Roodgloeiend telefoongerinkel: bereikbaarheid versus frustratie?

Dr. Van der Vennet Annelies, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Schoenmakers, Katholieke Universiteit Leuven

Co-promotor: Dr. Vandekerckhove Koen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Roodgloeiend telefoongerinkel: bereikbaarheid versus frustratie?

ABSTRACT

In dit observationeel dwarsdoorsnede- onderzoek wordt nagegaan wat de kenmerken zijn van de inkomende telefoonoproepen en wat de mogelijkheden zijn om de huidige procedure omtrent de telefoonoproepen aan te passen. Uit de literatuurstudie met betrekking tot het opzoeken van bestaande procedures over het controleren van het telefoonverkeer, blijkt dat deze procedures in de literatuur niet worden teruggevonden. Daarnaast gebeurt een veldonderzoek naar de kenmerken van de telefoonoproepen. Uit de registratie wordt besloten dat er gemiddeld 37 telefoonoproepen per dag zijn, met maandag als drukste dag van de week. De drukste momenten van de dag (>10% van de oproepen) zijn tussen 8 en 10u 's morgens en tussen 18 en 20u 's avonds. De drie belangrijkste redenen om naar de huisarts te bellen zijn het raadplegen van labo- resultaten (21%), het stellen van een medische vraag (17%) en het maken van een afspraak (16%). De bevindingen uit dit onderzoek zijn grotendeels gelijklopend met eerder uitgevoerde onderzoeken omtrent dit onderwerp. Tot slot wordt op basis van de literatuurstudie en het veldonderzoek een procedure opgemaakt om het telefoonverkeer efficiënter te laten verlopen in deze huisartsenpraktijk.

INLEIDING

In de huisartsenpraktijk worden er dagelijks een groot aantal telefoonoproepen verwerkt op de meest verscheidene momenten. Dit is vaak storend voor zowel de arts als de patiënt en heeft onvermijdelijk een negatief effect op de kwaliteit van een consultatie. Er is bijgevolg nood aan een efficiëntere organisatie van de telefoonoproepen. Door patiënten wordt een goede bereikbaarheid en laagdrempeligheid van de arts evenwel als belangrijk ervaren (1). Reeds divers onderzoek werd gevoerd naar de organisatie van de telefoonoproepen en eerdere masterproeven handelden over dit onderwerp, maar wat is haalbaar binnen een groepspraktijk waarin voornamelijk onder de vorm van vrije consultaties wordt gewerkt en de telefoonoproepen worden afgehandeld door de artsen zelf?

In dit kwaliteitsverbeterend onderzoek wordt nagegaan wat de kenmerken zijn van de inkomende telefoonoproepen en wat de mogelijkheden zijn om de huidige procedure omtrent de telefoonoproepen aan te passen. Kunnen bestaande protocol(s) of procedures om het

telefoonverkeer te organiseren geheel of gedeeltelijk geïmplementeerd worden in een huisartsenpraktijk?

Procedures

Het is een uitdaging voor elke arts om kwaliteitsvolle zorg te bieden. Kwaliteitsverbetering in de praktijk kan mogelijk gemaakt worden door procesmanagement en het uitschrijven van procedures. Een procedure beschrijft de verschillende stappen in een activiteit of proces, bijvoorbeeld bij de diverse taken die een huisarts moet uitvoeren. Kwaliteitsbevordering houdt in dat men bekijkt welke veranderingen in welke processen tot verbetering kunnen leiden. Zo kan een procedure opgesteld worden omtrent het proces 'behandelen van telefoonoproepen'. Het probleem dat voor verbetering in aanmerking komt, wordt gedefinieerd. Het FOCUS- stappenplan (via de PDCA- cyclus (Plan Do Check Act)) kan gebruikt worden om snel en efficiënt een procedure uit te schrijven (zie bijlage 1) (2).

Maatschappelijke omkadering

In België bestaat er sinds 2006 een 'Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde'[1]. De Impulseo II- en III- fondsen voorzien een financiële tegemoetkoming voor een onthaal- en administratief bediende of voor de kosten van een medisch telesecretariaat dat het praktijkbeheer ondersteunt.

METHODE

In een observationeel dwarsdoorsnede-onderzoek wordt nagegaan wat de mogelijkheden zijn om de huidige procedure omtrent de telefoonoproepen aan te passen. Er wordt een literatuurstudie uitgevoerd op zoek naar bestaande protocollen met betrekking tot het controleren van het telefoonverkeer. Daarnaast gebeurt een veldonderzoek naar de kenmerken van de telefoonoproepen. Tot slot wordt op basis van de literatuurstudie en het veldonderzoek een protocol opgemaakt om het telefoonverkeer efficiënter te laten verlopen in deze huisartsenpraktijk.

Literatuurstudie

Onderzoeksvraag

Wat zijn de mogelijkheden om de huisarts te ontlasten van overtollig telefoonverkeer en kunnen reeds bestaande protocol(s) of procedures om het telefoonverkeer in goede banen te leiden geïmplementeerd worden in de praktijk?

Trefwoorden

Er wordt gezocht met de trefwoorden 'huisarts', 'huisartsenpraktijk', 'telefoon', 'telefoonbelasting', 'protocol', 'praktijkrichtlijn', draaiboek', 'strategie' op de Nederlandstalige databanken. Bij de Engelstalige databanken wordt gezocht aan de hand van de trefwoorden 'primary care', 'general practice', 'call management', 'telephone'. Deze

trefwoorden worden onderling gecombineerd. Mesh- termen zijn ‘primary health care’, ‘general practice’ en ‘telephone’.

Databanken

Er wordt gezocht in de databanken van Domus Medica, NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap), CEBAM, Minerva, Pubmed en de Artsenkrant. Er worden geen restricties met betrekking tot het onderzoeksdesign ingevoerd. Eerder gepubliceerde masterproeven worden opgevraagd via het ICHO. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van de websites van het RIZIV, Domus Medica en de Orde van de Geneesheren.

Kwaliteitscontrole van artikels

Websites met het HON (Health On the Net)- logo worden als kwalitatief beschouwd. Kwaliteitscontrole gebeurt via de Delphi criteria[2]. De Delphimethode is een methode om consensus te meten en indicatoren te ontwikkelen waarover onderzoeksevidentie ontbreekt. Er worden kwaliteitsindicatoren ontwikkeld op basis van evidentie en consensus van experts (3).

