

Huisartsen zonder infrastructuur

Een casus ter inleiding. Ik ben er aan gewend, dat de infra van mijn huisartsenpraktijk er niet is. Bij bellen 's morgens moet ik dat vaak meer dan 20x doen om aangenomen te worden. Op het Web is er geen emailbereikbaarheid. In deze grotere praktijk is er bovendien meningsverschil over die infra, zodat die in de gezamenlijke praktijk weer gesplitst is, waarbij de assistentes de last moeten dragen. Voor herhaalmedicatie (ik gebruik chronische medicaties) moet je een bandje inspreken. Ik doe dat heel nauwkeurig, omdat het vaak onjuist, of niet helemaal uitgeluisterd wordt en ga zekerheidshalve de dag erna pas naar de apotheek in de hoop dat er de juiste medicatie, waarvan ik afhankelijk ben, ook is. Dat laatste is vaak een gokje. Zaterdag ging het bij de apotheek (die geen schuld draagt) voor de zoveelste keer mis, en op zaterdag geen huisarts. Pas na zeer veel aandringen kreeg ik een beperkte hoeveelheid mee. Overigens was er wel een niet gevraagde herhaalmedicatie, bandje niet uitgeluisterd dus. Ik zal er (weer) met de Huisarts over spreken. Nu voor de laatste keer.

Het hierna geschrevene geldt dus niet voor alle huisartspraktijken, maar probeert wel een beeld te schetsen van de status in het land, en het waarom.

Infrastructuur Huisartsen

Al zo'n 20 jaar wordt er met nadruk gesproken over de infrastructuur van huisartsen, waaronder ook, nu weer actueel, de bereikbaarheid (per telefoon, web of anderszins). In de totale opzet van vaak al grotere huisartspraktijken is er veel verbeterd, betere taakverdelingen, betere schaal voor bijvoorbeeld de bereikbaarheid, samenwerking in ketenzorg bv. met de GGZ, praktijkverpleegkundigen die een deel van het werk kunnen doen, en HAP's voor ANW bereikbaarheid. Overigens is 49% van de praktijken nog een solo-praktijk². Op een aantal terreinen zit het niet altijd mee. De ondersteuning, met een aantal "HISsen", laat al lange tijd te wensen over. De integratie van die HISsen met derden, als apothekers, is vaak lokaal geregeld, soms goed, soms matig of niet. Rond het EPD (zie het onlangs verschenen rapport van mw. B. Pluut) schiet het ook niet echt op, en het EVS is er nog niet, wordt verplicht in 2011 zonder zicht op maakbaarheid daarvan.

De bereikbaarheid van huisartsen

Onder bereikbaarheid versta ik hier het brede scala aan zaken waarvoor/waarmee je je huisarts kunt (moet¹) gebruiken. Dat betekent, dus voor het maken van een afspraak, voor herhaalmedicatie, voor het afzeggen van een afspraak, of gewoon om wat informatie te verkrijgen (zie ook : LHV, Verbetering telefonische bereikbaarheid Huisartsen, juli 2009²).

Er is brede consensus, dat de huisartsenbereikbaarheid goed moet zijn, en in veel gevallen verbetering behoeft, sowieso omdat een goede bereikbaarheid eis is, maar ook om meer inhoudelijke redenen als de poortwachtersfunctie en de verdeling van patiëntenstromen².

Na het al genoemde onderzoek, gaat de LHV nu landelijk de kwaliteit van de bereikbaarheid per huisartsenpraktijk in kaart brengen. Een goede ontwikkeling.

¹ "Moet" : De huisarts is min of meer monopolist; de patiënt kan geen alternatief benaderen met zijn vraag.

² LHV onderzoek, juli 2009. Een uitstekend inzicht gevende rapportage van de LHV, hier zijn ook normeringen te vinden als "binnen 2 minuten opnemen".

Het beeld : het gaat best wel goed

Alhoewel ik de neiging hebt het rapport van de LHV breder samen te vatten (dat kan ook niet, het is vertrouwelijk) haal ik er drie punten uit naar voren, ook al staan die niet altijd zo letterlijk in het onderzoek:

- De huisartsen zelf hebben een andere *perceptie* van hun bereikbaarheid dan de werkelijkheid; veel vinden het goed tot redelijk, terwijl de praktijk vaak anders uitwijst³
- De huisartsen hebben een ander *paradigma* dan de patiënten(organisaties) over hun bereikbaarheid. De twee-minuten norm wordt niet breed onderschreven, terwijl dit voor medische diensten al te lang is⁴.
- Huisartsen *leggen de oorzaken buiten zichzelf*: “de overheid”, “de meer vragende patiënt”, werkbelasting, geen geld enz. en verwachten daarmee de oplossing ook “van buiten”.

