

# Het telefonisch spreekuur van de huisarts

J. G. STARREVELD\*

In de loop der jaren is de auteur van deze bijdrage het dagelijkse telefonisch spreekuur gaan ervaren als een steeds zwaarder wordende belasting, zodat de vraag gerechtvaardigd leek, hoe zinvol zo'n spreekuur nu eigenlijk is. Zijn onvrede was aanleiding tot een literatuurstudie, waarvan in deze bladzijden verslag wordt uitgebracht. Aan de orde komen de verschuiving van de verantwoordelijkheid in de richting van de arts, de voor- en nadelen van het telefonisch consult, de vereiste vaardigheden en – last but not least – de zakelijke aspecten.

## Inleiding

De telefoon heeft zich ontwikkeld tot een vertrouwd communicatiemiddel in de arts-patiënt relatie. Als consequentie daarvan ziet de huisarts zich veelal genoopt het binnenkomen van telefonische gesprekken tot op zekere hoogte te sturen, bijvoorbeeld door het instellen van een telefonisch spreekuur.

Zo'n spreekuur maakt het mogelijk de arts rechtstreeks (zo mogelijk zonder tussenkomst van de assistente) vragen te stellen en advies in te winnen over (eigen) klachten en problemen. Daarnaast kan de patiënt informeren naar de uitslag van gedaan onderzoek of contact houden over het gevoerde en eventueel bij te sturen beleid. Hij moet echter weten dat zo'n spreekuur (alleen) bestemd is voor problemen die slechts een beperkte telefoontijd vragen. Hoewel de patiënt in eerste instantie zelf aangeeft wat hij graag zou willen bespreken, zal de arts moeten beslissen wat hij wel en niet telefonisch kan en wil behandelen.

In de tien jaar dat ik nu gevestigd ben, is het telefonisch spreekuur mij steeds zwaarder gaan belasten, zodat de vraag gerechtvaardigd was, of zo'n spreekuur werkelijk zinvol is. Deze onvrede was aanleiding tot een literatuurstudie waarvan in dit artikel verslag wordt uitgebracht.

## Verantwoordelijkheid

Een telefonisch spreekuur heeft een aantal voor- en nadelen (*figuur 1*) en heeft tevens consequenties voor de praktijkorganisatie (*figuur 2*). Een ander belangrijk aspect van het inschakelen van de telefoon bij de praktijkvoering is de verschuiving van de verantwoordelijkheid in de richting van de arts.

Dat blijkt al bij de invoering van het afspraaksprekkuur. Bij een vrij spreekuur bepaalt de patiënt zelf of hij al dan niet blijft wachten als er een volle wachtkamer is, of als het programma van de dokter uitloopt. Zijn beslissing zal onder meer afhankelijk zijn van de ernst van de klacht en van zijn beschikbare tijd. Bij het afspraaksprekkuur beslissen de assistente en de arts veelal mede of de patiënt nog dezelfde dag kan of moet komen.

In de praktijk leidde dit selectieproces er toe dat in voorkomende gevallen reeds een telefonisch advies werd gegeven. Bij de invoering van het telefonisch spreekuur ontplooidde deze vorm van advies geven zich verder.

De verantwoordelijkheid bij een telefonisch advies is niet anders dan bij het overige handelen van de huisarts; hij aanvaardt medeverantwoordelijkheid voor de continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van zijn patiënten.<sup>2</sup> Het is een medeverantwoordelijkheid, omdat de mensen zelf primair verantwoordelijk zijn voor de eigen gezondheid en genezingsproces-

sen.<sup>3</sup> Welk aandeel beiden daarin hebben, moet in de contacten worden afgebakend.<sup>4</sup>

