

leidsman voor zijn patiënten. Deze verantwoordelijkheid houdt dus niet op wanneer de patiënt naar een specialist is verwezen of in een ziekenhuis is opgenomen. Vrijwel ieder specialisme is immers beperkt en de beoefenaren van specialistische geneeskunde zijn er toe geneigd elkaars terrein niet te betreden. Maar zelfs al zou deze beperktheid niet bestaan, dan nog blijft de huisarts mede verantwoordelijk voor de behandeling van zijn patiënt. De continuïteit in de medische zorg voor, en de integratie bij de behandeling van zijn patiënten behoren juist tot de belangrijkste kenmerken van de huisarts-geneeskunde.

De geschiedenis van deze patiënte heeft er voor mij toe bijgedragen dat ik me bewust geworden ben van hoe groot belang het besef van deze continue verantwoordelijkheid van de huisarts voor de patiënt is. Het naar voren brengen van dit belang is het voornaamste deel van deze les.

Deze vrouw heeft me echter nog iets anders geleerd. Vaak ben ik met lood in de schoenen bij haar binnengestapt. Hoe dikwijls heb ik niet de onvermijdelijk lijkende vraag verwacht: „dokter, kan ik nog beter worden?” of, „dokter, is het kanker?”

Ik zag daar tegenop, omdat ik het moeilijk vond hierop een goed antwoord te geven en ik haar niet een laatste restje hoop wilde ontnemen. Verschillende keren leek het gesprek die kant op te gaan en meende ik dat zij deze vraag op de lippen had. Maar zij stelde hem niet, hoewel zij daartoe alle redenen en gelegenheden had. Tenslotte kreeg ik een gevoel wat ik meerdere malen bij dergelijke patiënten gehad heb: een gevoel van een stilzwijgende verstandhouding, een geheim tussen ons beiden, een stille afspraak daarover niet te spreken. Soms, zoals bij haar, was het in een blik, een gebaar, duidelijk dat zij het begreep, soms ook dat de patiënt niet wilde begrijpen, daarover niet wilde denken. Mijn ervaring is dat de vraag: dokter is het kanker, ben ik ongeneeslijk? gesteld wordt door patiënten bij wie we met een gerust hart opgelucht een ontkenkend antwoord kunnen geven en de angst weglachen en dat de patiënten, bij wie we dit niet zouden kunnen doen, deze vraag meestal niet stellen, maar in hun hart bewaren. *april 1958.*

#### LITERATUUR

1. Bax, H. R. (1956) Ned. T. Geneesk., 100, 2601.

## Afspraakspreekuur voor de huisarts

DOOR DR. R. S. TEN CATE, HUISARTS TE WASSENAAR

*Spreekuur van 8-9  
en van 1-2*

Het is slechts zelden, dat wij een dergelijke aankondiging missen op het bord, dat de meeste artsenhuizen als zodanig kenmerkt. Wat dit voor de patiënten betekent, blijkt, wanneer wij de moeite nemen om na te gaan, hoeveel patiënten in dit uur, dat officieel geannonceerd staat, geholpen kunnen worden.

In mijn eigen praktijk<sup>1</sup> bleek, dat gedurende 48 ochtendspreekuren 1342 consulten plaats vonden; hieruit volgt, dat gemiddeld 28 patiënten per spreekuur werden geholpen. Wanneer we aannemen, dat deze 28 patiënten gedurende 60 minuten (de officieel geannonceerde spreekuurtijd) met gelijke tussenpozen aankomen, komt er iedere 128,6 seconde een persoon binnen. Uit voorafgaande onderzoeken bleek tevens, dat de behandeling per persoon 234 seconden (3 minuten en 54 seconden) vergde.

Patiënt no 1 wordt direct geholpen en wacht dus niet.  
Patiënt no 1 is dus na 234 sec. weer vertrokken.  
Patiënt no 2 komt na 128,6 sec.

wacht dus 105,4 sec. en is dus na  
2 x 234 sec. = 468 sec. weer vertrokken.  
Patiënt no 3 komt na  
2 x 128,6 sec. = 257,2 sec.

wacht dus 210,8 sec. d.i. 2 x 105,4 sec.  
enz.

