worden.

Hoe de telefonische bereikbaarheid van de huisarts verder moet worden geregeld, is niet precies aan te geven. Het lijkt mij wenselijk dat ook hiervoor normen worden geformuleerd.

Patiënten zeggen dat het in rekening brengen van telefonische consultatie een remmend effect zal hebben. Het ontbreken van honorering betekent niet dat huisartsen daarom minder telefonische consulten verstrekken. Verder vindt de meerderheid van de huisartsen niet dat particuliere patiënten vaker bellen dan ziekenfondspatiënten; 37 procent vindt echter dat dit wel het geval is.

Het wel of niet in rekening brengen van telefonische consultatie is omstrede. *Westbury* vindt dat telefonisch overleg in principe kosteloos dient te zijn.⁵ Die

mening wordt gedeeld door *Cotton*, een (medisch) management adviseur: 'If you give any phone advice, give it gratis and charge it off to public relations'.⁶ *Starreveld* is daarentegen van mening dat *ieder* telefonisch consult gehonoreerd zou moeten worden.⁷ Zeer recent moest hij overigens toegeven dat dit principe bij het gebruikelijke telefonisch spreekuur niet te verwezenlijken was.⁸

In de onderhandelingen over de huisartstarieven vormen de telefonische verichtingen op het ogenblik onderwerp van discussie.

10.3. Telefoon en arts-patiënt relatie

Uit sociaal-psychologisch onderzoek is gebleken dat het niet uitmaakte of men elkaar wel of niet kende, als het uitvoeren van een zakelijke opdracht het doel van een telefoongesprek was.⁹ Kennelijk is de situatie in de arts-patiënt relatie anders: zowel patiënten als huisartsen vinden het noodzakelijk voor een verantwoorde hulpverlening dat men elkaar goed kent. Ook zijn patiënten en huisartsen het eens over de opvatting dat telefonische hulpverlening riskant is.

In de onderzoekpraktijk krijgt ieder gezin schriftelijke instructie betreffende de gang van zaken in de praktijk. Zo kan iedereen op de hoogte zijn van de mogelijkheden om de huisartsen telefonisch te raadplegen. Bovendien is op verzoek van de patiëntenraad nog eens toegelicht waarvoor het telefonisch spreekuur is bedoeld.

Niettemin vinden veel patiënten dat ze onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden van de telefoon. Bovendien vindt tweederde van de patiënten dat de telefoon *meer* gebruikt kan worden in het contact met de huisarts. Klaarblijkelijk is het zinvol de regels en mogelijkheden met betrekking tot de telefoon bij herhaling aan de orde te stellen.

Huisartsen zijn duidelijk terughoudend met betrekking tot het gebruik van de telefoon in de patiënt-arts relatie. Dit blijkt uit het ontkennend antwoord op de stelling dat best meer gebruik van de telefoon gemaakt kan worden.

De meerderheid van de respondenten stemde in met de stelling dat de telefoon de afstand tussen patiënt en huisarts verkleint. Dat komt overeen met de opvatting vermeld in de literatuur, dat iemand die opbelt zich gelijkwaardiger voelt aan zijn gesprekspartner, omdat hij het initiatief heeft, op ieder moment kan ophangen en minder last heeft van hinderlijke non-verbale signalen.⁸

Jongere patiënten tillen minder zwaar aan de overlast die te telefoon veroorzaakt. Dit wijst erop dat jonge mensen gemakkelijker met de telefoon omgaan.

Particuliere patiënten vinden vaker dan ziekenfonds patiënten dat de telefoon best meer gebruikt kan worden in het contact met de huisarts. Het ligt voor de hand dat de motieven van materiële aard zullen zijn terwijl ook redenen van efficiency een rol kunnen spelen.

In tegenstelling tot wat verwacht werd, bleken persoonlijke kenmerken van huisartsen geen significante invloed te hebben op de antwoorden van de stellingen. Verwacht werd dat de leeftijd, het aantal jaren praktijkervaring en de plaats van vestiging invloed op althans enkele antwoorden zou hebben.

Factoranalyse op de antwoorden op de stellingen van huisartsen en patiënten leverde verschillende uitkomsten op. Hieruit blijkt dat de patiënten-respondenten de zaken die in de stellingen aan de orde zijn, anders structureren dan de huisartsen-respondenten. De enquête was dus kennelijk geschikter voor huisartsen. Een gestructureerde beantwoording van de stellingen vergt waarschijnlijk een bepaalde bekendheid met de gang van zaken in de huisartspraktijk.

Een oorzaak voor de geringe significantie van de samenhang tussen de antwoorden op de stellingen en de aanpak van de praktijkgevallen kan zijn dat de betrouwbaarheid van het meetinstrument niet hoog was.

Literatuur

- ¹ Short J, Williams E, Christie B. *The social psychology of telecommunications*. London, etc.: Wiley & Sons, 1976.
- ² Het Vrije Volk 12 juli 1984.
- ³ Consumentengids september 1984.
- ⁴ Van der Giessen HCQ, De Lathouder HC. *De telefonische bereikbaarheid van de huisarts*. Med Contact 1986; 41: 1239-41.
- ⁵ Westbury RC. *The electric speaking practice*. Can Fam Physician 1974; 20: 69-76.
- ⁶ Cotton H. *Medical practice management*. Oradell, NJ: Medical Economics Book Division, 1967.
- ⁷ Starreveld JG. *Het telefonisch spreekuur van de huisarts*. Huisarts Wet 1983; 26: 448-51.
- ⁸ Starreveld JG. *De dokter belt u terug. Het telefonisch afspraakspreekuur*. Huisarts Wet 1987; 30: 220-1.
- ⁹ De Sola Pool I, ed. *The social impact of the telephone*. 2nd ed. Cambridge (Ma.), London: MIT Press, 1981.

11. Slotbeschouwing

De resultaten van dit onderzoek zijn voor een belangrijk deel gebaseerd op de situatie in de onderzoekpraktijk. Dit betekent dat generaliseren niet goed mogelijk is. Desondanks kan gesteld worden dat de telefoon een belangrijke plaats heeft gekregen in het werk van de huisarts. Door de enorme groei van het aantal aansluitingen is niet alleen de omvang van het gebruik toegenomen, maar is ook de aard van dat gebruik veranderd. Aanvankelijk fungeerde de telefoon als alarmsysteem en middel tot organisatie. De telefoon als middel tot directe communicatie tussen patiënt en huisarts wordt echter steeds belangrijker. Het is daarom noodzakelijk dat de huisarts zich realiseert dat een adequaat telefoongebruik een aantal eisen stelt op het gebied van communiceren via de telefoon, toerusting, organisatie en protocollering.

Communiceren via de telefoon

Communiceren via de telefoon heeft eigen kenmerken: de informatie is compact en de non-verbale aspecten van de communicatie worden aangetast. Dit heeft onder meer tot gevolg dat het houden van een telefonisch spreekuur zeer vermoeiend is.

Mogelijk biedt de conversatieanalyse ingangen voor nader onderzoek; op dit moment is dat nog niet duidelijk. Wél duidelijk is het belang van het hanteren van de taal. Patiënten die op dit terrein een achterstand hebben (zoals de leden van etnische minderheden), zullen in een telefoongesprek extra gehandicapt zijn.

De huisarts dient zorgvuldig om te gaan met de telefoon. Telefoneren in het bijzijn van anderen dient afgekeurd te worden. Afgezien van het feit dat de beller recht heeft op privacy, is het ook voor degene die erbij zit, een daad van onfatsoen.

Toerusting

De huisarts heeft de plicht optimaal bereikbaar te zijn; de telefoon speelt hierbij een belangrijke rol. Met de invoering van afspraakspreekuren en telefonische spreekuren is de telefoonlijn van de huisartspraktijk vaak overbezet. Hierdoor wordt de alarmfunctie van de telefoon aangetast. De instelling van een alarmnummer, dat alleen in noodgevallen gebruikt mag worden, is dan ook noodzakelijk. Dit nummer kan tevens gebruikt worden als uitgaande lijn voor langer durende gesprekken, uiteraard alleen wanneer het eigenlijke praktijknummer niet druk bezet is. Het gebruik van een tweede lijn op deze wijze heeft als voordeel dat er geen tweede assistente hoeft te komen om deze lijn te bedienen, iets wat budgettair meestal niet haalbaar is.

Een tweede voorziening die de bereikbaarheid van de huisarts kan verbeteren, is de aanschaf van een lijndoorkiezer-toestel. Deze voorziening maakt het mogelijk dat binnenkomende gesprekken zonder tussenkomst van een antwoordapparaat worden doorverbonden met de dienstdoende arts. Afgezien van het feit dat een lijndoorkiezer vrij duur is (circa f 1800,-), zijn twee netlijnen noodzakelijk. Voor apparatuur als semafoon, portofoon, mobilfoon en autotelefoon kan worden verwezen naar brochures van het voormalige NHI en de PTT.

Organisatie

Wil het gebruik van de telefoon de overige activiteiten in de huisartspraktijk zo weinig mogelijk beïnvloeden, dan zal een goede organisatie noodzakelijk zijn. Dit betekent dat de patiënt moet weten aan welke regels hij zich dient te houden. Dit kan bereikt worden door middel van – herhaalde – voorlichting.

Van de huisarts mag worden verwacht dat hij telefonisch beschikbaar is. Continu beschikbaar zijn is praktisch niet haalbaar. Daarom is een telefonisch spreekuur noodzakelijk. Een groeiend probleem wordt gevormd door de lange wachttijden. Dit probleem kan worden opgelost door een regeling parallel aan die van afspraakspreekuren in te voeren. Ook is denkbaar dat de huisarts patiënten terugbelt op een moment dat van tevoren wordt afgesproken.

Uit het oogpunt van 'gezonde' verhoudingen is het wenselijk dat de huisarts kenbaar maakt of hij telefonische consultatie aan particulieren wel of niet in rekening brengt.