Veldonderzoek

Onderzoeksvraag en uitkomstmaten

Wat is de huidige procedure in de praktijk? Wat zijn de kenmerken van de geregistreerde telefoonoproepen? Per arts worden systematisch alle telefoon-oproepen geregistreerd, met de nadruk op de volgende parameters: wie belt er, op welk tijdstip en om welke reden.

Design

Via overleg in de praktijk wordt de huidige procedure omtrent de telefoonoproepen uitgetekend. Deze is gegroeid doorheen de jaren en wordt mondeling gecommuniceerd met de patiënt bij het aanvragen van beeldvorming of laboresultaten.

Er gebeurt een registratie per arts van de inkomende telefoonoproepen. Het registratieformulier komt tot stand na bespreking met de promotor, praktijkopleider en de collega in de praktijk. Het formulier wordt gedurende één dag op proef gebruikt en nadien nog aangepast (bijlage 2). Er wordt geregistreerd op welk tijdstip de oproep wordt ontvangen en wat het onderwerp (o.a. labo- resultaten, resultaten onderzoek, huisbezoek aanvragen, afspraak maken, praktijkinformatie, medische vraag, onvolledige consultatie, follow-up, voorschrift/attest telefonisch of een ander onderwerp) van de oproep is. Ook wordt er geregistreerd wie er belt: patiënt en leeftijdscategorie, andere hulpverlener (kinesist, verpleegkundige of andere), collega arts, apotheker of andere mogelijkheid. Deze registratie gebeurt anoniem en loopt over een periode van vier weken, van maandag tot vrijdag, oproepen vanaf 7u ’s morgens tot 20u ’s avonds (of tot einde van de consultaties). Elke beantwoorde oproep wordt

geregistreerd. Indien de oproep doorgeschakeld wordt naar een andere arts, registreert enkel deze laatste de oproep. Interne gesprekken worden niet geregistreerd. De gegevens worden ingevoerd in Microsoft Office Excel.

Aan de hand van deze gegevens kan een voorstel tot nieuwe procedure opgesteld worden.

Populatie

Het onderzoek wordt uitgevoerd in een huisartsenpraktijk bestaande uit twee huisartsen en een HAIO en de bestaande patiëntenpopulatie. In deze praktijk worden alle telefoonoproepen beantwoord door de artsen zelf. De studiepopulatie wordt gevormd door de huisartsen in de praktijk.

RESULTATEN

Literatuurstudie

Literatuur omtrent dit onderwerp is schaars. Het opzoeken op trapsgewijze manier levert niet veel informatie. De richtlijnen van Domus Medica en NHG (Nederlands HuisartsenGenootschap) brengen dit onderwerp niet aan bod. Verder wordt via CEBAM doorgezocht. Ook Minerva, Pubmed en de Artsenkrant brengen geen of weinig relevante informatie. Huisarts & Wetenschap levert enkele artikels omtrent dit onderwerp. Eerder gepubliceerde masterproeven omtrent dit onderwerp worden nagegaan via de ICHO- website.

In het boek van Grouwels e.a. (2) wordt het belang van procesmanagement en het opstellen van procedures besproken. Bestaande procedures worden in de literatuur echter niet teruggevonden.

Eerdere masterproeven registreren 42-45 telefoonoproepen/dag (4) en gemiddeld 56 telefoonoproepen/dag (5). Kemper en de Groot e.a. besluiten dat het aantal oproepen ’s ochtends en ’s avonds hoger liggen. Tijdens de middaguren wordt er minder gebeld (6). Irma Kemper (4) ziet dat de meeste inkomende oproepen handelen over het maken van een afspraak en vervolgens over labo-uitslagen, niet urgent advies, attesten en andere onderwerpen. Daarnaast wordt er in de derde praktijk in haar onderzoek het meeste gebeld voor labo uitslagen, gevolgd door niet urgent advies, aanvragen van huisbezoeken en voorschriften. In de studie van de Groot wordt het meest gebeld voor een medische klacht, vervolgens voor het opvragen van resultaten, een administratieve vraag, herhaalmedicatie en in mindere mate voor het maken van een afspraak (7).

Veldonderzoek

Aan de hand van overleg in de praktijk wordt de huidige procedure omtrent telefoonoproepen uitgetekend. Figuur 1 toont een schets van de procedure in de

huisartsenpraktijk bij aanvang van het onderzoek.

Figuur 1: Schets van de procedure in de huisartsenpraktijk bij aanvang van het onderzoek.

Procedure: beantwoorden van inkomende telefoonoproepen.

Het organiseren van de inkomende telefoonoproepen.

1. Onderwerp

Het efficiënt verwerken van inkomende telefoonoproepen.

De consultatiemomenten worden zo weinig mogelijk gestoord door inkomende telefoonoproepen.

2. Toepassingsgebied

De procedure is van toepassing voor de telefoonoproepen gedurende de week van 7u tot 20u (of tot einde van de consultaties, niet tijdens wachtdienst). Telefoons worden opgenomen door de huisartsen zelf.