De totale wachttijd laat zich berekenen met de formule voor de som van een rekenkundige reeks:

$$S_n = \frac{1}{2}n(a + 1)$$

$$S_n = \frac{1}{2} \times 27(1 + 27) = 378$$

Totale wachttijd is 378 x 105,4 sec. = 39841,2 sec.

Dit betekent, dat iedere patiënt, zelfs in een naar redelijke eisen ingerichte praktijkruimte met een geroutineerde doktersassistente, gemiddeld 24 minuten in de wachtkamer zit te wachten. Het is voor iedere arts, die zijn gemiddelde behandelingsduur kent en weet, hoeveel patiënten er gemiddeld op zijn spreekuur komen, mogelijk, om met behulp van bovenstaande formule de gemiddelde wachttijd uit te rekenen. Deze wachttijd wordt sterk beïnvloed door de gemiddelde behandelingsduur en deze is weer afhankelijk van een aantal factoren, zoals de aard van de onderzoeker, casu quo de grondigheid van het onderzoek, de al of niet efficiënte inrichting van de praktijkruimten en de aanwezigheid van een praktijkhulp.

Van Deen<sup>2</sup> vindt bijvoorbeeld een behandelingsduur van 5 minuten en 50 seconden per patiënt. Bij een praktijkgrootte van 2080 patiënten betekent dit, wanneer we aannemen, dat het spreekuurbezoek relatief hetzelfde is, een wachttijd van gemiddeld 38 minuten per patiënt. In een normatieve praktijk van 2951 zielen (getal van 1955) zou dit onder gelijksoortige omstandigheden bij een behandelingsduur

van 3 minuten en 54 seconden een wachttijd van  $\pm 32$  minuten betekenen.

Wanneer we aannemen, dat bij iedere huisarts 10.000 consulten per jaar worden afgelegd, dan betekent dit in geheel Nederland  $\pm 36$  miljoen consulten per jaar of  $\pm 18$  miljoen wachturen, waarvan  $\pm 40\%$  d.i.  $\pm 7,2$  miljoen uur door personen, die in het arbeidsproces zijn ingeschakeld. In uurloon van  $f 1,41$  per uur omgerekend (volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek het gemiddelde bruto-uurloon van nijverheidsarbeiders per oktober 1956) zou het wachten bij de huisarts het Nederlandse volk dus per jaar op  $\pm 10$  miljoen gulden komen te staan, nog afgezien van de niet in geldswaarde uit te drukken tijd welke met dit wachten wordt doorgebracht door huisvrouwen en anderen, die niet in bovengenoemde categorie vallen. Bovenstaande resultaten van mijn onderzoek waren voor mij voldoende reden om in mijn eigen praktijk het spreekuur totaal anders te organiseren en wel door een spreekuur volgens afspraak in te voeren. Natuurlijk was de behoefte aan een dergelijk afspraaksysteem reeds eerder bij andere artsen opgekomen. Buma<sup>3</sup> beschreef in 1953 een Engelse huisartsenpraktijk met afspraakspreekuur en naar aanleiding hiervan bleek, dat in Leeuwarden door een aantal huisartsen en ook door collega Klarenbeek te Oosterhout en collega Mac Daniel te IJmuiden afspraakspreekuren werden gehouden, waarbij echter de „vrije” spreekuren niet geheel afgeschaft waren.

Zelf heb ik dit afspraaksysteem sinds 1 juni 1956 consequent doorgevoerd, zowel voor mijn  $\pm 1700$  ziekenfondspatiënten als voor mijn  $\pm 750$  particuliere patiënten en het is de bedoeling om in dit artikel een beschouwing aan dit systeem te wijden. Hierbij komen de volgende punten ter sprake:

1. voorwaarden voor het systeem.
2. wijze van invoering van het systeem.
3. wijze van uitvoering van het systeem.
4. voor- en nadelen voor de patiënt.
5. voor- en nadelen voor de arts.