Awareness

Hier vat ik de eerdere punten maar samen : de huisartsen *hebben onvoldoende in beeld, dat hun bereikbaarheid vaak meer dan te wensen over laat*. Primair is dat, omdat ze het zelf niet merken dat ze slecht bereikbaar zijn. De assistentes zijn hun buffer, en die merken het ook niet, omdat als patiënt de huisarts als monopolist eenmaal aan de lijn, en je wilt een afspraak, dan begin je maar niet met mopperen⁵. Dit hangt dan verder samen met vaak gesplitste tijden van bereikbaarheid (’s morgens en ’s middags), spoedlijnen, aparte herhaalreceptlijnen enz. Desalniettemin is bereikbaarheid bij alle huisartsen wel een issue, maar dat betekent niet dat ze een beeld van de (vaak eenvoudige) oplossing hebben. Erger is, dat het kennen van het issue ook vaak nog eens een reactie “verkeerd om” geeft : het is al zo moeilijk, dús ik wil geen emailbereikbaarheid enz., dan wordt het nog gekker. Andere mogelijkheden worden dan niet als oplossing, maar als bedreiging gezien.

Op grond van bereikbaarheidsonderzoek durf ik de stelling wel aan, dat de meeste huisartsen, de goeden niet te na gesproken, *geen enkel beeld van én hun bereikbaarheid hebben én van wat dan een goede bereikbaarheid is*. En dat leidt dan tot het glas en de plas. Huisartsen hebben *geen awareness*.

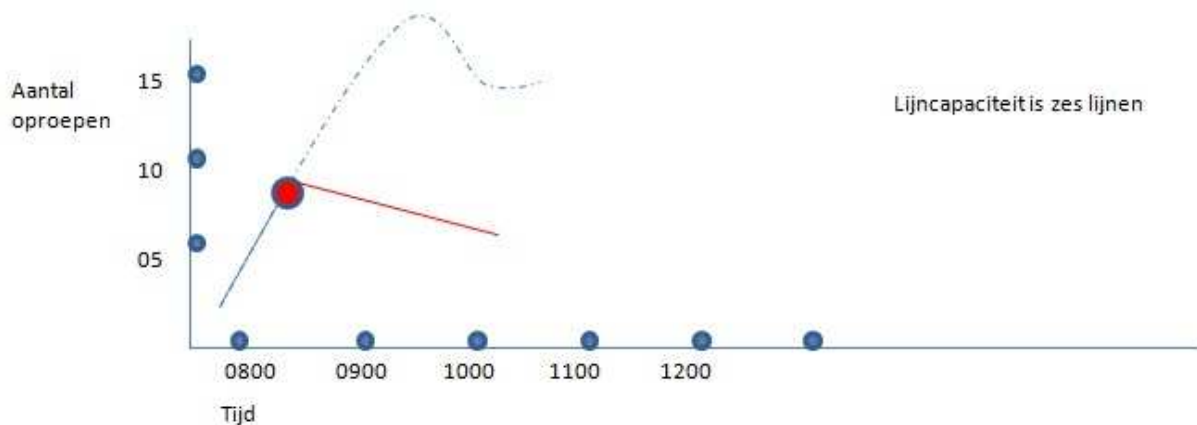
³ Eén van de kernoorzaken is dat veel huisartsen hun “performance” zelf niet kennen. patiënten klagen niet, en assistentes merken het niet, omdat er geen metingen worden gedaan. Als feitelijk voorbeeld kan de belasting rond de Mexicaanse Griep worden genoemd en het effect op de bereikbaarheid van zowel huisartsen als HAP’s. Assistentes probeerden toen patiënten “van de lijn” te praten, wat een zeer zorgelijke aanpak was.

⁴ Handboek Certificering Zorgcentrales Nederland, juli 1994. De norm is binnen 30 seconden opnemen.

⁵ De bellende patiënt is immers afhankelijk, hij/zij kan niet echt een ander bellen. In de zakelijke markt is de bekende norm, dat een klant maar 3x belt en dan een ander kiest.