3. Termen en definities

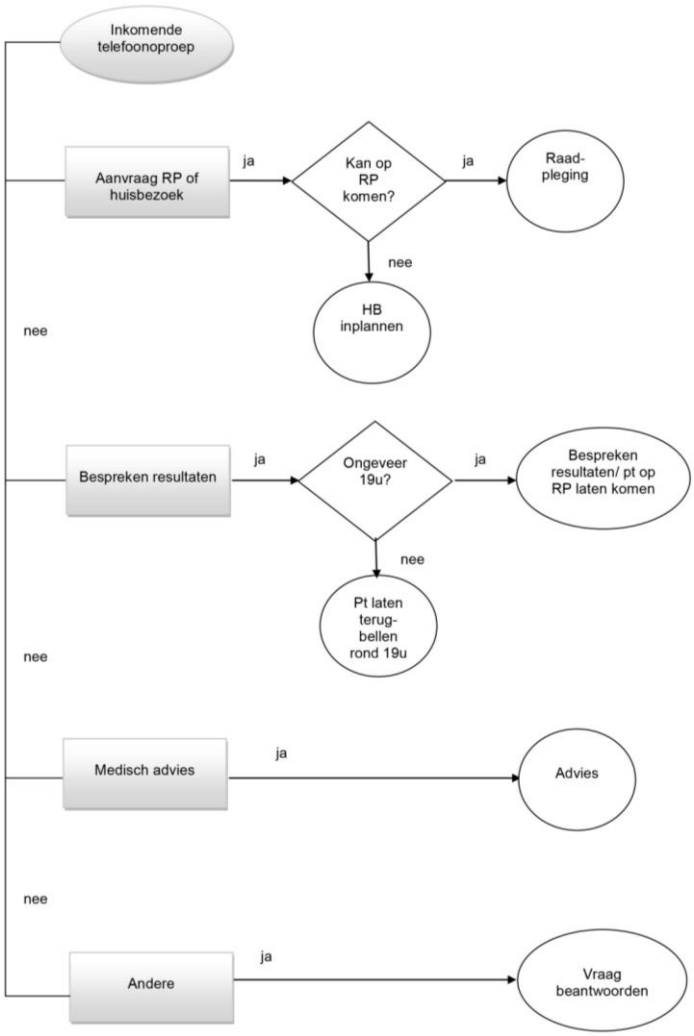
Patiënten bellen voor resultaten (labo, beeldvorming) rond 19u 's avonds.

4. Verantwoordelijke en uitvoerder

Verantwoordelijke = huisarts, uitvoerder = huisarts.

5. Verwante documenten en hulpmiddelen

6. Werkwijze

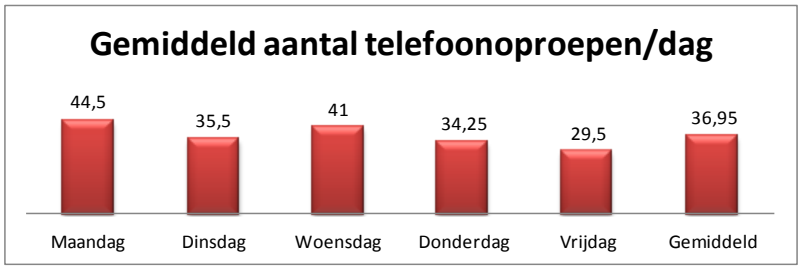


RP= raadpleging, HB= huisbezoek

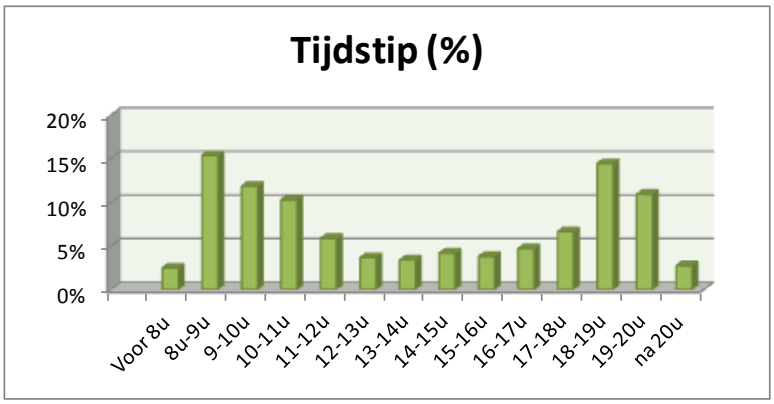
7. Registratie

Registratie

Uit de registratie blijkt dat er gemiddeld 37 telefoonoproepen per dag zijn, met maandag als drukste dag van de week. De drukste momenten van de dag (>10% van de oproepen) zijn tussen 8 en 10u 's morgens en tussen 18 en 20u 's avonds.

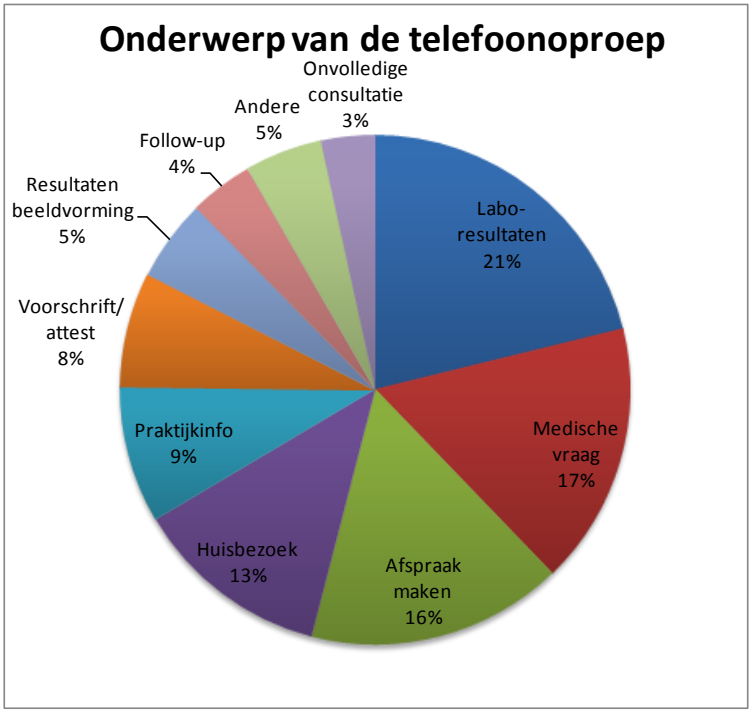


Figuur 2: Gemiddeld aantal telefoonoproepen per dag.



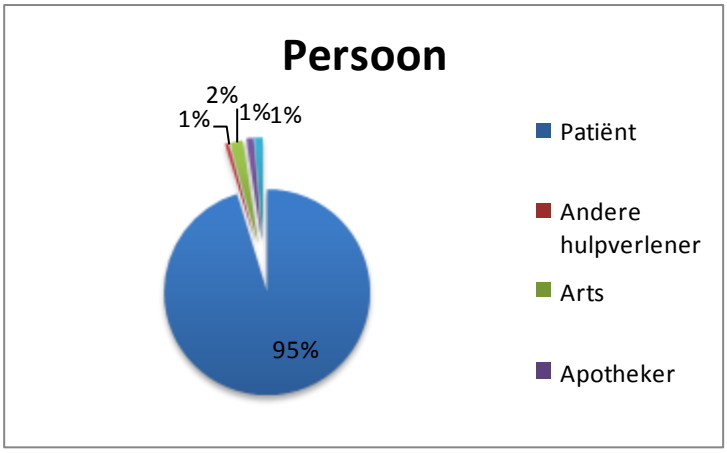
Figuur 3: Verdeling van het tijdstip waarop wordt gebeld (in %).