Een conditio sine qua non voor dit systeem is de aanwezigheid van een doktersassistente. In mijn eigen praktijk kost het maken van afspraken aan de assistente ongeveer 20 minuten per dag. Het lijkt niet verantwoord om een arts zonder assistente, met een praktijk van meer dan 1500 zielen, aan wie juist door de afwezigheid van een assistente de praktijk aanzienlijk meer tijd kost dan aan de collega die wel een dergelijke hulpkracht in dienst heeft, nog eens extra te belasten met deze 20 minuten per dag, vooral ook, omdat dan niet alleen het tijdverlies, maar ook de onrust door de telefonische afspraken een belangrijke handicap zouden vormen. Zou de echtgenote van de arts voldoende tijd hebben om deze afspraken te maken, dan kan men haar natuurlijk op één lijn stellen met een assistente, maar wanneer zij in haar gezin reeds de handen vol heeft, geldt voor haar hetzelfde bezwaar als voor de arts. Deze overwegingen vormen des te meer een argument voor het in dienst nemen van een assistente in

een praktijk van 2000 of meer patiënten. Ook de bevolkingsdichtheid en de aard van de praktijk zullen invloed hebben op de mogelijkheid een afspraakspreekuur in te voeren. In zeer dun bevolkte streken, waar weinig gebruik gemaakt wordt van de telefoon, zal het vaak moeilijk zijn een telefonische of mondelinge afspraak te maken. Toch komt het mij voor, dat juist een telefonische afspraak voor een patiënt, die ver weg woont, de mogelijkheid schept om zoveel tijd voor deze patiënt te reserveren, dat het consult in één zitting afgemaakt kan worden en dat hierdoor voorkomen wordt, dat voor een dergelijke patiënt op een druk spreekuur niet de gewenste tijd uitgetrokken kan worden of dat deze patiënt de lange afstand nog eens moet afleggen. In mijn eigen praktijk maken alle patiënten, die verder dan 4 km van de praktijkruimte afwonen bijna zonder uitzondering een telefonische afspraak. Een enkeling komt zonder voorafgaande afspraak (zie verder).

Het is onmogelijk een dergelijk systeem van de ene dag op de andere in te voeren, omdat men dan overstelpt zou worden met afspraken. Het is immers zo, dat slechts  $\pm 37$  procent van de consulten „eerste” consulten zijn en  $\pm 63$  procent vervolgcconsulten. Wanneer men het plan heeft op een bepaalde datum een afspraakspreekuur te annunceren, kan men het beste reeds twee maanden tevoren beginnen met de afspraken te maken. De ervaring leert immers, dat men in de huisartsenpraktijk slechts zelden afspraken maakt, welke zich over een langere tijd uitstrekken (in mijn praktijk slechts in 2 procent). Op de datum, dat men met het systeem start, heeft men dan dus alleen de eerste consulten te registreren. Zelf heb ik  $\pm 14$  dagen voor ik met het afspraaksysteem begon aan alle 600 families of alleenstaande personen waaruit mijn praktijk bestond, een brief gezonden, welke hieronder is afgedrukt.

Ik heb deze vorm gekozen, omdat ik bij de plaatselijke collegae niet de indruk wilde wekken, dat deze gang van zaken een „reclame” element bevatte. Gaat men met een groep artsen tot een dergelijk systeem over, dan bestaat er niet het minste bezwaar tegen om deze regeling in de pers aan te kondigen, wat eenvoudiger en minder kostbaar is, dan een rondschrijven.

Dat ik op dinsdag- en vrijdagochtend een halfuur „vrij spreekuur” heb laten bestaan, is een concessie geweest aan mijn eigen conservatisme en dat van de patiënten. Het bezoek op deze „vrije spreekuur halfuren” is zo wisselend, dat ik hiervan geen statistisch bewerkbare cijfers kan produceren. Hoewel de meeste patiënten aangeven, dat zij deze spreekuren bezoeken, omdat zij het gemakkelijker vinden dan een afspraak te maken, blijkt het, dat deze patiënten of hun familieleden in een andere periode toch wel een afspraak maken, zodat dit argument niet erg sterk lijkt. Waarschijnlijk is het zo, dat zij op deze dag toch een afspraak hadden willen maken en zich herinnerd hebben, dat er een vrij spreekuur is. Groter is echter het aantal patiënten dat zich dit vrije spreekuur halfuur, dat nu tenslotte