Protocollering

Voor een verantwoorde telefonische hulpverlening door de assistente is het nodig afspraken te maken over wat wel en wat niet door de assistente telefonisch kan worden behandeld. Of huisartsen, in navolging van Amerikaanse kinderartsen, ook protocollen moeten maken voor de aanpak van bepaalde problemen via de telefoon, is moeilijk uit te maken, mede gezien de aarzeling in de beroepsgroep ten aanzien van de invoering van protocollen in de huisartsgeneeskunde. Wel zal de huisarts er goed aan doen bepaalde regels ten aanzien van de telefonische hulpverlening in acht te nemen. Enkele van deze regels zijn:

- pas gevestigde huisartsen doen er goed aan, zolang ze de patiënten nog niet goed kennen, geen belangrijke beslissingen via de telefoon te nemen;
- een telefoongesprek moet in principe kort en zakelijk zijn; uitgebreide gesprekken krijgen gauw het karakter van converseren;
- van telefonische verrichtingen dienen aantekeningen te worden gemaakt, bij voorkeur op de patiëntenkaart;
- een gevoel van onzekerheid in de telefonische situatie bij de huisarts is erg belangrijk; wanneer dit het geval is, dient hij dit kenbaar te maken;
- tijdens telefonische consultatie baseert de huisarts zijn adviezen en behandeling vaak op kennis van het natuurlijk beloop van klachten en/of aandoeningen; de huisarts dient er rekening mee te houden dat degene die belt hiermee niet altijd bekend is en vaak een andere verwachting heeft; enige toelichting door de huisarts op zijn handelwijze is dan gewenst;

- ter voorkoming van 'kleuring' van de boodschap door een intermediair is het gewenst dat de telefoon tijdens de diensten zoveel mogelijk wordt aangenomen door de huisarts zelf; dit klemt te meer daar de huisarts de patiënt vaak niet kent.

Datatransmissie

Behalve als instrument in de communicatie tussen patiënt en huisarts zal de telefoon in de toekomst, ook voor de huisarts, steeds belangrijker worden bij datatransmissie. Het overbrengen van ECG's is reeds bekend. Ook Viditel en in de nabije toekomst Memocom zullen steeds belangrijker worden als informatie-systeem voor (huis)artsen in verband met farmacologie, ziekteleer e.d. Op dit moment wordt geëxperimenteerd om de communicatie tussen specialisten in een ziekenhuis via dit systeem te laten lopen. Iedere specialist heeft een telefoonverbinding met Memocom waar hij berichten naar toe kan 'zenden'. Deze berichten komen dan in de 'postbus' van de aangeschreven collega. Deze collega kan op ieder moment van de dag via de telefoon nagaan of er berichten in zijn postbus zijn aangekomen. Hij kan via de monitor of, als een schriftelijke neerslag van het bericht gewenst is, met behulp van de printer, kennis nemen van de berichten. De kans is groot dat ook huisartsen in de toekomst op dergelijke systemen zullen worden aangesloten.

Richtlijnen

Dit onderzoek toont aan dat er twee terreinen zijn met betrekking tot het gebruik van de telefoon waar behoefte is aan richtlijnen. Deze terreinen zijn de honorering van telefonische consultatie door particuliere patiënten en de toerusting.

De enige richtlijn betreffende de honorering is dat de huisarts een telefonisch consult als een normaal consult in rekening mag brengen als duidelijk is dat het telefonisch consult een normaal consult vervangt. Het grote probleem in deze formulering is dat niet is omschreven wat een telefonisch consult inhoudt. Is het bellen om een wormmiddel een consult? Deze verrichting duurt amper een minuut; ik heb er moeite mee om dan het gehele consulttarief te berekenen.

In onze praktijk hanteren we momenteel de volgende richtlijnen: is het telefonisch contact een gevolg van een eerder vis-à-vis contact, zoals het meedelen van uitslagen, dan wordt hiervoor niets in rekening gebracht. Betreft het contact een nieuw probleem waar weinig tijd voor nodig is, zoals het voorschrijven van een wormmiddel, dan wordt hiervoor een half consult in rekening gebracht. Is duidelijk sprake van een normaal consult in de zin van benodigde tijd en verantwoordelijkheid, dan wordt een normaal consult in rekening gebracht.

Het belangrijkste criterium voor de toerusting is de graad van bereikbaarheid van de huisarts. In principe moet deze bereikbaarheid optimaal zijn. In de praktijk betekent dit dat er een aanvaardbaar compromis gezocht moet worden tussen wensen en mogelijkheden. De mogelijkheden van de huisarts zijn beperkt, zowel budgettair als wat personeel betreft.

In het bedrijfsleven gelden normen ten aanzien van telefonische bereikbaarheid die uitgedrukt worden in de bezettingsgraad van de telefoon. De bezet-

tingsgraad drukt uit hoe vaak in een bepaald tijdsbestek de bezettoon klinkt. Ik ben van mening dat een dergelijke norm ook voor de huisartspraktijk ontwikkeld moet worden.

Verder onderzoek

Dit onderzoek had een verkennend-beschrijvend karakter. Verder onderzoek op het gebied van de telefonische hulpverlening door huisartsen zal vooral gericht moeten zijn op het omgaan met via de telefoon aangeboden klachten.

Samenvatting/summary/gearfetting Literatuur

Samenvatting

Inleiding

De telefoon is een uitvinding die veel invloed heeft gehad op de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Deze invloed heeft tot nu toe weinig aandacht gekregen. Het lijkt wel of de aanwezigheid van de telefoon als vanzelfsprekend werd ervaren.

De laatste decennia begint er meer wetenschappelijke belangstelling voor de telefoon te ontstaan. Enerzijds komt dit door het honderdjarig bestaan van de telefoon in 1978, anderzijds is de betekenis van de telefoon na 1960 sterk toegenomen; deze betekenis zal in de nabije toekomst waarschijnlijk nog verder toenemen door de ontwikkeling van moderne informatie- en communicatiesystemen als Viditel en Memocom.

Betekenis en functie van de telefoon zijn in de loop der tijd veranderd. Aanvankelijk was de functie zuiver zakelijk: overbrengen van informatie, een betere mogelijkheid tot organisatie en de alarmfunctie waren de belangrijkste aspecten. Voor de particulier die het kon betalen, had de telefoon bovendien het karakter van statussymbool; zo ook voor de eerste artsen-abonnees.

Met de toename van het aantal aansluitingen, de verbetering van de kwaliteit van het telefoonverkeer en de uitbreiding van de technische mogelijkheden kreeg de telefoon steeds meer functies. De 'bewegingsvrijheid' van de huisarts nam toe door mobilfoon, semafoon en autotelefoon. De huistelefoon kwam tot ontwikkeling en de vrije tijd werd beter beschermd door het toepassen van antwoordapparaten en lijndoorkiezer-toestellen. Vooral de enorme toename van het aantal telefoonaansluitingen in de zestiger en zeventiger jaren heeft de functie en betekenis van de telefoon in de huisartspraktijk sterk beïnvloed. Het organiseren van afspraakspreekuren werd mogelijk, terwijl telefonische spreekuren werden ingesteld. De telefoon kreeg veel meer betekenis in de communicatie van mens tot mens en daardoor ook in de arts-patiënt relatie.

Bij het spreken via de telefoon wordt vooral de non-verbale communicatie beïnvloed. Non-verbale communicatie heeft in vis-à-vis gesprekken twee functies: informatie-verstrekkend en proces-onderhoudend. Vermindering van de informatie-verstrekking kan leiden tot onzekerheid bij de gesprekspartners, terwijl aantasting van de proces-onderhoudende functie met name delicate gesprekken kan beïnvloeden. Wellicht biedt gespreksanalyse perspectieven om de communicatie via de telefoon wetenschappelijk te onderbouwen.

Over telefonische hulpverlening door (huis)artsen is tot nu toe weinig geschre-

ven. Amerikaanse kinderartsen, die veel tijd aan telefonische hulpverlening besteden, hebben protocollen uitgewerkt om verantwoorde telefonische hulpverlening te bevorderen. Huisartsen in Canada, de VS en Israël hebben enig inventariserend onderzoek gedaan. Door de verschillende omstandigheden zijn de resultaten moeilijk vergelijkbaar met de situatie in ons land.

In ons land is tot nu alleen een literatuurstudie over het telefonisch spreekuur gepubliceerd. Verder werd onderzocht welke contactredenen patiënten hadden op het telefonisch spreekuur van de huisarts en de doktersassistente. In de leerboeken op het gebied van de huisartsgeneeskunde komt de telefoon alleen impliciet aan de orde.

In het 'Basistakenpakket van de huisarts' wordt de rol van de telefoon enkele keren genoemd; expliciete richtlijnen ontbreken echter. De taakomschrijving van de doktersassistente is op dit punt zeer gedetailleerd.

Voor dit onderzoek werden de volgende vraagstellingen geformuleerd:

- Hoe groot is de omvang van het telefoongebruik in de huisartspraktijk en wat zijn de kenmerken van telefonische verrichtingen?
- Wat is geschikt om via de telefoon te behandelen?
- Welke standpunten hebben patiënten en huisartsen betreffende het gebruik van de telefoon in de huisartspraktijk?

Methoden

Het onderzoek vond plaats in een apotheekhoudende plattelandspraktijk. Ten tijde van het onderzoek werkten twee huisartsen part-time in de praktijk (4,5 en 3 dagen per week), samen met een ervaren doktersassistente. Verder was er een stagiaire-doktersassistente voor halve dagen aanwezig.

Elke dag is er een half uur telefonisch spreekuur van een der artsen. Bovendien kunnen patiënten van 8.00 uur tot 8.15 uur via de assistente vragen om telefonisch overleg met een van de huisartsen.

De praktijk telt ongeveer 3600 patiënten. De praktijkpopulatie verschilt qua leeftijd niet duidelijk van de Nederlandse bevolking. Het aantal afgegeven verwijskaarten per 1000 patiënten bedroeg in 1984 339, terwijl dit cijfer landelijk 495 bedroeg. De kosten aan genees- en verbandmiddelen bedroegen f 94,54 per patiënt. Voor Friesland was dit gemiddeld f 104,42. Het aantal laboratoriumpunten per patiënt bedroeg 214; voor Friesland was dit 169. Landelijk cijfers zijn in de laatste twee gevallen niet voorhanden.