Huisartsen veroorzaken hun eigen probleem

In schema is het knelpunt van de telefonische bereikbaarheid heel simpel:



Als voorbeeld hier een praktijk met zes (telefoon) lijnen⁶, met bijvoorbeeld 2 of 3 assistentes. Dat laatste doet er wat minder toe, want mensen gaan met name in die ochtendbereikbaarheid bellen, elke 7^e beller krijgt bezet, tenzij de huisarts én een duurdere telefooncentrale heeft, én veel meer lijnen, én daarin wachtrijbegeleiding heeft. Dat is veelal niet het geval. En dan gaan gewoon de kengetallen werken. In het zakelijk verkeer belt een klant maximaal drie maal, anders belt hij een ander. Bij een monopolist belt een patiënt schier oneindig : want hij heeft deze nodig, er is geen uitwijk. Uit het schema blijkt, dat al vrij snel na die 7^e beller de boel “plat” gaat, hetzij in de openbare infrastructuur (bv KPN) en/of in de centrale van de huisarts, de techniek laat het simpelweg afweten. Iedereen blijft bellen en herhalen, dus de berg bellers wordt door de gebrekkige bereikbaarheid alleen maar hoger, en alleen bij toeval komt er iemand doorheen⁷. Hiermee creëert de huisarts zijn eigen probleem. Vanaf het rode punt is de huisarts nauwelijks nog bereikbaar. De gestippelde blauwe lijn zou een normaal verloop zijn.

Omdat de, hier de telefonische, bereikbaarheid slecht geregeld is maakt de huisarts zelf het probleem erger, en zou deze afdaan op wel-klachten of andere metingen, dan ziet deze niet direct dat zijn eigen gebrekkige infrastructuur dit veroorzaakt⁸. En bovendien patiënten veroorzaken zo nog meer ruis, omdat die spoedlijnen enz. gaan bellen.

Tot slot

De oplossing. Door het gebrek aan *awareness*, en daarmee samenhangend ook het niet willen laten doen door een ander (de metingen, bewaking van het systeem), gebeurt er weinig. Het verwijt, ik hoor het al bijna, dat het – zie je wel – ingewikkeld is, is onjuist. *Het is in de kern een probleem van een aantal lijnen (veel meer dus) én een wachtrijbegeleiding.* In de kern is daarmee de start van de oplossing bereikt. De *wachttijd* is dan afhankelijk van het aantal aannemende assistentes en de

⁶ Uit metingen zal blijken dat dit aantal lijnen al als “veel” wordt beschouwd.

⁷ En zo merkt de assistente niet, dat er nog een “berg” achter zit, die denkt dat alles goed gaat.

⁸ De gebrekkige bereikbaarheid van T-Mobile heeft ook gewoon met dit effect te maken. Door niet of laat op te nemen wordt door terug/herhaalbellers de berg alsmat hoger, en als er geen oplossing komt nóg hoger. T-Mobile creëert haar eigen probleem.

afhandeltijd. Met een eerste oplossing van meer lijnen + wachtrijbegeleiding wordt dan al een grote sprong gemaakt, mits men zich bewust is van het feit dat de 2 minuten norm niet gehaald zal worden.

In een toekomstige aanpak zou mijn advies zijn het ook gefaseerd op te lossen (waar dat nodig is), te beginnen bij de telefonie, en dan aanvullende oplossingsmogelijkheden als email, Web (zelf afspraken maken enz.).

Dit laatste heeft ook te maken met eventueel te plegen investeringen. Voor een nieuwe telefooncentrale is een investering vereist, en meer (veel) lijnen komen in de maandelijkse exploitatie als kosten terug⁹.

De huisarts moeten zich er hierbij overigens van bewust zijn, dat die investeringen/kosten geen éxtra kosten zijn, maar per saldo, door betere bedrijfsprocessen, kostenverlagend zijn. En dan praat ik nog niet over inhoudelijke randvoorwaarden en normen zoals de LHV die noemt in de rapportage van juli 2009. Dus niet te gauw wijzen naar “de overheid” of het tarief, de huisarts kan dat binnen zijn mogelijkheden zelf oplossen.

De casus

Dan kom ik nog op het begin terug. Een algemene malaise en overbelasting, zowel feitelijk in bv de telefonie, maar daardoor ook in de werkdruk, creëert niet een cultuur die een zorgvuldige en afgewogen oplossing van vragen realiseert. Dan krijg je neveneffecten, zoals hier geschetst in fouten op allerlei terreinen, zoals hier de herhaalreceptenlijn. Het totale beeld vertroebelt dan nog meer.

H. (Hildebrand) van Weerd

ZorgImpact, 8 november 2010.

Hildebrand van Weerd was van 1994 tot 2004 Directeur Zorgcentrales Nederland.

⁹ Overigens ben ik met KPN in overleg of “alles” in de “openbare infrastructuur” kan, zodat er geen investeringen in telefooncentrales nodig zijn.