De drie belangrijkste redenen om naar de huisarts te bellen zijn het raadplegen van labo- resultaten (21%), het stellen van een medische vraag (17%) en het maken van een afspraak (16%). Daarnaast zijn 13% van de telefoonoproepen bedoeld voor het aanvragen van een huisbezoek, 9% voor informatie betreffende de praktijk, 8% voor een voorschrift of attest, 5% voor resultaten van beeldvorming (of andere onderzoeken), 4% ter follow- up, 3% betreft een vraag over de consultatie en er is een restgroep van 5% andere onderwerpen.

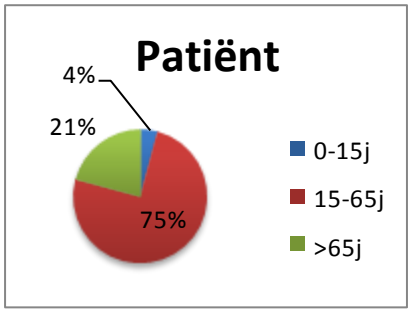


Figuur 4: Onderwerp van de telefoonoproepen (in % per onderwerp).

In 95% van de gevallen gebeurt de telefoonoproep door een patiënt.



Figuur 5: Wie belt er (in %)?



Figuur 6: Verdeling in leeftijd van de patiënten waarvoor wordt getelefoneerd naar de huisarts.

DISCUSSIE

In dit onderzoek wordt nagegaan wat de kenmerken zijn van de inkomende telefoonoproepen en wat de mogelijkheden zijn om de huidige procedure omtrent de telefoonoproepen aan te passen. In de literatuur wordt nagegaan of er reeds protocol(s) of

procedures bestaan om het telefoonverkeer in goede banen te leiden en wat de mogelijke technieken zijn om de huisarts bij te staan in het beantwoorden van de telefoonoproepen. Aan de hand van overleg wordt een schets opgemaakt van de procedure werkzaam in de praktijk bij aanvang van het onderzoek. Door middel van een registratie van de telefoonoproepen in de praktijk wordt een schets gemaakt van de kenmerken van de inkomende telefoonoproepen. Hieruit kan een nieuw voorstel tot procedure opgesteld worden.

Procedures

Bestaande procedures worden in de literatuur niet teruggevonden. Deze bestaan mogelijks wel in diverse huisartsenpraktijken, maar worden niet gepubliceerd.

Mogelijke oplossingen voor de telefoonoproepen: veldonderzoek getoetst aan de literatuur

In dit onderzoek wordt een gemiddelde van 37 telefoonoproepen per dag geregistreerd. Eerdere masterproeven maken melding van 42-45 telefoonoproepen/dag (Irma Kemper, gemiddelde van 3 praktijken (arts met Haio en 2 duopraktijken)) (4) en gemiddeld 56 telefoonoproepen/dag (groepspraktijk) (5). De grootte van de praktijken speelt een rol (aantal GMD' s), alsook de vorm van consultatievoering (vrije consultaties of op afspraak).

Mogelijkheden voor het beheren van de telefoonoproepen zijn onder meer: correct informeren van de patiënt, organiseren van een telefoon(half)uurtje, inschakelen van een antwoordapparaat, tele-secretariaat of telefoonassistente en gebruik maken van een online afsprakensysteem.

Informeren van de patiënt

Telefoonoproepen bestaan onder meer uit vragen naar de werking en eventueel consultatie- uren van de praktijk. Het geven van praktijkinfo telt in deze praktijk voor 9% van alle telefoonoproepen. Informeren van de patiënt kan via het updaten van de praktijk- website[3], uitdelen van een folder of informatie in de wachtzaal. Door het informeren van de patiënt, wordt mogelijks het aantal telefoonoproepen verminderd.

Telefoon(half)uur

Tijdens een telefoon(half)uur kunnen onder andere resultaten van bloedafnames of andere onderzoeken meegedeeld worden of korte medische vragen beantwoord worden. In deze praktijk tellen laboresultaten, resultaten van beeldvorming en medische info respectievelijk mee voor 21%, 5% en 17% van alle telefoonoproepen. Onderzoek naar het meest geschikte moment voor een telefoon(half)uurtje wordt niet teruggevonden. Kemper ziet dat het aantal oproepen in de drie praktijken 's ochtends en 's avonds hoger ligt met een piek tussen 8 en 9 uur en tussen 18 en 19 uur.

Tijdens de middaguren wordt er minder gebeld. Ook de Groot e.a. besluiten dat de belasting het hoogst is tussen 8 en 10u (6). Dit is ook wat er kan geconcludeerd worden uit deze studie waarbij de meeste telefoonoproepen (>10%) voorkomen tussen 8 en 10u 's morgens en tussen 18 en 20u 's avonds. De Groot vermeldt de problematiek van slechte bereikbaarheid van de praktijk indien alle telefoonoproepen geconcentreerd worden naar een telefonisch spreekuur. Een belangrijk aandeel van de telefoonoproepen blijkt in zijn onderzoek ook 'voor niets' te zijn. Dit omdat de arts van keuze niet aanwezig is op dat moment of omdat de gevraagde uitslag niet voorhanden is. Hierbij vermeldt men de mogelijke oplossing van een telefonisch terugbelspreekuur [4] (7). In België wordt echter geen vergoeding voorzien voor deze telefoonmomenten, waardoor artsen weinig bereid zullen zijn deze uit te breiden. [5] [6]

Antwoordapparaat

Via het antwoordapparaat krijgen patiënten een keuzemenu te horen wanneer zij bellen. Ze kunnen via dit systeem een afspraak maken (16% van de oproepen in de huidige praktijk), een huisbezoek aanvragen (13%) of worden gedirigeerd naar het telefoon(half)uurtje van de arts. De arts blijft echter bereikbaar voor dringende oproepen.