Indien de arts telefonisch advies gevraagd wordt en als de medische consequenties daarvan hem te onduidelijk zijn, kan hij in Nederland de patiënt altijd adviseren op het spreekuur te komen of een visite aanbieden. In landen met grotere geografische afstanden tussen patiënt en arts zal de verantwoordelijkheid bij een telefonisch advies anders liggen, aangezien de consequenties van een consult of visite veel ingrijpender kunnen zijn. De verantwoordelijkheid die de arts op zich neemt door de telefoon als medisch instrument (gelijk zijn stethoscoop) in zijn praktijkvoering op te nemen, vraagt om het aanleren van allerlei vaardigheden, niet alleen door de arts zelf maar ook in enige mate door zijn assistente. Deze vaardigheden liggen op het gebied van diagnostiek, therapie en communicatie.<sup>5</sup> Op al deze aspecten zal nader worden ingegaan.

## Telefonische diagnostiek

Hoewel driekwart van alle diagnoses in de huisartspraktijk wordt gesteld op basis van een goede anamnese, blijkt het stellen van een diagnose op basis van telefonische mededelingen duidelijk anders dan wanneer de arts de patiënt in levende lijve voor zich ziet. Kennelijk is de anamnese meer dan een kwestie van vraag en antwoord. Ook andere elementen als reuk, zicht, tast en klank spelen een rol die bij een telefonisch consult verloren gaat.<sup>6</sup> Door deze beperking van de telefoon worden grenzen gesteld aan de diagnostiek.

Illustratief is het onderzoek waarbij werd nagegaan hoe betrouwbaar de diagnose en behandeling van oorpijn per telefoon was. Hieruit bleek de hoge score van 20 procent foute diagnoses en de slecht geregelde (na)controle bij telefonische behandeling.<sup>7</sup> De kwaliteit van de diagnostiek wordt volgens Van Es onder meer bepaald door de volgende elementen:

- de bekendheid van de huisarts met de frequentie, ernst en behandelbaarheid van de aandoening;
- de kennis van en ervaring met mogelijke ziekten;
- de communicatieve vaardigheden van arts en patiënt.<sup>8</sup>

De werkhypothese (waarschijnlijkheidsdiagnose) die de arts op grond hiervan stelt, zal in de loop van de tijd moeten kunnen worden bijgesteld. Bij een gefaseerde diagnostiek wordt de keuze van afwachten en/of verder gaan

\* Huisarts te Haren (Gr.)

onder meer bepaald door de betekenis van een klacht of symptoom, de ernst waarmee de klacht zich voordoet, de betekenis die een symptoom bij en voor een bepaalde patiënt heeft, het beloop van de klacht of symptoom, en risico, ongemak, tijd en kosten van verder onderzoek.

Bij de telefonische diagnostiek en de daaruit voortvloeiende adviezen zal de huisarts heel nadrukkelijk een follow-up moeten inbouwen, waardoor hij op de hoogte blijft van het verloop. In een advies moeten voldoende veiligheidsmarges ingebouwd zijn om het tijdig te kunnen aanvullen of herzien. Zo moet de patiënt goed geïnstrueerd worden dat hij tijdig opnieuw contact moet opnemen, zodra bijvoorbeeld de aangegeven tijdslimiet wordt overschreden waarbinnen genezing had moeten plaatsvinden, of als er een symptoomverandering plaatsvindt die de arts niet genoemd heeft. De arts kan dan opnieuw beslissen of hij een aanvullend telefonisch advies noodzakelijk acht, of dat er een

spreekuurconsult, visite, of aanvullend laboratoriumonderzoek moet plaatsvinden.

### Therapie

Telefonische therapeutische adviezen zijn in de regel verdedigbaar bij milde „self-limiting diseases” en bij beelden waarbij het advies „wait and see” zou zijn; het medicijn „aanhoren en geruststellen” kan men dan ook prima per telefoon toedienen.<sup>9 10</sup> Ook het geneesmiddelrecept, veelal als verlichting bedoeld (bijvoorbeeld een hoestdrank bij een viraal luchtweginfectie), kan in een aantal gevallen heel goed op grond van telefonische informatie worden verstrekt. Een verantwoord telefonisch advies kan verder worden gegeven, wanneer reeds een therapie is ingesteld, terwijl uit een follow-up contact blijkt dat de therapie nog eens bevestigd moet worden.