al weer bijna twee jaar geleden geannonceerd is, niet meer herinnert en ook voor deze dagen een afspraak maakt. Ik kan echter met de andere afspraken niet voor kwart voor negen, dus een kwartier na afloop van het vrije spreekuur beginnen, in verband met het uitlopen van dit spreekuur. Aangezien ik in andere bekendmakingen (bord en vermelding in de telefoongids: „Consult uitsluitend volgens afspraak”) niet meer op deze vrije spreekuren gewezen heb, en de assistente geïnstrueerd heb hier met de patiënten ook niet meer over te spreken, zullen deze naar ik hoop langzamerhand in het vergeetboek raken. Ik meen, dat ze niet nodig zijn en zou dan ook iedereen die dit systeem wenst in te voeren willen afraden er mee te beginnen.

De praktische uitvoering van het systeem is als volgt:

De afspraken worden alle gemaakt door mijn assistente, die daarvoor een smal folioboek heeft, waarin voor iedere werkdag behalve donderdag een blad is gereserveerd.

Boven aan de bladzijde staan de dag en de datum, aan de linkerkant staan de tijden. Op de bovenste regel 7.45, daaronder 7.50, enzovoort met telkens 5 minuten verschil tot 9.45 uur. Op de 26e regel wordt dan begonnen met 1.15, 1.20, enz. tot 2.30. Aangezien ieder blad 43 regels heeft blijft er nog ruimte over om desgewenst zowel bij het ochtendspreekuur als bij het middagspreekuur meer afspraken te maken.

Het kernprobleem is, hoeveel tijd men per consult moet uittrekken. Bepaalt men deze tijd te kort, dan ontstaan er toch weer congesties in de wachtkamer, neemt men de tijd te ruim, dan zou men de kans lopen te vaak en te lang op de patiënten te moeten wachten en dit laatste is iets, wat men uit een oogpunt van efficiëntie dient te voorkomen.

Uitgaande van de gevonden behandelingsduur bij Van Deen en bij mijzelf (resp. 5 min. 50 sec. en 3 min. 54 sec.) heb ik de eenheid van behandeling op 5 minuten gesteld, wat voor de indeling van het boek ook het meest praktisch en duidelijk is. Dit houdt niet in, dat het nu noodzakelijk is om iedere patiënt ook een periode van 5 minuten toe te delen. Dit is slechts een behandelingseenheid en men kan voor een patiënt dus een periode uittrekken van 1, 2 of 3 eenheden (5 min., 10 min. of een kwartier) al naar gelang men voor de patiënt nodig denkt te hebben. Ook kan men van patiënten, die bijvoorbeeld voor verbandwisseling komen er twee tegelijk bestellen, omdat deze patiënten aan de arts weinig tijd kosten en verder door de assistente geholpen worden. Wanneer een patiënt eenmaal onder behandeling is, krijgt hij van mij een briefje mee, waarop ik de datum schrijf, waarop ik patiënt terug wil zien. Dit is immers iets, wat de arts zelf moet vaststellen. Met dit briefje loopt de patiënt bij het verlaten van de praktijk langs de assistente, die in overleg met de patiënt in het afsprakenboek en op het briefje de tijd invult, welke de patiënt het beste schikt, waarbij natuurlijk rekening gehouden wordt met een continue opvulling van het spreekuur. Daar-

toe begint de assistente voor het ochtendspreekuur om 8.30 uur de eerste afspraak te noteren en voor het middagspreekuur om 1.30 uur. Van deze tijden af wordt naar twee kanten de bladzijde opgevuld, met dien verstande, dat de eerste afspraken niet voor 7.45 en 1.15 gemaakt worden. Aan deze begintijden wordt strikt de hand gehouden, het einde van het spreekuur is echter geheel afhankelijk van het aantal afspraken.