De verhouding tussen de verrichtingscijfers (vis-à-vis contacten) voor particulier en ziekenfonds-verzekerde patiënten bedroeg tijdens de onderzoeksperiode ongeveer 40/60. De verhouding van de verrichtingscijfers voor mannen en vrouwen bedroeg 45/55.

De eerste vraag is beantwoord door middel van inventariserend onderzoek in de onderzoekspraktijk. Gedurende twee weken werden de telefonische verrichtingen van de doktersassistente geregistreerd. De inventarisatie van de telefonische verrichtingen van de huisartsen besloeg 44 werkdagen.

De tweede en de derde vraag zijn beantwoord door middel van twee vrijwel identieke enquêtes: één onder 300 patiënten uit de onderzoekpraktijk en één onder 300 huisartsen uit de vier noordelijke provincies.

Het enquêteformulier bestond uit drie delen:

- veertien praktijksituaties; de respondent moest hier aangeven of hij de voorkeur gaf aan een telefonische afhandeling of aan een spreekuurconsult of visite;
- elf stellingen betreffende de telefoon, waarbij de respondent diende aan te geven of hij daarmee wel of niet instemde; in de huisartsenenquête was daar een twaalfde stelling aan toegevoegd.
- enkele vragen betreffende persoonlijke gegevens.

Resultaten

De doktersassistente maakte vooral afspraken; de klachten die zij kreeg aangeboden, verschilden niet duidelijk van die van de huisartsen. De huisarts kreeg veel problematiek van de ademhaling en van spieren en skelet aangeboden. Morbiditeit van de bloedsomloop kwam weinig voor. Vrouwen belden duidelijk vaker dan verwacht.

Problematiek op het gebied van endocrinologie, oren en urologie kon vrijwel altijd via de telefoon worden behandeld. Morbiditeit van de bloedsomloop, psychologische problemen en ademhaling leende zich vaak niet voor een telefonische aanpak. De bellers vroegen in ruim de helft van de gevallen om een advies. In een kwart van de gevallen bleef het daarbij; in eveneens een kwart van de gevallen werd een medicament voorgeschreven.

De respons op de patiëntenenquête bedroeg 82 procent, die op de huisartsenenquête 58 procent.

Bij twee van de veertien voorgelegde praktijkgevallen waren zowel huisartsen als patiënten van mening dat het probleem zich leende voor telefonische aanpak (man met prikkelhoest en ruzie over een rekening). Morbiditeit op het gebied van de bloedsomloop, psychologische problemen, delicate problematiek, situaties waarin verschil van inzicht tussen huisarts en patiënt bestaat, het oplossen van een medisch probleem en een conflict over het functioneren van de huisarts werden door huisartsen en patiënten ongeschikt gevonden voor een telefonische aanpak. In een situatie waarin de patiënt in onzekerheid verkeert, terwijl de huisarts uit ervaring oordeelt, waren huisarts en patiënt het niet eens over de aanpak. Persoonlijke kenmerken van de patiënten hadden geen significante invloed op de antwoorden. Niet-apotheekhoudende huisartsen zeiden significant vaker een patiënt met kriebelhoest en een baby met koorts via de telefoon te behandelen dan apotheekhoudende collega's.

Vrijwel alle patiënten vonden een telefonisch spreekuur noodzakelijk, in tegenstelling tot een belangrijk deel van de huisartsen. Veel patiënten antwoordden dat ze onvoldoende bekend waren met de mogelijkheden van de telefoon. De telefonische bereikbaarheid van de huisarts werd verschillend beoordeeld: de patiënten hadden duidelijk reserves. Bovendien lijkt het dat patiënten best meer

van de telefoon gebruik zouden willen maken, dit in tegenstelling tot de huisartsen. Patiënten jonger dan 35 jaar waren het significant vaker oneens met de stelling dat de telefoon veel overlast bezorgt dan oudere patiënten. Particuliere patiënten waren het significant vaker eens met de stelling dat de telefoon meer gebruikt kan worden in het contact met de huisarts dan ziekenfondsverzekerden.

Factoranalyse op de antwoorden van de huisartsen op de stellingen leverde vier factoren op, waarvan er drie redelijk interpreteerbaar waren. De oorspronkelijke driedeling in 'praktijkorganisatie', 'arts-patiënt relatie' en 'materiële aspecten' stemde hiermee echter niet overeen.

Slechts in enkele gevallen bestond er een relatie tussen de reacties op de stellingen en de praktijksituaties. Kennelijk is de relatie tussen de scores op de factoren en het oordeel over de aanpak van de praktijksituaties in de antwoorden van de huisartsen gering.

Factoranalyse op de antwoorden van de patiënten op de stellingen leverde geen duidelijke structurering van de antwoorden op. Voor de reacties van de patiënten op de stellingen gold verder dat slechts in één geval sprake was van een significante samenhang met de aanpak van de praktijksituaties.

Uit de verschillende uitkomsten van de factoranalyse op de antwoorden op de stellingen van huisartsen en patiënten blijkt dat de patiënten-respondenten de zaken die in de stellingen aan de orde zijn, anders structureren dan de huisartsen-respondenten. De enquête was dus kennelijk geschikter voor huisartsen. Een gestructureerde beantwoording van de stellingen vergt waarschijnlijk een bepaalde bekendheid met de gang van zaken in de huisartspraktijk.

Een oorzaak voor de geringe significantie van de samenhang tussen de antwoorden op de stellingen en de aanpak van de praktijkgevallen kan zijn dat de betrouwbaarheid van het meetinstrument niet hoog was.

Beschouwing

Vanwege de beperkte omvang van dit onderzoek mogen geen algemeen geldende conclusies worden getrokken. Zeker is echter dat de telefoon een gewichtige rol speelt in de huisartspraktijk. Dit kan niet alleen worden afgeleid uit de tijd die doktersassistente en huisarts dagelijks besteden aan telefonische patiëntencontacten, ook de kenmerken van deze contacten maken duidelijk dat het om een belangrijk terrein van de huisartsgeneeskunde gaat.

Om het telefonisch arts-patiënt contact zo goed mogelijk te laten verlopen, is het noodzakelijk dat de huisarts zich realiseert dat telefonische communicatie specifieke kenmerken heeft die een bepaalde gespreksvaardigheid noodzakelijk maken. Daarnaast zijn een adequate toerusting en een goede organisatie van het telefoongebruik in de huisartspraktijk noodzakelijk. Een zekere mate van protocollering met betrekking tot het telefoongebruik lijkt wenselijk.

Op twee terreinen met betrekking tot het gebruik van de telefoon is duidelijk behoefte aan richtlijnen: de honorering van telefonische consulten en de vereiste toerusting. Nader onderzoek is nodig om meer inzicht te krijgen in de telefonische hulpverlening door huisartsen.

Summary

The telephone in general practice. The role of the telephone in a general practice; views of patients and doctors

Introduction

The telephone is an invention which has greatly influenced the development of general practice – an influence so far given but little attention. It seems as if the presence of a telephone is taken for granted.

Scientific interest in the telephone has increased in the past few decades. On the one hand this is due to the centennial of the telephone in 1978, and on the other hand the significance of the telephone has increased markedly since 1960; this increase is likely to continue in the near future with the development of modern information and communication systems such as Viditel and Memocom.

The significance and function of the telephone have changed in the course of time. Its function was initially entirely matter-of-fact: transfer of information, enhanced possibilities of organization and the alarm function were the most prominent aspects. For private subscribers who could afford it, moreover, the telephone was a status symbol as well (as it was for the first physician-subscribers).

With the increased number of subscribers, improved quality of telephone connections and extended technical facilities the telephone assumed more and more functions. The general practitioner's 'freedom of movement' increased as beepers, radiotelephones and car telephones were introduced. Intercom systems were developed, and leisure-time activities were better protected via these systems and automatic answering devices. Especially the enormous increase in the number of subscribers in the Sixties and Seventies has greatly influenced the function and significance of the telephone in general practice. Appointment surgery hours were organized and telephone surgery hours were instituted. The telephone assumed far greater significance in personal communications and therefore also in the doctor-patient relationship.

Telephone conversations affect especially non-verbal communication, which in face-to-face conversations has two functions: to supply information and to maintain the process. Diminished supply of information may lead to insecurity in the interlocutors and an affected process-maintaining function may influence in particular conversations about the delicate subjects. Perhaps a conversation analysis may offer perspectives for a scientific approach to communication by telephone.

Little has so far been published on provision of medical care (in general practice). American paediatricians, who spend considerable time providing care by telephone, have worked out protocols to promote a responsible performance by

telephone. General practitioners in Canada, the USA and Israel have performed some cataloguing research. Owing to different situations it is difficult to assess their findings with regard to circumstances in The Netherlands.

In our country only a literature study on surgery hours by telephone has so far been published. Reasons for encounter in telephone conversations with the general practitioner and the receptionist or practice sister have also been studied. In general practice textbooks the telephone is mentioned only implicitly. In the 'Basic task description of the general practitioner' the role of the telephone is mentioned occasionally, but no explicit guidelines are given. In this respect the task definition of the practice assistant is very specific.

For this study the following problem definition was formulated:

- What is the extent of telephone use in general practice and what are the characteristics of encounters by telephone?
- Which subjects are suitable for discussion by telephone?
- What are the views of patients and general practitioner on the use of the telephone in general practice?

Methods

The study was performed in a dispensing rural general practice. At the time of the study two general practitioners were working part-time (4.5 and 3 days per week) in the practice, together with an experienced practice assistant and a trainee practice assistant who worked on a half-day basis.

Every day one of the general practitioners is available for a 30-minute telephone surgery. Moreover, patients can call the practice assistant between 08.00 and 08.15 hrs to ask for a consultation by telephone with one of the doctors.

The age distribution of the practice population of some 3600 patients does not differ significantly from that of the general population of The Netherlands. In 1984 the number of referral cards issued per 1000 patients was 339, versus a national figure of 495. The cost of medicines and dressings was f 94.54 per patient, versus an average of f 104.42 for the Province of Friesland. The number of laboratory points per patient was 214, versus 169 for Friesland (national figures on the last two items are not available).