Inschakelen van een telefoonassistent(e) of tele- secretariaat

Het medisch telesecretariaat beantwoordt, net zoals een telefoonassistent(e) of bij uitbreiding praktijkassistent(e), de telefonische oproepen van de huisartspraktijk [7] . De telefoondruk ligt hoger in een praktijk die werkt met een afsprakensysteem in vergelijking met een praktijk met vrije raadplegingen en het aantal oproepen ligt het hoogst tussen 8 en 10u 's morgens en tussen 18u en 20u 's avonds. 's Avonds wordt er mogelijks minder vaak gebeld voor het maken van een afspraak. Kemper stelt dat een praktijkassistent(e) inschakelen, vooral tijdens de ochtenduren, de telefoonbelasting voor de huisarts kan verlagen. Voor huisartsenpraktijken zonder afsprakensysteem lijkt een secretaresse echter minder zinvol. Een praktijkassistent(e) inschakelen zal het aantal telefoonoproepen niet verminderen, maar de telefoondruk voor de huisarts zal wel dalen (4,8).[8] [9]

In de masterproef van Irma Kemper (4) besluit zij dat de meeste inkomende oproepen handelen over het maken van een afspraak (47% en 51% in de 2 praktijken). Daarnaast wordt in de eerste praktijk voornamelijk gebeld voor labo uitslagen, niet urgent advies en andere onderwerpen. In de tweede praktijk is dit niet urgent advies, attesten en andere onderwerpen. In de derde praktijk wordt er het meeste gebeld voor labo uitslagen,

gevolgd door niet urgent advies, aanvragen van huisbezoeken en voorschriften. Uit de Nederlandse studie van de Groot werd een medische klacht in 49% van de gevallen geregistreerd, gevolgd door het opvragen van resultaten, een administratieve vraag, herhaalmedicatie en tenslotte het maken van een afspraak (7). Onze praktijk is qua vorm het meest gelijklopend met de derde praktijk van Dr. Kemper (geen afsprakensysteem, geen secretaresse). Ook de resultaten zijn gelijklopend: de meeste aanvragen betreffen het opvragen van (labo)resultaten, daarna volgen het stellen van een medische vraag en het aanvragen van een huisbezoek. Deze oproepen zijn niet noodzakelijk delegeerbaar aan een praktijkassistent(e) of een medisch telesecretariaat. Dewingaerden concludeert uit haar masterproef dat ongeveer 2/3 van de oproepen kan afgehandeld worden door een andere persoon dan de arts (5). De Groot e.a. menen dat opvragen van uitslagen, herhaalmedicatie en administratieve vragen te delegeren zijn aan een praktijkassistente. Er zijn echter geen duidelijke criteria over wat praktijkassistenten telefonisch kunnen en mogen afhandelen (7). Uit het onderzoek van Kemper blijkt dat zowel urgent als niet-urgent advies zelden als delegeerbaar worden gescoord. Over de delegeerbaarheid van telefoonoproepen in verband met voorschriften en attesten heerst verdeeldheid (4). Afspraken maken, huisbezoeken aannemen en het geven van praktijkinformatie, kunnen afgehandeld worden door een niet- arts (bijvoorbeeld praktijkassistente of telesecretariaat). Aanvraag tot voorschriften/attesten kan, mits goede afspraken, ook gedelegeerd worden naar een praktijkassistente. Labo- resultaten die als niet afwijkend worden beoordeeld door de arts, kunnen door een assistente afgehandeld worden. Dit laatste is praktisch echter niet mogelijk voor het telesecretariaat.

Online- afsprakensysteem

Werken op afspraak verhoogt de telefoonbelasting. Kemper merkt op dat de praktijk die niet op afspraak werkt, ook het minst aantal inkomende oproepen heeft. Zowel Taverniers F. (9) als Sinnaghel S. (10) onderzoeken in hun masterproef het online- afsprakensysteem. Globaal gezien zijn artsen die een online-afsprakensysteem gebruiken tevreden, maar de gebruiksvriendelijkheid van de programma's zou kunnen verhoogd worden. [10] Een online afsprakensysteem zorgt voor een daling van de telefoonbelasting, maar is slechts een onderdeel in de totale aanpak van het telefoonprobleem. Het succes ervan wordt grotendeels bepaald door de manier waarop het systeem in de praktijk wordt geïmplementeerd. Elke individuele arts of groepspraktijk moet in functie van de eigen noden beslissen of het online afsprakensysteem binnen de praktijk de

beste uitkomst biedt voor het organiseren van de praktijk. [11]Uit het eigen onderzoek is gebleken dat een afspraak maken in onze praktijk op de derde plaats staat (16%), ondanks dat in deze praktijk voornamelijk onder de vorm van vrije consultaties wordt gewerkt. Dit kan mogelijks verklaard worden omdat er twee blokken per week voorzien zijn voor afspraken en ook voor zieke kindjes een afspraak kan gemaakt worden.

Implementatie in de praktijk

Aan de hand van de resultaten uit de registratie kan men trachten een nieuwe procedure op te stellen (zie figuur 7). Het telefoonhalfuurtje voor de behandeling van resultaten (21% en 5%) zou kunnen gepland worden op een minder druk moment van de dag of op een moment waarop er geen consultaties worden gevoerd. Niet- dringend medisch advies (17%) kan ook gedelegeerd worden naar het telefoon(half)- uurtje. Praktijkinformatie (9%) aan de patiënt zou kunnen verricht worden via de nieuwe praktijkwebsite, een aangepaste praktijkfolder en aan de hand van informatie in de wachtzaal (via de aanwezige lichtbak). Het inschakelen van een antwoordapparaat kan ervoor zorgen dat de oproepen omtrent afspraken, huisbezoeken en praktijkinformatie verminderd worden. Bovendien kan de patiënt gedirigeerd worden naar het telefoon(half)- uurtje van de arts, maar blijft deze toch bereikbaar voor dringende oproepen.