Wanneer ik een consult van 2 of 3 x 5 minuten (of eventueel langer) wens af te spreken, dan plaats ik een (2) of (3) in de linker benedenhoek van het briefje. De patiënt weet niet wat dit betekent, maar de assistente weet, dat zij 2 of 3 tijdseenheden voor deze patiënt moet reserveren.

Uit bovenstaande moge blijken, dat het noteren van de afspraken voor een vervolgconsult, dat is in  $\pm$  63 procent van de gevallen, geen moeilijkheden met zich meebrengt, behalve voor het werk van de assistente. Deze moet namelijk telkens haar andere werk even onderbreken om de afspraak te maken. Dit nadeel wordt in enkele Angelsaksische groepspraktijken ondervangen door een „receptionist”, die voor alle leden van de groep de afspraken maakt.

Voor de patiënten, die telefoon hebben, biedt ook het maken van een afspraak voor een eerste consult geen moeilijkheden. In mijn eigen praktijk staat op 342 van de 740 gezinsenveloppen, dat is in 46 procent een telefoonnummer. Dit is natuurlijk sterk afhankelijk van de bevolkingssamenstelling van de streek waarin men praktiseert. Men kan dus stellen, dat in x procent van 37 procent, dat is in mijn praktijk in 20 procent van het totale aantal consulten, het afspreken met meer of minder moeilijkheden gepaard gaat. Een gedeelte van deze afspraken wordt toch telefonisch gemaakt, doordat men bij een telefoon in de buurt opbelt en slechts plm. 5 procent van het totaal aantal afspraken blijkt mondeling gemaakt te worden. Dit gebeurt dan meestal door een kind, dat met een briefje van de moeder bij de assistente komt en dan van haar een briefje mee krijgt, waarop de tijd vermeld staat, of doordat de betrokkene of een huisgenoot bij het boodschappen doen even naar de praktijk komt om af te spreken. Dit is mogelijk, omdat de assistente behoudens een middagpauze de gehele dag in de praktijk aanwezig is. Aanvankelijk had ik mij van deze categorie afspraken nog al wat moeilijkheden voorgesteld, maar in de praktijk blijkt dit zeer mee te vallen. Bij navraag blijkt men dit zelden als een bezwaar te voelen. Een kleine moeilijkheid zijn de afspraken, die de arts maakt bij de patiënten thuis (bijvoorbeeld voor een laatste consult op spreekuur na een aantal huisbezoeken), waarbij hij geen overzicht heeft over de reeds geboekte afspraken. Voor dat doel heb ik een periode van 2 x 5 minuten 's ochtends (om 9.10 en 9.15) en van 2 x 5 minuten 's middags (om 2.00 en 2.05) gereserveerd voor mij zelf. Op deze tijd maakt de assistente dus geen afspraken, zodat dubbele boekingen voorkomen worden. Wanneer de patiënt telefoon heeft, laat ik deze echter meestal zelf een afspraak maken.

Over het algemeen was de reactie van de patiënten op deze voor hen volkomen nieuwe gang van zaken zeer gunstig. Ongeveer vier patiënten deelden mij na de invoering mede, dat zij hierin een ongemotiveerde dwang zagen en zich deswege tot een andere huisarts zouden wenden. Geen van deze vier patiënten heeft het echter zover laten komen en of dit voor anderen reden is geweest een andere huisarts te nemen is mij niet bekend; ik heb het echter niet gemerkt. Een groot aantal patiënten gaf blijk van instemming en waardeerde het, dat men minder lang behoefde te wachten. Eén angst bleek echter algemeen te bestaan; wat gebeurt er, wanneer er plotseling nood is en men acuut het spreekuur wenst te bezoeken?