The ratio between the patients consulting rates (face-to-face encounters) for private and sickfund patients was about 40:60 during the study period. The male:female ratio of patients consulting rates was 45:55.

The first question of the problem definition was answered by means of a cataloguing study in the study population. The telephone performance of the practice assistant was registered over a two-week period. The cataloguing of the telephone performance of the two general practitioners covered a period of 44 workdays. The second and the third question were answered with the aid of two virtually identical enquiries by questionnaire: one among 300 patients in the study practice and one among 300 general practitioners in the four northern provinces. The questionnaire comprised three parts:

- fourteen practice situations for which respondents were asked to indicate whether they preferred a telephone encounter, a surgery encounter or a house call;
- eleven theses concerning the telephone on which respondents were asked to indicate agreement or disagreement; the questionnaire for the general practitioners contained an additional thesis;
- a few questions about personal data.

Results

The practice assistant made appointments in advance; the morbidity presented to her did not differ significantly from that presented to the general practitioners. The latter were confronted with many problems concerning respiration and the musculoskeletal system. Circulatory morbidity was not frequently presented. Women called significantly more often than had been expected.

Endocrinological, otological and urological problems could nearly always be dealt with by telephone. Morbidity of the circulation and respiration and psychological problems were often unsuitable for consultation by telephone. In at least 50 percent of cases the callers asked for advice; in 25 percent this was all, while in another 25 percent medication was prescribed.

The response to the enquiry among patients was 82 percent, and that to the enquiry among general practitioners was 58 percent.

For two of the fourteen practice situations presented, both the general practitioners and the patients considered the problem suitable for an approach by telephone (a man with an irritant cough, and disagreement about a bill). Morbidity involving the circulation, psychological problems, problems of a delicate nature, situations in which doctor and patient hold different views, medical problem-solving and a conflict about the functioning of the general practitioner were considered unsuitable for a telephone consultation both by doctors and patients. In a situation in which the patient is insecure whereas the doctor can rely on experience, doctor and patient disagreed about the suitable approach. Personal characteristics of the patients did not significantly influence the answers. Non-dispensing general practitioners reported that they significantly more often treated a patient with an irritant cough and a baby with fever by telephone than did their dispensing colleagues.

Virtually all patients considered telephone surgery hours a necessity, but an important proportion of the doctors did not. Many patients stated that they were insufficiently familiar with the possibilities of consultation by telephone. The accessibility of the general practitioner by telephone was assessed diversely: some patients had unmistakable reservations. The impression was that, unlike the doctors, the patients would have no objection to making more frequent use of the telephone. The postulate that the telephone is often a nuisance was significantly more often rejected by patients under 35 than by older patients. Private patients significantly more often agreed with the postulate that the telephone can be more frequently used to contact the doctor than did sickfund patients.

Factor analysis applied to the reactions of the general practitioners to the postulates yielded four factors, of which three were reasonably interpretable. However, these factors did not correspond with the original division into 'practice organization', 'doctor-patient relationship' and 'material aspects'.

Only in a few instances did the reactions to the postulates correlate with the practice situations. Evidently the correlation between the scores on the factors and the views on the approach to the practice situations in the reactions of the general practitioners is low.

Factor analysis applied to the reactions of the patients to the postulates yielded no distinct structuration of the reactions. In only one instance, moreover, did the reactions of the patients to the postulates correlate significantly with the approach to the practice situations.

The various results obtained by application of factor analysis to the reactions of general practitioners and patients to the postulates indicate that the patient-respondents structure the subjects raised in the postulates differently from the doctor-respondents. The questionnaire is therefore apparently more suitable for general practitioners. A structured reaction to the postulates probably requires a degree of familiarity with procedures in a general practice.

A cause of the low significance of the correlation between the reactions to the postulates and the approach to the practice situations may be that the reliability of the measuring instrument was not high.

Discussion

The findings obtained in this limited study warrant no general conclusions. Without doubt, however, the telephone plays an important role in a general practice. Not only is this evident from the time spent daily on telephone contact with patients by the practice assistant and the general practitioner, but the characteristics of these contacts indicate that they cover an important area of general practice.

To ensure optimal doctor-patient contact by telephone, the general practitioner should realize that communication by telephone has some specific characteristics necessitating a certain communication skill. In addition, adequate equipment and good organization of the use of the telephone in a general practice are imperative. Some degree of protocol formulation relating to telephone use would seem to be advisable.

Two aspects of the use of the telephone in a general practice evidently require guidelines: the remuneration of telephone consultation, and the required equipment.

Further investigation is required to gain more insight into the provision of general practice care by telephone.

Gearfetting

De telefoan yn de hûsdokterspraktyk. De betsjutting fan de telefoan yn in hûsdokterspraktyk; sjenswizen fan pasjinten en hûsdokters

Ynlieding

De telefoan is in fynst dy't in protte ynfloed hân hat op de ûntjouwing fan de hûsdoktersgeneeskunde. Dy ynfloed hat oant no ta in bytsje omtinken krigen. It liket wol as wie it foarhannen wêzen fan de telefoan foar de lju fanselsprekkend.

De lêste desennia komt der mear wittenskiplik omtinken foar de telefoan. Oan 'e iene kant komt dat troch it ieufeest yn 1978, oan 'e oare kant is de betsjutting fan de telefoan nei 1960 tige tanommen; dy betsjutting sil yn 'e neie takomst foar it neist noch fierder oanwage troch de ûntjouwing fan hjoeddeiske ynformaasje en kommunikaasjesystemen lykas Viditel en Memocom.

Yn 'e rin fan de tiid is de wearde en de funksje fan de telefoan feroare. Yn it earstoan wie de funksje oars net as saaklik: it oerbringen fan ynformaasje, in bettere mooglikheit ta organisaasje en de alarmfunksje wiene de wichtichste aspekten. Foar de boarger dy't jild hie besiet de telefoan boppedat it karakter fan statussymboal; by de earste dokters dy't oansletten waarden lei dat net oars.

Troch it oanwinnen fan it tal abonnees, de ferbettering fan de kwaliteit fan it telefoanferkear en de útwreiding fan de technyske mooglikheden krige de telefoan jimmeroan mear funksjes. De 'bewegingsfrijheid' fan de dokters waard better troch mobilofon, semafoan en autotelefoan. De hûstelefoan kaam ta ûntjouwing en de frije tiid waard better beskerme troch it brûken fan antwurddapparaten en linetrochkiestastellen. Benammen de enoarme groei fan it tal abonnees yn de jierren sechstich en sawntich hat tige wichtich west foar funksje en bestjutting fan de telefoan yn de hûsdokterspraktyk. It organisearjen fan sprekoeren op ôfspraak waard mooglik, wylst der ek begûn waard mei telefoanyske sprekoeren. De telefoan waard folle wichtiger yn de kommunikaasje fan minske ta minske en dêrtroch ek tusken pasjint en dokter.

By it praten oer de telefoan wurdt benammen de non-verbale kommunikaasje fersteurd. Non-verbale kommunikaasje hat yn each-yn-each petearen twa funksjes: it jout ynformaasje en it hâldt it petear op gong. Mindert no dat jaan fan ynformaasje, dan kin dat liede ta ûnwissens by de dielhabbers oan it petear, wylst oantaasting fan it op gong hâlden fan it petear (it proses fan kommunikaasje) benammen fan ynfloed wêze kin op yngeande petearen. It is hiel wol mooglik dat 'petearanalyse' perspektiven jout om de kommunikaasje oer de telefoan wittenskiplik te ûnderbouwen.

Der is oant no ta in bytsje skreaun oer it bieden fan help oer de telefoan troch (hûs)dokters. Amerikaanske bernedokters, dy't in protte tiid sette yn telefoanys-

ke pasjintesoarch, hawwe protokollen opset om ferantwurde telefoanysk help-jaan te befoarderjen. Hûsdokters yn Kanada, de USA en Israel hawwe wat ynventarisearjend ûndersyk dien. Omdat de situaasjes ferskille, binne de utkomsten min te fergelykjen mei de tastân yn ús lân.

Yn ús lân is oant no ta allinnich in literatuerstúdzje oer de telefoanyske sprekoere publisearre. Fierders waard neigien hokker redens foar kontakt pasjinten hiene op 'e telefoanyske sprekoere fan hûsdokter en doktersassistinte. Yn de learboeken op it mêd fan de hûsdoktersgeneeskunde komt de telefoon oars net as implisyt op it algemint. Yn it 'Basistakenpakket van de huisarts' wurdt de rol fan de telefoon inkelde kearen neamd; dúdlike rjochtlinen komme net oan bar. Foar de doktersassistinte leit dat oars; har taak oangeande de telefoon is tige krekt omskreaun.

Foar dit ûndersyk waarden de folgjende fragen opsteld:

- Hoe grut is it telefoangebrûk yn de praktyk fan de hûsdokter en hokker eigenaardigheden kin men by telefoanyske ferrjochtingen ûnderskiede?
- Wat is gaadlik om oer de telefoon te behanneljen?
- Hokker mieningen hawwe pasjinten en dokters oer it brûken fan de telefoon yn in hûsdokterspraktyk?

Metoaden

It ûndersyk hie pleats yn in plattelânspraktyk mei apteek. Yn de tiid fan it ûndersyk wurken twa hûsdokters yn dieltiid yn de praktyk (4,5 en 3 dagen wyks), yn gearwurking mei in betûfte doktersassistinte. Fierders wurke der in stagaire-doktersassistinte foar heale dagen.

Elke dei is der in healoere lang in telefoanyske sprekoere fan ien fan de dokters. Boppedat kinne pasjinten fia de doktersassistinte tusken 8.00 en 8.15 oere freegje om telefoanysk oerlis mei in dokter.

De praktyk bestiet út 3600 pasjinten. De praktykpopulaasje ferskilt fan leeftiid net opfallend fan de Nederlânske befolking. It tal útskreaune ferwiiskaarten op de 1000 pasjinten kaam yn 1984 op 339, wylst dat sifer foar it hiele lân op 495 kaam. De kosten foar medisinen en ferbân besloegen *f* 94,54 de pasjint. Foar Fryslân wie dat troch de bank *f* 104,42. It tal laboratoariumpunten de pasjint besloech 214; foar Fryslân wie dat 169. Sifers foar it hiele lân binne yn de lêste twa gefallen net foarhannen.