In de huidige praktijk is er gebrek aan ruimte voor een praktijkassistente. Eventueel kan dit opgelost worden door gebruik te maken van het tele-secretariaat, echter blijft de vraag of dit nuttig is wanneer er voornamelijk onder de vorm van vrije consultaties wordt gewerkt.

Sterkte- zwakte analyse

Elke registratie kent beperkingen. In deze registratie zijn er zeker oproepen verkeerd geregistreerd of vergeten. Oproepen die worden doorgeschakeld naar een andere arts, worden door de eerste arts niet geregistreerd. Echter, ook de arts die de telefoon als eerste aanneemt, wordt gestoord tijdens de consultatie.

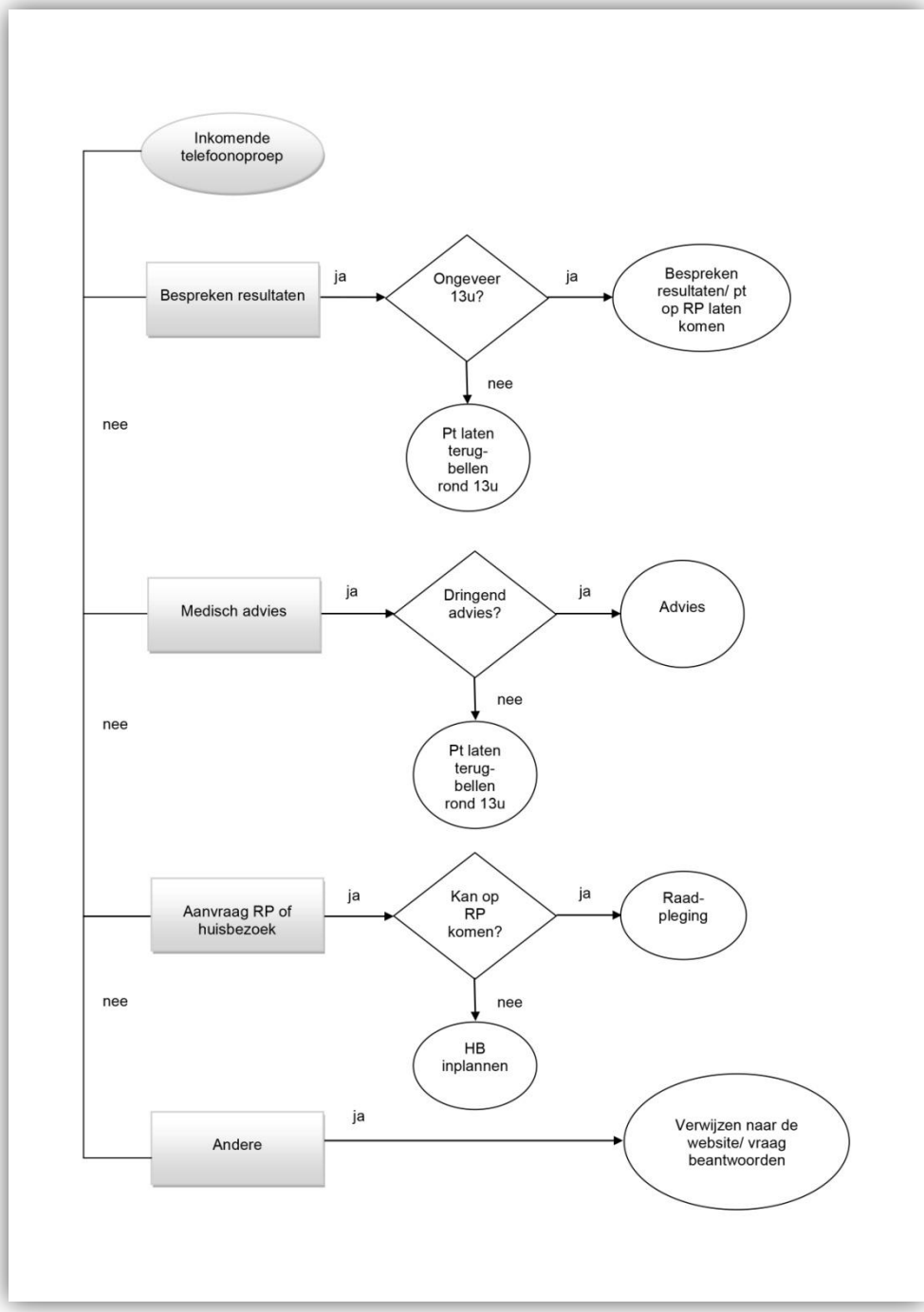
CONCLUSIE

In de huisartsenpraktijk is er nood aan een efficiëntere organisatie van de inkomende telefoonoproepen. Daarnaast moet er echter een goede bereikbaarheid zijn en wil een arts laagdrempelig blijven voor de patiënt. Bestaande protocollen betreffende het organiseren van de inkomende telefoonoproepen in de huisartsenpraktijk worden in de literatuur niet teruggevonden.

Mogelijkheden voor het beheren van de telefoonoproepen zijn onder meer: het informeren van de patiënt, organiseren van een telefoon(half)uurtje, inschakelen van een antwoordapparaat, tele-secretariaat of (telefoon)assistente of gebruik maken van een online

afsprakensysteem. In deze praktijk zou het telefoonhalfuurtje kunnen gepland worden op een ander moment van de dag. Daarnaast kan praktijkinformatie aan de patiënt gegeven worden via de nieuwe praktijkwebsite, een aangepaste praktijkfolder en aan de hand van informatie in de wachtzaal. De effecten van deze ingrepen op de inkomende telefoonoproepen kunnen in een volgend onderzoek gemeten worden.

Figuur 7: Schets van het voorstel tot nieuwe procedure in de huisartsenpraktijk.



Dankwoord
Mijn dank gaat uit naar mijn promotor Prof. Dr. B. Schoenmakers, mijn praktijkopleider Dr. K. Vandekerckhove, collega's, familie en vrienden voor de hulp en de steun.