Hierover kan het volgende gezegd worden. In de eerste plaats komt deze „plotselinge nood” niet zo erg vaak voor en zal voornamelijk betrekking hebben op ongevallen. Even goed als men een ongevals-patiënt tijdens een vrij spreekuur voor zijn beurt zal laten gaan, wanneer de aard van het ongeval dit vereist, zo zal men op dezelfde wijze handelen wanneer iets dergelijks zich voordoet tijdens een afspraakspreekuur. Het gevolg is, dat alle patiënten 5 of 10 minuten langer moeten wachten, maar dit zal zeker bij dit systeem, waar de wachttijd toch al tot een minimum beperkt is, geen gewicht in de schaal leggen. Anders is het, wanneer een patiënt zonder afspraak op het spreekuur verschijnt, of omdat hij- of zijzelf de klachten zo spoedeisend vond, dat een afspraak van te voren niet mogelijk was, of „omdat men het maar eens wil proberen”. (Ik krijg de indruk, dat dit de laatste tijd meer voorkomt dan een jaar geleden.) De assistente geeft de patiënt dan de keus tussen twee mogelijkheden, namelijk een afspraak te maken, eventueel voor hetzelfde spreekuur, maar dan meestal aan het eind, zodat de patiënt intussen iets anders kan gaan doen, of te wachten tot er misschien een speling komt tussen twee patiënten met het risico, dat men tot het einde van het spreekuur moet wachten. Meestal kiest de patiënt dit laatste en vaak is het dan wel mogelijk om dit consult tussen te lassen. Blijkt het echter, dat een uitgebreid onderzoek vereist wordt, wat de volgende patiënten, die wel afgesproken hebben langer zou doen wachten dan redelijk is, dan maak ik een afspraak voor een tweede consult. Dit werkt sterk preventief. Het is uit psychologisch oogpunt interessant, dat het vaak dezelfde patiënten zijn, die zonder afspraak op het spreekuur verschijnen.

Dezelfde brief, die ik bij het invoeren van dit systeem aan de patiënten zond, werd door mij ook aan de Commissie van Toezicht inzake het Ziekenfondswezen gezonden met het verzoek mij mede te delen of deze commissie met dit systeem akkoord kon gaan. In eerste instantie werd mij medegedeeld, dat hiertegen geen bezwaar was, mits ik de patiënten dagelijks gelegenheid gaf mij te consulteren, een eis welke in het desbetreffende contract tussen de artsen en de ziekenfondsen vermeld staat. De laatste tijd is dit echter weer een punt van discussie in de Commissie van Toezicht geworden, omdat

## Afspraak spreekuur

### De brief aan de patient

L.S.,

Reeds geruime tijd heb ik mij afgevraagd, of het mogelijk zou zijn de lange wachttijden op de spreekuren te vermindere-

In mijn proefschrift kwam ik tot de conclusie, dat in Nederland minstens 7,2 miljoen arbeidsuren per jaar verloren gaan door het wachten op de spreekuren bij de huisartsen.

Dit betreft uitsluitend personen, ingeschakeld in het arbeidsproces, terwijl hierbij de huisvrouwen en anderen, voor wie het wachten evenzeer onaangenaam is, nog niet zijn me- degerekend.

Naar mijn mening moet het mogelijk zijn het wachten tot het uiterste te beperken, door het invoeren van spreekuren „volgens afspraak”, zoals bij de tandartsen reeds algemeen het geval is.

Ik heb mij dan ook voorgenomen hiermee op 1 juni a.s. te beginnen.

Voor een bezoek op mijn spreekuur dient u zich dus met ingang van deze datum telefonisch (telefoonnummer 2727) of persoonlijk tot mijn assistente te wenden. Wanneer het u onmogelijk is om op te bellen of persoonlijk even aan te komen voor een afspraak, kunt u natuurlijk ook een van uw kinderen sturen met een briefje. Zij krijgen dan een briefje mee terug, waar de afgesproken tijd op vermeld staat.

U wordt wel verzocht u aan de afgesproken tijd te houden en bij eventuele verhindering de afspraak af te zeggen.

Natuurlijk kan het voorkomen, dat het bij spoedgevallen onmogelijk is een afspraak te maken. In deze gevallen, welke echter tot de uitzonderingen zullen behoren, kunt u zich direct bij de assistente melden.

Na het eerste bezoek ontvangt u een briefje, waarop de datum en uur van het eventuele volgende bezoek vermeld staan.

Op deze wijze hoop ik, dat het lange wachten tot het verleden zal gaan behoren en ik stel mij voor, om de resultaten van deze proefneming t.z.t. in de medische pers te publiceren.