De ferhâlding fan de ferrjochtingssifers (each-yn-each kontakten) foar partikuliere en sikefûnsfersekere pasjinten bedroech tidens de perioade fan ûndersyk om en de by 40/60. De ferhâlding fan de ferrjochtingssifers foar manlju en froulju wie 45/55.

De earste fraach is beantwurde troch ynfentarisearjend ûndersyk yn de ûndersykpraktyk. Twa wike lang waarden de telefoanyske ferrjochtings fan de doktersassistinte registrearre. De ynfentarisasaasje fan de telefoanyske ferrjochtings fan de hûsdokter had 44 dagen duorre. De twadde en tredde fraach binne beantwurde troch twa frijwol gelikense enkêtes: ien ûnder 300 pasjinten út de ûndersyk-

praktyk en ien ûnder 300 hûsdokters út de fjouwer noardlike provinsjes. It enkêteformulier befette trije dielen:

- fjirtjin situaasjes út de praktyk; de respondint moast hjirby oranjaan oft er foarkar hie foar telefoanyske oanpak of dat er leaver op 'e sprekoere kaam of in besyk oan hûs ferwachte;
- alve stellingen oangeande de telefoon; hjirby moast de respondint oanjaan oft er it der wol of net mei iens wie. By de enkête ûnder de dokters wie der noch in tolfte stelling;
- inkelde fragen oangeande persoanlike gegevens.

Utkomsten

De beuzichheden fan de doktersassistinte bestienen benammen út it meitsjen fan ôfspraken; de klachten dy' hja oanbean krige ûntrûnen net dúdlik dy fan de dokters. De hûsdokters krigen in protte krupsjes fan luchtwegen en longen en fan spieren en skelet oanbean. Klachten oer de bloedsomloop kamen in bytsje foar. Froulju skillen dúdlik faker op as ferwachte waard.

Klachten op it mêd fan de stofwikseling, earen en urinewegen koene frijwol altyd oer de telefoon behannele wurde. Klachten oer de bloedsomloop, psychologyske problemen en oer de luchtwegen en longen kamen faak net yn oanmerking foar telefoanyske oanpak. De skillers fregen yn mear as de helte om in advys. Yn in kwart fan de gefallen bleau it dêrby; ek yn in kwart fan de gefallen waard in medisyn foarskreaun.

De respons op de pasjinte-enkête bedroech 82 persint, dy op de hûsdoktersenkête 58 persint.

By twa fan de fjirtjin foarleine praktykgefallen wiene hûsdokters en pasjinten it deroer iens dat it probleem him liende foar telefoanyske oanpak (in man mei lêst fan kicheljen en rûzje oer in rekken). Klachten op it mêd fan de bloedsomloop, psychologyske problemen, fyngefoelige problemen, situaesjes wêrby't ferskil fan ynsjoch tusken pasjint en hûsdokter bestiet, it oplossen fan in medysk probleem en in konflikt oer it funksjonearjen fan de hûsdokter wiene neffens pasjinten en hûsdokters net gaadlik om telefoanysk te behanneljen. Yn dy situaasjes, wêryn't de pasjint yn it ûnwisse forkeart, wylst de dokter út ûnderfining oardielet, wiene pasjint en hûsdokter it net iens oer de oanpak. Persoanlike skaaimerken fan de pasjinten hiene gjin oanwiisbere ynfloed op de antwurden. Hûsdokters sûnder apteek behannelen dúdlikerwize oer de telefoon faker in man mei in droege kich en in poppe mei koarts as hûsdokters mei apteek.

Hast alle pasjinten fûnen in telefoanyske sprekoere needsaak, yn tsjinstelling ta in wichtich part fan de hûsdokters. In protte pasjinten antwurden dat hja net sa goed op de hichte wienen mei de mooglikheden fan de telefoon. It berikber wêzen fan de hûsdokter waard troch de pasjinten ûngelikens beoardiele: pasjinten hiene dúdlik reserves. Boppedat liket it derop dat pasjinten de telefoon wol faker brûke wolle, dit yn tsjinstelling ta de dokters. Pasjinten jonger as 35 jier wiene it, die bliken, faker net iens mei it sizzen dat de telefoon in bulte oerlêst te weech bringt, as âldere pasjinten. Partikuliere pasjinten wiene it dúdlik faker

iens mei de stelling dat de telefoon mear brûkt wurde koe yn it kontakt mei de hûsdokter as pasjinten dy't by it sikefûns fersekere wiene.

Faktoranalyse op de antwurden fan hûsdokters en pasjinten op de stellingen liet sjen dat de antwurden fan de hûsdokters yn fjouwer faktoaren opdield wurde koene. De oarspronklik oanbrochte trijedieling, praktykorganisaasje, dokter-pasjintrelaasje en materieel koe net yn de antwurden op de stellingen werom fûn wurde.

Mar yn inkelde gefallen wie der in ferbân tusken de antwurden op de stellingen en de praktyksituaasjes. De konklúzje is dat der in bytsje ferbân is tusken de scores op de faktoaren en it oardiel oer de oanpak fan de praktykgefallen yn de antwurden fan de hûsdokters.

Faktoranalyse op de antwurden fan de pasjinten op de stellingen joech gjin dúdlike strukturearring fan de antwurden. Mar yn ien gefal wie der sprake fan gearhing fan betsjutting tusken de antwurden fan pasjinten op de stellingen en de oanpak fan de praktykgefallen.

De ferskillende útkomsten fan de faktoranalyse op de antwurden op de stellingen fan hûsdokters en pasjinten lit sjen dat de pasjintenrespondinten de saken dy't yn de stellingen oan de oarder binne net op deselde wize struktuer jouwe lyk as de doktersrespondinten dogge. De enkête wie dus die bliken geskikter foar hûsdokters. In strukturearre beantwurding easket sa as it him oansjen lit in beskate bekendheid mei de gong fan saken wat de telefoon yn de hûsdokterspraktyk oanbelanget.

In reden foar it konstatearjen fan in bytsje gearhing tusken de antwurden op de stellingen en de oanpak fan de praktykgefallen kin wêze dat de betrouberheid fan it mjitynstrumint net heech lei.

Beskôging

Omdat dit ûndersyk beheind is meie gjin algemien jildende konklúzjes lutsen wurde. It is bûten kiif dat de telefoon in wichtige rol spilet yn de hûsdokterspraktyk. Dat kin men net allinne sjen oan de tiid dy't doktersassistinte en hûsdokter elke dei kwyt binne oan telefoanyske kontakten mei pasjinten, ek it soarte fan dy kontakten makket dúdklik dat it hjir om in wichtich stik fan de hûsdoktersge-neeskunde giet.

Wol it telefoanysk dokter-pasjint-kontakt sa goed mooglik ferrinne, dan is it needsaak dat de hûsdokter him realisearret dat telefoanyske kommunikaasje spesifike kanten hat dy't in beskate petearfeardichheid easkje. Dêrneist binne in adekwate tarissing en in goede organisaasje fan it brûken fan de telefoon yn de hûsdokterspraktyk needsaak. Protokollearring wat it brûken fan de telefoon oanbelanget, liket ta in hichte winsklik.

Op twa mêden wat it brûken fan de telefoon oangiet is dúdlik behoefte oan rjochtlinen: de honorearring fan telefoanysk rieplachtsjen en de te stellen easken oan in deugdlike tarissing. Neier ûndersyk is nedich om mear ynsjoch te krijen yn de telefoanyske bystân troch hûsdokters.

Literatuur

- Adam WL, Ten Cate S. *De visite in de huisartspraktijk*. Huisarts Wet 1979; 22: 488-92.
- Anoniem. *Beroepsprofiel van de doktersassistent(e)*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten, 1984.
- Anoniem. *Honderd jaar telefoon*. 's-Gravenhage: PTT Telecommunicatie, 1981.
- Anoniem. *Overzicht van de mogelijkheden voor bereikbaarheid en communicatie ten behoeve van de huisarts*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.
- Anoniem. *Standaard onderwijsindeling SOI – 1978; deel 2 codelijst van opleidingen, alfabetisch gerangschikt*. 2e dr. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1981.
- Anoniem. *Vademecum voor de huisarts*. Utrecht, Landelijke Huisartsen Vereniging, 1986.
- Anonymous. *Reason For Encounter Classification. Field trial manual*. Z.p., 1983.
- Bremer GJ, Van Es JC, Hofmans A. *Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. Deel I*. Leiden: Stenfert Kroese, 1974.
- Bremer GJ. *Dokters in hun dagelijkse doen*. Huisarts Wet 1978; 21: 477-83.
- Bremer GJ, Berenst J. *De dokter en de taal*. Huisarts Wet 1987; 30: 142-3.
- Cate RS ten. *Huisarts en praktijkassistent*. In: Nieuw kompas voor de huisarts. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- Cotton H. *Medical practice management*. Oradell, NJ: Medical Economics Book Division, 1967.
- Curtis P. *The telephone in medical practice*. J Fam Pract 1978; 10: 897-98.
- Curtis P, Talbot A. *The after-hours call in family practice*. J Fam Pract 1978; 10: 901-9.
- Es JC van. *Patiënt en huisarts*. 2e dr. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.
- Es JC van, De Melker RA, Goosmann FCL. *Kenmerken van de huisarts, II*. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- Fischer PM, Smith SR. *The nature and management of telephone utilization in a family practice setting*. J Fam Pract 1979; 11: 321-7.
- Giessen HCQ van der, De Lathouder HC. *De telefonische bereikbaarheid van de huisarts*. Med Contact 1986; 41: 1239-41. Greenlick MR, Freeborn DK, Gambill GL, Pope CR. *Determinants of medical care utilization: the role of the telephone in total medical care*. Med Care 1973; 11: 121-34.
- Haan J de. *De doktersassistente. Delegeren van taken in een huisartspraktijk*. Lelystad: Meditekst, 1986.
- Heagarty MC. *From house calls to telephone calls* [Editorial]. Am J Primary Health 1978; 68: 14-5.
- Hogesteegeer G. *De introductie van het fenomeen telefoon in Nederland*. Het PTT-Bedrijf 1976; XX(3): 177-90.
- Horst F van der. *Registratie in de huisartspraktijk*. Huisarts Wet 1985; 28: 229-34.
- Houtkoop-Steenstra H. *De anamnestiche functie van 'irrelevante' verhalen*. Bijdrage voor het Congres van de NSAV, Medische Sociologie 4-4-1986.
- Houtkoop-Steenstra H. *Establishing agreement; an analysis of proposal-acceptance sequences* [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1987.
- Kingsbury JE. *The telephone and telephone exchanges*. London: Longmans, Green and Co, 1915.
- Knopke HJ, McDonald E, Sivertson SE. *Study of family practice in Wisconsin*. J Fam Pract 1979; 11: 151-6.