LITERATUURLIJST

(1) de Groot RA, de Haan J, Bosveld HE, Nijland A, Meyboom-de Jong B. The implementation of a call-back system reduces the doctor's workload, and improves accessibility by telephone in general practice. Fam Pract. 2002 Oct;19(5):516-9.
(2) Grouwels D, Seuntjens L, Vanden Bussche P. Dokteren met kwaliteit. Antwerpen: Standaard Uitgeverij; 2008. p16-24, p56-70.
(3) Boffin N, Govaerts F. Indicatoren van kwaliteit van preventieve zorg in de Vlaamse huisartsenpraktijk: Resultaten van een consensusprocedure. Huisarts Nu 2005;34(5):272-276
(4) Kemper I. Onderzoek naar de telefoonbelasting in de huisartspraktijk. Masterproef 2007-2008. Abstract beschikbaar via: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/%7B11efa3de-6e49-6638-903a-24ec198bf663%7D_Kemper-Irma.pdf.
(5) Dewingaerden J. Telefoonregistratie in de huisartspraktijk. Masterproef 2007-2008. Abstract beschikbaar via: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/%7B7e7ec2ea-2d63-ce44-f6a7-cccf118cf631%7D_Dewingaerden-Jane.pdf
(6) de Groot RA, de Haan J, Bosveld HEP, Meyboom-de Jong B. Het terugbelspreekuur van de huisarts: de gevolgen voor de praktijkassistente. Huisarts en Wetenschap 2001; 44 (13): 624-625
(7) de Groot RA, de Haan J, Bosveld, HEP, Meyboom- de Jong B. De telefoon: wat gaat er fout? Huisarts en Wetenschap 2001; 44: 16-17
(8) Backx P. Praktijkassistent(e) verlaagt telefoondruk. Artsenkrant 2008; aug: 6
(9) Taverniers F. Introductie van een online afsprakensysteem in de huisartspraktijk: invloed op de telefoonbelasting in een groepspraktijk. Masterproef 2011-2012. Beschikbaar via: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B1dc67c5e-2938-f026-be70-8b24c8f266a2%7D_Taverniers-Filiep-scriptie.pdf
(10) Sinnaghel S. De huisarts en het online afsprakensysteem in West-Vlaanderen. Masterproef 2010-2011. Abstract beschikbaar via: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/%7B91259494-a7e2-8c4e-c0a8-f84bf377d04b%7D_Sinnaghel-Stijn.pdf

Bijlage

Bijlage 1- FOCUS stappenplan en PDCA- cirkel

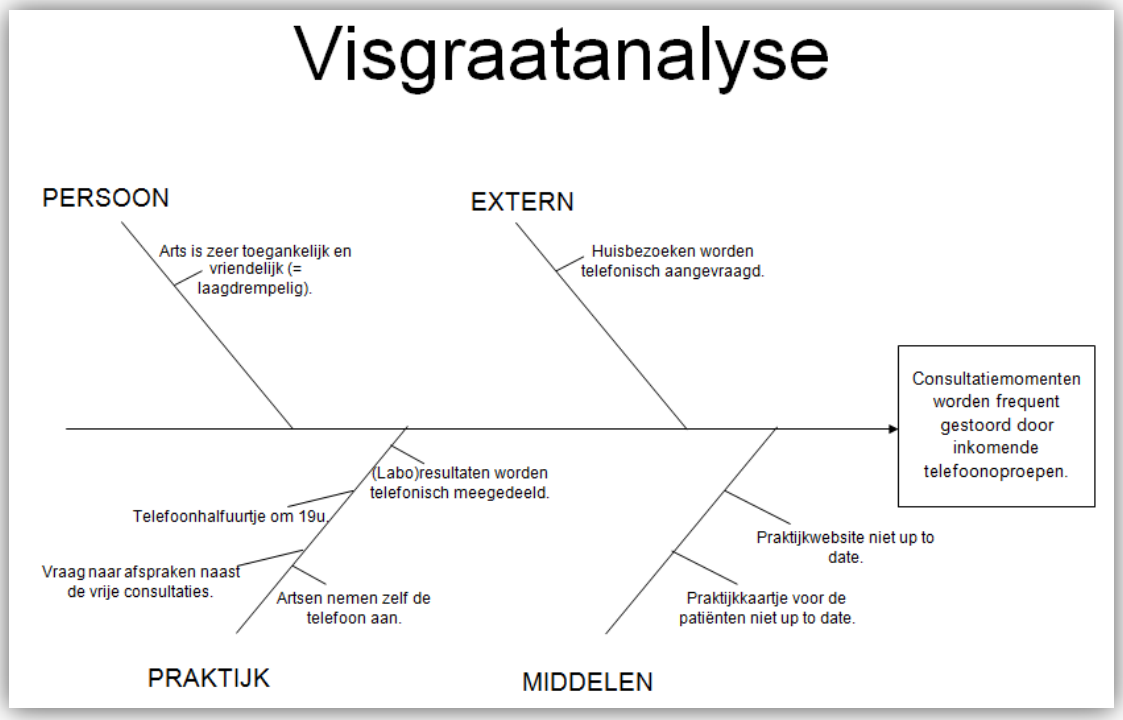
1. FOCUS

Stap 1: FIND. De consultatiemomenten worden frequent gestoord door inkomende telefoonoproepen. Dit leidt tot frustratie bij zowel arts als patiënt. Hoe kan het telefoonverkeer in de praktijk efficiënter georganiseerd worden?

Stap 2: ORGANISE. Overleg met de drie artsen in de praktijk.

Stap 3: CLARIFY. Overleg en opstelling van een schets van de huidige procedure.

Stap 4: UNDERSTAND. Registratie van de inkomende telefoonoproepen. Tekenen van een visgraatanalyse.



Stap 5: START: verbetering via de PDCA- cyclus (Deming 1986)

2. PDCA

Stap 1: PLAN. Opstellen van een nieuwe procedure.

Stap 2: DO. De nieuwe procedure uitvoeren. Dit wordt meegedeeld aan de patiënt mede aan de hand van een nieuwe praktijkfolder en informatie op de website betreffende het telefoon(half)uurtje.

Stap 3: CHECK. Het lopende project kan geëvalueerd worden in een volgend onderzoek.

Stap 4: ACT. Afhankelijk van de resultaten van het opvolgonderzoek wordt de nieuwe procedure behouden of verder aangepast.