Geheel te voorkomen is het wachten natuurlijk niet, omdat de duur van de bezoeken nooit precies van te voren valt te berekenen. Ik hoop, dat u hiermede, vooral in het begin, wel rekening zult willen houden.

Voor nieuwe patiënten, die met deze gang van zaken nog niet bekend zijn en voor hen, die niet in de gelegenheid zijn om een afspraak te maken blijft op dinsdags en vrijdags van 8 uur tot half negen een „vrij” spreekuur bestaan.

---

men bevreesd is, door achter mijn naam in de nieuwe lijst van ziekenfondsartsen te vermelden: „uitsluitend volgens afspraak”, een precedent te scheppen. Men vreest, dat een aantal andere artsen hetzelfde zouden willen vermelden en hiervan dan misbruik zouden maken door nooit voor hun patiënten bereikbaar te zijn. De Commissie verzocht mij dus toch dagelijks een spreekuur te annunceren, al was het slechts gedurende 10 minuten. De lezer van voorgaande beschouwing zal zich kunnen indenken, dat hierdoor het gehele effect van dit systeem te niet zou worden gedaan en ik koester dan ook de hoop, dat binnenkort een aanvaardbare oplossing gevonden zal worden.

Tenslotte nog iets over de voor- en nadelen van dit systeem voor de arts zelf. In de eerste plaats dwingt het mij om stipt op tijd het spreekuur te beginnen. Te veel nog komt het voor, dat een arts een half uur of langer te laat met zijn spreekuur begint en ik heb mij zelf ook wel eens aan dit euvel schuldig gemaakt. Voor dat ene half uur, dat men echter zelf te laat begint dienen 20 of 30 patiënten een half uur langer te wachten, dat is per spreekuur 10 of 15 uur. Wanneer men weet, dat om kwart voor acht een patiënt zit te wachten, waarmee men zelf deze tijd heeft afgesproken, dan zal dit des te meer een stimulans zijn, om op tijd aanwezig te zijn. Hier staat tegenover, dat men vaak wat later op het spreekuur kan komen, wanneer de eerste afspraken pas om kwart over acht of om half twee gemaakt zijn. Men verdoet dan geen tijd door op de eerste patiënt te zitten wachten.

Natuurlijk is het mogelijk, dat men wel op een patiënt moet wachten wanneer een afspraak op het laatste moment vervalt of wanneer men de toegewezen tijd van de vorige patiënten te ruim heeft genomen.

Het telefonisch annuleren van een afspraak of het niet verschijnen zonder bericht geschiedt in een aantal gevallen, dat kleiner is dan 1 procent van alle afspraken. Waar men meestal na het spreekuur nog een hoeveelheid administratie te verwerken heeft, kan dit zonder bezwaar gebeuren in de tijd, dat men eens op een patiënt moet wachten. Wanneer dit niet meer is dan 5 of 10 minuten per spreekuur, mag dit niet als een nadeel tegen het systeem gelden.

De twee belangrijkste voordelen voor de arts zijn, dat men het spreekuurbezoek volkomen in de hand heeft en dat men rustiger werkt. Wil men een cursus, een operatie of n'importe welke bijeenkomst bijwonen, dan kan men een bepaalde ochtend of middag vrijhouden, door geen afspraken te maken. Zo heb ik in het afgelopen jaar in mijn eigen praktijk het spreekuur op dinsdagmiddag laten uitvallen door hierop geen afspraken te maken. Het bleek mij, dat ik kon volstaan met een spreekuur op maandag-, woensdag- en vrijdagmiddag, doordat een vrij groot aantal patiënten dat geen lid was van een ziekenfonds toch het ochtendspreekuur, dat oorspronkelijk als ziekenfondsspreekuur was opgezet, prefereerde boven het middagspreekuur. Wat de wachttijd betreft maakt het immers voor de patiënt niets meer uit of deze op het middagspreekuur of op het ochtendspreekuur komt. Men kan met dit systeem ook de duur van een bepaald spreekuur beperken, bijvoorbeeld tot 9 uur, als men om kwart voor tien een operatie wil bijwonen. Bij een vrij spreekuur moet men in een dergelijk geval afwachten hoelang het spreekuur duurt en eventueel de patiënten weer weg laten zenden. Doet er zich plotseling iets voor, wat de arts belet om spreekuur te houden, bijvoorbeeld een bevalling, dan is het voor de assistente die immers weet, wie er zullen komen, vaak mogelijk om een aantal patiënten telefonisch te waarschuwen, zodat niet iedereen voor