- Kok P. *De consument aan de slinger. Telefoon en consument in Utrecht 1884-1890*. Groningen, 1978.
- Lamberts H. *Redenen om naar de huisarts te gaan. Eerste ervaringen met de Reason of Encounter Classificatie*. Huisarts Wet 1982; 25: 301-10.
- Lamberts H. *Morbidity in general practice*. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. *Het gesprek met de patient: ook voor dokters een puzzle* [Ten geleide]. Huisarts Wet 1987; 30: 134-6.
- Lisdonk EH van de. *Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk* [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- Nickerson HJ, Biechler L, Witte F. *How dependable is diagnosis and management of earache by telephone?* Clin Pediatr 1975; 14: 920-3.
- Perrin EC, Goodman HC. *Telephone management of acute pediatric illnesses*. N Engl J Med 1978; 298: 130-5.
- Pope CR, Yoshioka SS, Greenlick MR. *Determinants of medical care utilization: the use of the telephone for reporting symptoms*. J Health Soc Behav 1971; 12: 155-62.
- Sola Pool I de, ed. *The social impact of the telephone*. 2nd ed. Cambridge, Ma.: MIT Press, 1981.
- Schmitt BD. *Pediatric telephone advice*. Boston: Little Brown and Comp, 1980.
- Short J, Williams I, Christie B. *The social psychology of telecommunications*. London, etc.: Wiley & Sons, 1976.
- Solberg LI, Mayer TR, Seifert MH, Cole PM, Holloway RL. *Office telephone calls in family practice*. J Fam Pract 1984; 16: 609-16.
- Starreveld JG. *Het telefonisch spreekuur van de huisarts*. Huisarts Wet 1983; 27: 448-51.
- Starreveld JG. *De dokter belt u terug. Het telefonisch afspraakspreekuur*. Huisarts Wet 1987; 30: 220-1.
- Vugt T van. *De penetratie van telefoon en waterleiding in Tilburg rond 1900* [Doctoraal-scriptie]. Nijmegen, 1979.
- Weingarten MA. *Telephone consultations with patients: a brief study and review of the literature*. J R Coll Gen Pract 1982; 32: 766-80.
- Westbury RC. *The electric speaking practice*. Can Fam Physician 1974; 20: 69-76.
- WHO-working party on the International Classification of Primary Care. *International Classification of Primary Care (ICPC). Manual for use of ICPC in relevance studies*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1985.

Bijlagen

Bijlage 1. De huisartsenquête



FACULTEIT DER GENEESKUNDE VAN DE RIJKSUNIVERSITEIT GRONINGEN

INSTITUUT VOOR HUISARTSGENEESKUNDE

Beroepsopleiding

Antonius Deusinglaan 4
9713 AW GRONINGEN
tel. 050 - 11 76 80

Groningen, 4 april 1985.

Geachte collega,

In het kader van een onderzoek naar het gebruik van de telefoon in een huisartspraktijk, vragen wij u bijgaande enquête-formulieren in te vullen.

Doel van de enquête is:

- A. een indruk te krijgen van wat huisartsen geschikt vinden om via de telefoon te behandelen;
- B. er achter te komen welke factoren het gebruik van de telefoon door huisartsen beïnvloeden;
- C. te inventariseren hoe huisartsen het gebruik van de telefoon in hun praktijk ervaren.

De uitkomsten van deze enquête zullen worden verwerkt in een studie, welke het telefoongebruik in een huisartspraktijk beschrijft. Het ligt in de bedoeling het verslag van dit onderzoek als onderdeel van een proefschrift van één van ons te publiceren.

Onze aanstelling als wetenschappelijk medewerkers aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde (hoogleraar-direkteur Prof.Dr. G.J. Bremer) maakt dit onderzoek voor een belangrijk deel mogelijk.

De enquête bestaat uit drie delen. Waar nodig, is een korte instructie gegeven.

De tijd, die het invullen in beslag neemt, bedraagt ongeveer vijftien minuten.

Zoals u kunt zien aan de enquête, is deze anoniem.

Door het bijgevoegde kaartje apart terug te sturen, als u de enquête hebt ingevuld, kunt u aangeven, dat u een formulier hebt ingevuld en hoeven wij u na enige tijd niet meer te herinneren aan de enquête.

Wij zouden het zeer op prijs stellen de ingevulde formulieren van u terug te ontvangen.

Met dank voor de te nemen moeite,

met vriendelijke groeten,

Eelke Sietsma, huisarts,
Klaas Groenier, psycholoog.

INSTRUCTIE

Het eerste deel van deze enquête bestaat uit 14 problemen, die u als huisarts tegen kunt komen.

De problemen zijn kort en zo realistisch mogelijk weergegeven.

Wat wij nu van u vragen, is, dat u aangeeft op welke wijze u in een dergelijk situatie zou handelen.

Een mogelijkheid is, dat u het probleem door middel van de telefoon af zou handelen, maar het kan ook zijn, dat u vindt dat uw doktersassistente dit best zou kunnen doen, eventueel na ruggespraak met u.

Ook kunt u patiënten een afspraak laten maken voor uw spreekuur.

Wanneer u dit doet, wilt u dan aangeven, of u vindt, dat dit nog dezelfde dag moet, of dat dit wel kan wachten.

De derde mogelijkheid is, dat u de patiënt thuis gaat bezoeken. Ook hier dient u weer aan te geven of u vindt, dat dit nog dezelfde dag dient te geschieden of later.

Het gaat vooral om uw eerste reactie.

Wilt u in het hokje achter elk probleem het cijfer invullen, dat correspondeert met de mogelijkheid die volgens u de voorkeur verdient?

De mogelijke manieren om het aangeboden probleem af te handelen zijn de volgende:

1. u laat uw doktersassistente het probleem afhandelen, eventueel na ruggespraak met u;
2. u handelt zelf een dergelijk probleem via de telefoon af.
3. u adviseert uw patiënt een afspraak te maken, nog voor dezelfde dag;
4. u adviseert uw patiënt een afspraak te maken, het is echter niet nodig, dat dit dezelfde dag plaats heeft;
5. u gaat nog dezelfde dag een huisbezoek afleggen;
6. u besluit een huisbezoek af te leggen, maar dat kan wel even wachten.

1. U laat uw doktersassistent het probleem afhandelen, eventueel na rugge-
spraak met u.
2. U handelt zelf een dergelijk probleem via de telefoon af.
3. U vraagt uw patiënt een afspraak te maken, nog voor dezelfde dag.
4. U adviseert uw patiënt een afspraak te maken, het is niet noodzakelijk,
dat dit nog dezelfde dag plaats vindt.
5. U gaat nog dezelfde dag een huisbezoek afleggen.
6. U besluit een huisbezoek af te leggen, maar dat kan wel even wachten.

A.

Ik denk dat ik weer last van mijn bloeddruk heb (man, 60 jaar).
Vorig jaar heb ik een tijd op uw advies Inderal gebruikt. Zou ik
dat weer kunnen gaan gebruiken?

B.

Wij zijn ontevreden over uw behandeling van onze dochter van 18
jaar. Ze heeft het idee, dat haar hoofdpijn door u niet serieus
wordt genomen. Elke keer als ze bij u komt, begint u weer over
haar studie, relaties, seks, enz. Zij, en wij hebben daar genoeg
van. We willen er met u over praten.

C.

U heeft mijn schoonvader onder behandeling wegens kanker. Wij
weten, dat er niets meer aan te doen is. We willen toch graag
naar een 'Moerman-dokter'. U heeft schoonvader verteld, dat u dat
zinloos lijkt. Wij willen nog zo graag iets voor hem doen. Mag ik
er met u over praten?

D.

Ik (man, 45 jaar) heb 10 dagen geleden 'griep' gehad. Nu heb ik
nog veel hinder van kriebelhoest, vooral 's nachts. Heeft u daar
wat voor?

E.

Ik (vrouw, 36 jaar) voel mij de laatste tijd erg gespannen. Ik
weet wel waar het van komt. Ik zal het zelf moeten oplossen. Het
slapen gaat slecht. Heeft u daar wat voor?

F.

Onze baby van 14 maanden heeft 39^oC koorts. Ze is wat huilerig,
maar verder merken we niets bijzonders aan haar. Wat moeten we
doen?

G.

Onze zoon van zes jaar plast nog steeds 's nachts in bed. We hebben
gehoord, dat deze kinderen met behulp van een wekker vaak snel
'droog' zijn te krijgen. Is dat niet wat voor hem?

H.

Het is mij in de rug geschoten (vrouw, 52 jaar). Wat adviseert
u mij?

I.

Wij zitten op dit moment met een probleem. Ik ben nu 36 jaar en
ik gebruik al jaren de pil. Kinderen willen we beide niet meer.
Ik vind dat één van ons zich het beste kan laten steriliseren.
Eerlijk gezegd vind ik, dat mijn man dat maar moet laten doen.
Hij ziet er nogal tegenop, denk ik, want hij reageert niet op mijn
voorstel. Ik weet niet, hoe we tot een bevredigende oplossing kun-
nen komen. Kunt u een advies geven?

1. U laat uw doktersassistente het probleem afhandelen, eventueel na ruggespraak met u.
2. U handelt zelf een dergelijk probleem via de telefoon af.
3. U vraagt uw patiënt een afspraak te maken, nog voor dezelfde dag.
4. U adviseert uw patiënt een afspraak te maken, het is niet noodzakelijk dat dit nog dezelfde dag plaats vindt.
5. U gaat nog dezelfde dag een huisbezoek afleggen.
6. U besluit een huisbezoek af te leggen, maar dat kan wel even wachten.