Bijlage 2- Registratieformulier

Registratie telefoonoproepen

1= patiënt a = 0-15j b = tss 15 en 65j c = >65j 2= andere hulpverlener (kinesist, verpleegkundige,...) 3= collega arts 4= apotheker 5= andere: ...	A= labo- resultaten B= resultaten beeldvorming C= afspraak D= praktijkinfo E= medische vraag (...) F= onvolledige consultatie G= follow-up H= voorschrift/attest telefonisch I= andere: ... HBZ= huisbezoek

	Datum	Uur	Persoon	Reden	Duur
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Voetnoten

[1] www.riziv.be

[2] Delphi Criteria lijst voor RCT's

[3] Het beheren van een website, in het kader van de klinische activiteit, is toegestaan door de Orde van Geneesheren doch worden enkele voorwaarden gesteld. Het is onder meer niet toegelaten om misleidende of vergelijkende publiciteit weer te geven; vergelijkende honorariatarieven; er mogen geen resultaten van onderzoeken of behandelingen worden voorgesteld; geen publicaties, conferenties en andere mededelingen die overbodig zijn voor de patiënt; er mogen geen getuigenissen van patiënten worden gepubliceerd; geen raadplegingen en voorschriften via internet gebeuren, er mag geen communicatie zijn van gegevens die gedekt zijn door het medisch geheim tenzij deze beveiligd zijn (volgens aanbevelingen van de Nationale Raad); er mogen geen monopoliserende elektronische adressen voor verwijzing naar een discipline, een techniek of een plaats (en die een onrechtmatige mededinging kunnen zijn) gebruikt worden. Artsen die over een internetsite beschikken of die van plan zijn er een te creëren moeten dit melden aan de provinciale raad van de Orde. (http://www.ordomedic.be/nl, Advies betreffende het beheer van internetsites door artsen, 2005 en aanvulling van 2006)

[4] Onderzoek naar een terugbeluurtje werd gedaan door de Groot et al in een Nederlandse huisartsenpraktijk. Een praktijkassistente neemt alle telefoonoproepen gedurende de dag op en beantwoordt, indien mogelijk, de oproep. Indien de assistente niet in staat is de oproep af te handelen, wordt een telefoonafspraak geboekt. Hierbij belt de arts de patiënt terug op een afgesproken tijdstip. Uit het onderzoek bleek dat het aantal oproepen voor de dokter verminderde met 59% en dat de totale tijd die besteed werd aan telefoonoproepen door de arts verminderd was met 39%. De gemiddelde tijd die een arts spendeert aan een oproep was echter hoger waaruit men besluit dat het gaat om echte 'probleemoproepen'. De telefoonassistente behandelt zelf de oproepen voor onderzoeksresultaten die nog niet beschikbaar zijn, normale resultaten en eenvoudig medisch advies. Tijdens het terugbeluurtje wordt door de arts een andere telefoonlijn gebruikt, waardoor de algemene lijn beschikbaar blijft voor dringende oproepen. De werkdruk voor de arts verminderde dus en de toegankelijkheid van de telefoon verbeterde (1). Dit terugbeluur is slechts efficiënt indien ook gebruik wordt gemaakt van een praktijkassistente (6).

[5] Vergoeding telefoonoproepen. Verlonen van telefoonoproepen gebeurt reeds in Denemarken. Huisartsen worden vergoed via een combinatie van vergoeding per hoofd en vergoeding per dienstverlening. Ongeveer 1/3 van de inkomsten komt per capita component, het andere 2/3 is gebaseerd op de fee- for- service betaling. Daarnaast zijn er ook vergoedingen voor bepaalde diensten (vb. telefoonconsultatie) (The Danish health care system: evolution – not revolution - in a decentralized system; K M Pedersen, T Christiansen and M Bech; Health Econ. 14 2005)

[6] De orde van geneesheren formuleerde in 2008 een advies omtrent telefonisch advies door een arts en het ereloon hieromtrent. Zij besloot dat een medisch advies in de regel een medisch onderzoek veronderstelt en bijgevolg advies via telefonische weg afgeraden wordt. Wat betreft het aanrekenen van een ereloon merkt men op dat het RIZIV hiervoor geen nomenclatuurnummer voorziet. (http://www.ordomedic.be/nl/adviezen/)

[7] Tele- secretariaat. Zowel huisartsengroeperingen als individuele huisartsen mogen de tegemoetkoming aanvragen. Het jaarlijks bedrag van de tegemoetkoming is gelijk aan de helft van de reële kosten met een maximum van € 3.474 zowel voor de individuele huisarts als voor de huisarts die deel uitmaakt van een groepering (jaarlijkse tegemoetkoming voor het jaar 2012). (http://www.domusmedica.be/ praktijk/praktijkorganisatie/impulseo/4142-tegemoetkoming-voor-loonkosten-impulseo-ii-en-iii.html)

[8] Daarnaast kan een praktijkassistente ook administratieve ondersteuning bieden. Een van de taken van een praktijkassistente kan ook het geven zijn van telefonisch advies bij eenvoudige klachten. Dit mits een kwalitatieve opleiding van de assistente en duidelijke protocols (6).

[9] Via het Impulsfonds voor huisartsgeneeskunde zorgt Impulseo III voor een tegemoetkoming in een deel van de loonkosten van de bediende die de huisarts in het onthaal en het beheer van de praktijk bijstaat. Voorwaarden zijn dat de huisarts minstens een derde van één voltijds equivalent te werk stelt met een arbeidsovereenkomst, de huisarts gebruik maakt van een EMD en hij/zij minstens 150 GMD' s beheert. De tegemoetkoming bestaat uit de helft van de reële globale loonkost, met een maximum van € 6.213,90 per jaar (tegemoetkoming voor 2012) (http://www.domusmedica.be/praktijk/praktijkorganisatie/impulseo/4142-tegemoetkoming-voor-loonkosten-impulseo-ii-en-iii.html).

[10] Uit de masterproef van Taverniers Filiep(9) bleek dat een online afsprakensysteem slechts een gering effect had op het aandeel oproepen voor het maken van een afspraak. Op langere termijn echter werd het aandeel groter en werden 23% van alle afspraken online geboekt.

[11] De Orde van Geneesheren laat een programma voor het maken van afspraken op een internetsite toe, mits het de vertrouwelijkheid van de namen van de ingeschreven patiënten waarborgt.