## Nieuwe Leden N.H.G.

### AANVULLENDE LIJST NR. 13

W. J. M. Becking, Isaac Evertslaan 15 IV, Arnhem	nr 858
G. F. Elzenga, Van Hardenbroeklaan 47, Delft	nr 859
J. Koopman, Catharinastraat 4, Eindhoven	nr 860
H. A. Swemle, Berg en Dalseweg 170, Nijmegen	nr 861
J. D. van Wingerden, Boshuizerkade 28, Leiden	nr 862

#### Mutaties:

H. M. van Beest, Creil, verhuisd naar: Galamalaan 33, Creil	nr 141
J. L. Bots, Berkel, verhuisd naar: Coornwinderlaan 22, Berkel	nr 754
G. W. Kloosterboer, Amsterdam, adres luidt: Stadionweg 35, Amsterdam	nr 764
I. Ph. L. Koperberg, Amsterdam, verhuisd naar: Nolenstraat 126, Amsterdam	nr 138
J. J. M. Michielsen, Geleen, verhuisd naar: Mauritslaan 83, Geleen	nr 264
N. U. Oudejans, Vught, verhuisd naar: Moleneindplein 7, Vught	nr 328
G. L. van Raay, Sassenheim, verhuisd naar: Willem Warnaarlaan 28, Sassenheim	nr 750
M. Scheeren, Nijmegen, verhuisd naar: Gouden Torrenstraat 6, Nijmegen	nr 446
F. C. Schiereck, Rotterdam, verhuisd naar: Sexbierum (Fr.)	nr 336

niets komt. Kom ik op mijn spreekuur, dan liggen de kaarten van diegenen, die afgesproken hebben reeds op mijn bureau. Ik heb dan de gelegenheid mij van te voren op de mij reeds bekende gevallen in te stellen, wat zowel voor de arts als de patiënt een groot voordeel is. Maar desgewenst kan ik ook de avond te voren mij reeds instellen op de gevallen, die ik de volgende dag te behandelen krijg. In de wachtkamer heerst met dit systeem steeds een rustige sfeer. Waar vroeger regelmatig 12 of 15 patiënten mijn wachtkamer bevolkten zijn er nu hoogstens drie of vier, waaronder dan vaak nog enkelen, die uitsluitend bij de assistente komen voor een briefje, een injectie of een verbandwisseling. Deze rust komt de gehele praktijk ten goede en zeker niet in de laatste plaats het werken van de arts. De laatste tijd constateer ik echter, dat mijn assistente, wellicht onder invloed van de resultaten, welke wij het laatste jaar bereikt hebben, streeft naar een toestand, welke misschien ideaal mag schijnen, maar echter niet te verwezenlijken is, namelijk een volkomen leegte in de wachtkamer; zij vindt het onprettig, wanneer een aantal patiënten toch enige tijd moet wachten. Te streven naar een dergelijke toestand is een utopie, maar het mag tot voldoening stemmen, wanneer men ziet, dat zonder al te veel nadelen en met de winst van een aantal nevenvoordelen, de wachttijd van de patiënten van een half uur per persoon tot  $\pm 5$  minuten is teruggebracht.

#### LITERATUUR

1. Cate, Dr R. S. ten. De praktijkhulp van de huisarts, (H. E. Stenfert Kroese N.V., Leiden 1956).
2. Deen, Dr K. J. van. Arbeidsanalyse in een plattelandspraktijk, (Verenigde Drukkerijen Hoitsema N.V., Groningen, 1952).
3. Buma, Dr J. T. Een huisartsenpraktijk volgens afspraak-systeem (1953) Medisch Contact, 8, 161.