J.

Ik heb een rekening van u ontvangen, waarop ook een bedrag vermeld staat voor een telefonische raadpleging. Dat is toch al te gek.

Ik heb u alleen maar wat voor het hoesten gevraagd. Als we zoiets nu ook al moeten betalen, waar blijven we dan?

K.

Hoe zit het eigenlijk met mijn zuster? Ze wordt zo vergeetachtig en ze belt me haast elke dag wel een paar keer. Soms is het nog maar een half uur geleden, dan is ze er al weer. Ik vind, dat ze snel aftakelt. Zulke mensen horen in een bejaardentehuis. Als ik er met haar over praat, wil ze van niks horen. Ze zegt, dat u het ook niet nodig vindt. Ik vind, dat het zò niet langer kan.

L.

Ik heb er over nagedacht, ik ben nu 80 jaar en nog redelijk gezond. Af en toe voel ik wel eens wat. Ik denk dan maar: "het zal wel bij de leeftijd horen". Toch hoop ik niet, dat mij een zwaar lijden te wachten staat. Ik hoop, dat de dokters mij dat willen besparen. Op de TV hoorde ik, dat je daar wat aan kunt doen. Je moest dan contact opnemen met je huisarts.

M.

Mijn man is vannacht niet thuisgekomen. Ik vind het verschrikkelijk. We hadden de laatste tijd vaak ruzie. Ik had al een hele tijd het gevoel, dat er iets tussen ons was. Hij dreigde ook wel met weg gaan, maar hij deed het niet. Ik voelde mij wanhopig. Kunt u mij helpen?

N.

Mijn vrouw is zeven maanden zwanger zoals u weet. Bij de laatste controle was alles goed (eergisteren). Toch maakt ze zich veel zorgen over de baby. Ze denkt, dat het kindje niet goed zal zijn. Ze huilt steeds vandaag. Wat raadt u mij aan?

INSTRUKTIE

Vervolgens leggen wij een aantal stellingen aan u voor welke betrekking hebben op het gebruik van de telefoon in de huisartspraktijk.

Wilt u het hokje aankruisen, wat uw mening weergeeft?

	EENS	GEDEEL- TELIJK EENS	GEDEEL- TELIJK ONEENS	ONEENS
1. Voor een verantwoorde tele- fonische hulpverlening is het van het grootste belang, dat de huisarts zijn patiënt goed kent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De telefoon is een sterk storend element in de dagelijkse gang van zaken in de huisartspraktijk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De telefoon draagt in hoge mate bij tot een verantwoorde prak- tijkvoering door de huisarts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Het behandelen van patiënten door middel van de telefoon door huis- artsen is riskant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. De mogelijkheden van het gebruik van de telefoon zijn de huisarts voldoende bekend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Omdat de huisarts niet gehono- reerd wordt voor zijn telefo- nische verrichtingen, zal hij deze zoveel mogelijk beperken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Het behandelen van patiënten door middel van de telefoon door de huisarts vergt te veel tijd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De huisarts zou best meer via de telefoon voor zijn patiënten kunnen doen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. De huisarts dient tenminste één telefonisch spreekuur per dag te hebben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	EENS	GEDEEL- TELIJK EENS	GEDEEL- TELIJK ONEENS	ONEENS
10. De huisarts is voldoende tele- fonisch bereikbaar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. In verhouding tot ziekenfonds- verzekerden bellen particulieren vaker met hun huisarts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. De telefoon verkleint de afstand tussen huisarts en patiënt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenslotte willen wij nog graag antwoord hebben op de volgende vragen.

Wilt u het van toepassing zijnde antwoord omcirkelen?

1. Hoeveel jaren bent u als huisarts werkzaam in uw huidige praktijk? jaren.
2. Voor hoeveel patiënten van uw praktijk bent u verantwoordelijk? patiënten.
3. Is uw huisartspraktijk apotheekhoudend? JA NEEN
4. Heeft u een telefonisch spreekuur, waarop u zelf, zonder tussenkomst van de assistente, dus rechtstreeks voor uw patiënten bereikbaar bent? JA NEEN
5. Bent u solist? JA NEEN
6. Hoe groot is de afstand in kilometers van uw praktijk-adres tot het dichtstbijzijnde algemeen ziekenhuis? kilometers.
7. Bent u gevestigd in een plaats met meer dan twintig duizend inwoners? JA NEEN

Hiermee is de enquête voltooid.

Ik dank u hartelijk voor de bestede tijd en moeite.

Wilt u de formulieren in de bijgesloten antwoordenvolpoe en het kaartje apart terugzenden?

Wij hopen de resultaten van deze enquête te zijner tijd te publiceren in een van de daartoe dienende tijdschriften.

Bijlage 2. De patiëntenenquête



FACULTEIT DER GENEESKUNDE VAN DE RIJKSUNIVERSITEIT GRONINGEN

INSTITUUT VOOR HUISARTSGENEESKUNDE

Beroepsopleiding

Antonius Deusinglaan 4

9713 AW GRONINGEN

tel. 050 - 11 76 80

Groningen, 4 april 1985.

Geachte mevrouw, meneer,

Voor u ligt een vragenlijst welke gaat over de telefoon in de praktijk van uw huisarts. Wij vragen u deze lijst met vragen te beantwoorden.

De bedoeling is dat uw antwoorden een beeld zullen geven van wat de patiënten in een huisarstenpraktijk vinden van het gebruik van de telefoon in het contact met hun huisarts. Wat zou u wel en wat zou u liever niet via de telefoon aan uw huisarts voorleggen.

De vragenlijst bestaat uit drie delen.

Elke onderdeel wordt voorafgegaan door een handleiding, welke aangeeft wat er van u verwacht wordt, en hoe u de antwoorden aan moet geven.

De gegevens die deze enquête oplevert, zullen worden gebruikt voor een onderzoek naar de rol, die de telefoon in een huisartspraktijk speelt. Dit onderzoek doen wij vanwege ons werk als wetenschappelijke medewerkers aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijks Universiteit van Groningen.

Zoals u tijdens het invullen zult merken, worden de antwoorden niet voorzien van uw naam. Afgezien van enkele persoonlijke kenmerken, welke in deel drie vermeld staan, zal de enquête anoniem zijn. Wij hopen dan ook, dat u zich niet belemmerd zult voelen om uw eigen mening weer te geven.

Door het bijgevoegde kaartje apart terug te sturen, als u de enquête hebt ingevuld, kunt u te kennen geven dat u een formulier hebt ingevuld en hoeven wij u na enige tijd niet meer te herinneren aan de enquête.

Wij hopen, dat zoveel mogelijk patiënten uit deze praktijk de lijsten zullen invullen.

Met dank voor de te nemen moeite,

met vriendelijke groeten,

E. Sietsma, huisarts,

K.H. Groenier, psycholoog.

HANDLEIDING

De hier volgende 14 'verhaaltjes' zijn door ons bedacht. Het gaat om problemen, waarmee de huisarts in aanraking kan komen.

Wij hebben getracht de situaties zo echt mogelijk te beschrijven.

Stel dat iemand nu met een dergelijk probleem zit. Wat wij nu aan u vragen, is, dat u aangeeft hoe de huisarts naar uw mening, het beste een dergelijk probleem kan aanpakken.

Vindt u dat de huisarts zo iets door z'n doktersassistente kan laten regelen, eventueel na overleg.

Of vindt u, dat de huisarts een dergelijk probleem beslist zelf dient af te handelen via de telefoon.

Ook is het mogelijk, dat u zegt, dat een dergelijk probleem, nog dezelfde dag met de dokter op het spreekuur besproken dient te worden.

Een andere mogelijkheid is, dat u vindt dat het wel op het spreekuur moet, maar dat dit niet dezelfde dag hoeft.

Een derde mogelijkheid is, dat u vindt dat de huisarts een huisbezoek dient af te leggen. Ook dit kan weer dezelfde dag nodig zijn, of het kan in uw ogen ook later.

Wilt u in het hokje achter ieder beschreven probleem, het cijfer invullen, wat volgens u overeenkomt met de door u als meest wenselijk geachte benadering. Het gaat vooral om uw eerste reactie.

U kunt kiezen uit de volgende manieren, waarop volgens u de huisarts een dergelijk probleem zou moeten benaderen:

1. de huisarts laat zijn doktersassistente het probleem via de telefoon afhandelen (eventueel na overleg tussen doktersassistente en huisarts);
2. de huisarts handelt zelf het probleem via de telefoon af;
3. u vindt dat de huisarts nog dezelfde dag iemand met een dergelijk probleem op zijn spreekuur moet laten komen;
4. u vindt dat de huisarts zo'n probleem op zijn spreekuur dient te behandelen, maar dat hoeft niet dezelfde dag;
5. een bezoek aan huis is, volgens u, wat de huisart moet doen in een dergelijke situatie, en nog wel dezelfde dag;
6. een bezoek aan huis is volgens u de beste aanpak van de huisarts, maar dat hoeft niet op dezelfde dag.

1. De huisarts laat zijn doktersassistente het probleem via de telefoon afhandelen (eventueel na overleg tussen doktersassistente en huisarts).
2. De huisarts handelt zelf het probleem via de telefoon af.
3. U vindt dat de huisarts nog dezelfde dag iemand met een dergelijk probleem op z'n spreekuur moet laten komen.
4. U vindt dat de huisarts zo'n probleem op zijn spreekuur dient te behandelen, maar dat hoeft niet dezelfde dag.
5. Een bezoek aan huis is wat de huisarts volgens u moet doen in een dergelijke situatie, en nog wel dezelfde dag.
6. Een bezoek aan huis is volgens u de beste aanpak, maar dat hoeft niet dezelfde dag.

A.

Een man van 45 jaar heeft griep gehad. Een week nadat hij weer beter is, heeft hij nog last van kriebelhoest, vooral 's nachts. hij besluit de huisarts te vragen of er wat voor is.

B.

Een man van 80 jaar besluit met zijn huisarts te gaan praten. Hij heeft een programma op de TV gevolgd. Het ging over beëindiging van het leven wanneer er sprake is van ondraaglijk lijden. De man realiseert zich, dat hoewel hij nog goed gezond is, hem ook een lijden te wachten kan staan. In het programma werden de kijkers die serieus over het probleem wensen na te denken, geadviseerd, contact op te nemen met hun huisarts.

C.

Een man van 70 jaar heeft kanker. De dokters hebben hem verteld, dat er niets meer aan te doen is. Hij heeft gevraagd aan zijn huisarts, of die er voor voelde hem naar een 'Moerman-dokter' te sturen. De huisdokter heeft hem verteld, dat hij hier volgens hem niets van te verwachten had.

Een schoonzoon van de man is het niet met deze gang van zaken eens. Hij wil net als het merendeel van de familie nietlijdzaam toezien. Hij wil met de huisarts praten.

D.

Een man van 40 jaar is kwaad. Hij is particulier patiënt. Hij heeft een rekening van zijn huisarts gekregen waarop ook een bedrag stond voor een telefonische raadpleging. Zijn vrouw heeft namelijk vaak last van 'wagenziekte'. Via de telefoon had hij zijn huisarts gevraagd of hij hier een middelje voor had. Nu blijkt, dat de huisarts een tientje bij de prijs van het medicijn heeft gedaan.

De man is niet van plan dit te pikken. Hij vindt dit namelijk belachelijk. Hij besluit zijn huisarts hierover aan te spreken.

E.

Een vrouw van 52 jaar heeft plotseling rugpijn gekregen. Ze verstepte zich en had toen direkt veel pijn. Ze besluit haar huisarts te vragen om een medicijn.

F.

Een vrouw van 32 jaar besluit ten einde raad contact te zoeken met haar huisarts. Haar man is de afgelopen nacht niet thuis gekomen. Ze hadden de laatste tijd vaak ruzie. Hij dreigde wel met weggaan, maar hij deed het niet. Tenminste, hij kwam steeds weer thuis.

De vrouw is erg bang, dat haar man weg blijft. Ze weet niet, hoe het dan verder met haar en de kinderen moet.

1. De huisarts laat zijn doktersassistente het probleem via de telefoon afhandelen (eventueel na overleg tussen doktersassistente en huisarts).
2. De huisarts handelt zelf het probleem via de telefoon af.
3. U vindt, dat de huisarts nog dezelfde dag iemand met een dergelijk probleem op z'n spreekuur moet laten komen.
4. U vindt, dat de huisarts zo'n probleem op zijn spreekuur dient te behandelen, maar dat hoeft niet dezelfde dag.
5. Een bezoek aan huis is wat de huisarts volgens u moet doen in een dergelijke situatie, en nog wel dezelfde dag.
6. Een bezoek aan huis is volgens u de beste aanpak, maar dat hoeft niet dezelfde dag.

G.

De moeder van een jongen van 6 jaar besluit contact op te nemen met haar huisarts. Haar zoon plast nog steeds in bed. Van een vriendin heeft ze gehoord, dat deze kinderen met een wekker gauw 'droog' zijn. Ze wil hier met haar huisarts over praten.

H.

Een man van 60 jaar denkt, dat hij weer te hoge bloeddruk heeft. Vorig jaar had hij ook een wat gespannen gevoel en was hij wat gauw moe en kortademig. Hij kreeg toen tabletten (Inderal). De man denkt, dat hij weer van deze tabletten moet gebruiken. Hij wil dit aan zijn huisarts voorleggen.

I.

Een baby van 14 maanden heeft 39°C koorts. Verder is er eigenlijk niets bijzonders aan het kind te merken. De ouders zijn onzeker en besluiten de huisarts te raadplegen.

J.

Een vrouw van 40 jaar voelt zich al enkele weken gespannen. Ze weet eigenlijk wel waar het van komt, maar ze probeert zelf de problemen de baas te worden. Ze slaapt slecht. Ze besluit haar huisarts te vragen of hij daar wat aan kan doen.

K.

De ouders van een meisje van 18 jaar zijn ontevreden over de behandeling van hun dochter. Het meisje klaagt vaak over moeheid en hoofdpijn. Wanneer ze voor haar klachten naar de huisarts gaat, vraagt deze echter steeds naar andere zaken, zoals haar studie, relaties, seks, enz. Ze hebben het gevoel, dat de klachten van hun dochter niet serieus worden genomen. Vader besluit contact op te nemen met de huisarts.

L.

Een vrouw van 36 jaar vindt, dat ze lang genoeg de pil gebruikt heeft. Het gezin is voltooid, en het lijkt haar het beste dat haar man zich laat steriliseren. Sinds ze er over gepraat hebben, hoort ze haar man er niet meer over. Ze denkt, dat hij er tegenop ziet. De vrouw wil er met de huisarts over praten.

M.

Een vrouw van 78 jaar wordt meer en meer vergeetachtig. Vooral de zuster van de vrouw merkt dat, ze wordt namelijk om de haverklap gebeld. Soms is het nog amper een half uur geleden, dan belt ze alweer.

De zuster krijgt genoeg van de situatie. Ze vindt, dat de huisarts wat aan de situatie moet doen. Zulke mensen horen toch in een bejaardenhuis! Ze besluit om er over te gaan praten met de huisarts.

1. De huisarts laat zijn doktersassistente het probleem via de telefoon afhandelen (eventueel na overleg tussen doktersassistente en huisarts).
2. De huisarts handelt zelf het probleem via de telefoon af.
3. U vindt, dat de huisarts nog dezelfde dag iemand met een dergelijk probleem op z'n spreekuur moet laten komen.
4. U vindt, dat de huisarts zo'n probleem op zijn spreekuur dient te behandelen, maar dat hoeft niet dezelfde dag.
5. Een bezoek aan huis is wat de huisarts volgens u moet doen in een dergelijke situatie, en nog wel dezelfde dag.
6. Een bezoek aan huis is volgens u de beste aanpak, maar dat hoeft niet dezelfde dag.

N.

Een vrouw, die zeven maanden zwanger is, maakt zich erg ongerust over haar zwangerschap. Ze denkt dat het kindje wat mankeert. Enkele dagen geleden heeft de huisarts haar gecontroleerd. Alles was uitstekend, volgens de dokter.

Het heeft niet geholpen. Ze heeft steeds huiltuien. Haar man "is er mee aan". Hij weet niet welke houding hij tegenover zijn vrouw moet aannemen. Hij besluit de huisarts te raadplegen.



Vervolgens vragen wij u kennis te nemen van onderstaande uitspraken (stellingen).

Wat wij nu graag willen weten, is, of u het eens of oneens met een bepaalde uitspraak bent. Ook kunt u aangeven of u het gedeeltelijk er mee oneens bent of gedeeltelijk mee eens.

Wilt u het desbetreffende hokje aankruisen?

Het gaat ook hier om uw eerste reactie.

	EENS	GEDEEL- TELIJK EENS	GEDEEL- TELIJK ONEENS	ONEENS
1. Wanneer een patiënt zijn huisarts via de telefoon om een behandeling vraagt, dan ik het noodzakelijk, dat de huisarts deze patiënt goed kent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De telefoon veroorzaakt veel overlast in een huisartspraktijk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Het behandelen van patiënten door middel van de telefoon is gevaarlijk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. De telefoon bevordert een goede gang van zaken in een huisartspraktijk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. De patiënten zijn onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheden, die de telefoon biedt in het contact met hun huisarts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Het behandelen van patiënten door middel van de telefoon door de huisarts vergt veel tijd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Het is noodzakelijk, dat de huisarts een telefonisch spreekuur heeft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Patiënten zouden best meer gebruik van de telefoon kunnen maken in het contact met hun huisarts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	EENS	GEDEEL- TELIJK EENS	GEDEEL- TELIJK ONEENS	ONEENS
9. De huisarts is voldoende via de telefoon te bereiken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Als patiënten moeten betalen voor een telefonisch advies of behandeling door de huisarts, zullen ze minder vaak bellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Door de telefoon wordt de afstand tussen patiënt en huisarts kleiner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wilt u tenslotte nog onderstaande, meer persoonlijke vragen beantwoorden?
U dient het woord te omcirkelen, dat volgens u het goede antwoord weergeeft.

1.
Hoe oud bent u? jaren.
2.
Bent u van het vrouwelijk geslacht? JA NEEN
3.
Bent u ziekenfondsverzekerd? JA NEEN
4.
Heeft u zelf telefoon? JA NEEN
5.
Bent u gehuwd? (Duurzaam samenwonenden
worden ook als gehuwd geteld). JA NEEN
6.
Heeft u kinderen beneden de 10 jaar? JA NEEN
7.
Woont u alleen? JA NEEN
8.
Woont u binnen 500 meter afstand van de
huisartspraktijk? JA NEEN
9.
Heeft u een middelbare opleiding of
hoger? JA NEEN

Hiermee heeft u de gehele lijst ingevuld.

Ik dank u hartelijk voor de bestede tijd en moeite.

Wilt u de formulieren terugzenden in bijgesloten enveloppe?

Het antwoordkaartje kunt u apart terugzenden.

Te zijner tijd hopen we iets van de resultaten te beschrijven in

" 't Kypmantsje".

Curriculum vitae

Eelke Sietsma werd geboren op 30 juni 1938 te Hantumeruitburen. Hij volgde voortgezet onderwijs aan het Lyceum te Dokkum en studeerde daarna aan de Rijksuniversiteit van Groningen.

Het artsdiploma werd behaald in 1964. Direct aansluitend was hij werkzaam als assistent in de huisartspraktijk van Dr. G. J. Bremer te Nieuwkoop. In oktober 1965 vestigde hij zich in IJlst, aanvankelijk als solist, sinds 1978 in associatie met Ed Drenth.

Sinds 1975 werkt hij part-time als wetenschappelijk hoofdmedewerker bij de afdeling Beroepsopleiding Huisartsen van het Groningse Instituut voor Huisartsgeneeskunde.

Eelke Sietsma is getrouwd met Anna Gulmans. Zij hebben drie kinderen.