Een onvoldoende effectieve communicatie tussen arts en patiënt leidt er vaak

toe dat de patiënt het advies van de dokter over de medicatie niet opvolgt.<sup>11</sup> Het heeft dan zin het gegeven advies nog eens te onderstrepen. Een advies kan ook heel goed worden gegeven in een bekende situatie waarin de symptomen zodanig veranderen dat de medicatie gestopt kan of moet worden (bijvoorbeeld bij een medicijn-allergie). Hetzelfde geldt voor situaties waarin direct een eerste-hulp advies nodig is; hierbij kunnen mogelijke foute paniekhandelingen worden voorkomen en kan voor eventuele verdere klinische hulp snel en rechtstreeks worden bemiddeld. Zo is denkbaar dat bij een intoxicatie van een kind met terpentijn de paniekhandeling van melk laten drinken kan worden voorkomen, terwijl telefonische bemiddeling kan plaatsvinden voor snelle rechtstreekse klinische hulp.

Medicamenten die men (liever) niet telefonisch dient voor te schrijven, zijn antibiotica en andere medicijnen die een sterk ziekte-veranderende invloed

Figuur 1. De voor- en nadelen van het telefonisch spreekuur.

#### Voordelen

De patiënt heeft een duidelijke richtlijn op welke tijd hij de dokter telefonisch kan bereiken, zonder dat hij deze in zijn werkzaamheden stoort.

Voor de patiënt ontstaat een lage drempel voor het stellen van vragen, doordat hij de dokter, zonder tussenkomst van de assistente, rechtstreeks kan spreken. Hij krijgt de gelegenheid de dokter problemen voor te leggen die te gering van aard zijn om er voor op het spreekuur te komen, maar waarover hij toch graag een advies wil hebben. Bovendien kan een telefonisch gestelde vraag een minder officieel en minder etiketterend karakter hebben.

Voor de assistente wordt het gemakkelijker te bepalen wie wel en wie niet doorverbonden kan worden buiten de telefonische „spreekuur”-tijd.

De arts kan rustiger het normale spreekuur houden, zonder door de telefoon gestoord te worden, bijvoorbeeld door mensen die via de telefoon trachten „voor te dringen”.<sup>1</sup>

De arts kan de patiënt verzoeken hem via de telefoon te informeren (follow-up) over het beloop van iets, zonder daar een consult of visite aan te besteden, hetgeen tijdsbesparend werkt.

#### Nadelen

De bereikbaarheid van de arts wordt tijdens dit spreekuur minder, door dat het praktijknummer lange tijd achtereen bezet is. Nevenverschijnselen hierbij zijn irritatie bij de patiënten door de voortdurende in-

gesprektoon. Daarnaast zullen sommige mensen bang zijn dat zij de dokter in noodgevallen niet kunnen bereiken. In mijn praktijk bleken er patiënten te zijn die dagen achtereen bellen in de hoop de dokter tijdens zijn telefonisch spreekuur aan de lijn te krijgen. Het langdurig draaien van het praktijknummer blijkt voorts bezwaarlijk voor bejaarden te zijn, zeker indien er nog een netnummer bijkomt.

Patiënten pogen soms door de ingesprektoon heen te dringen door snel en vaak achter elkaar het praktijknummer te draaien. Hierbij kan gauw een verkeerd nummer gedraaid worden. Dit is in het bijzonder vervelend als het vaak hetzelfde foutieve nummer is. De betrokken abonnee wordt dan boos, zowel op de degene die verkeerd gedraaid heeft, als op de dokter. Ook zijn er patiënten die beweren dat de dokter niet op de aangegeven tijd te bereiken was en die gaan bellen op een andere tijd, ook al was er die dag een heel rustig telefonisch spreekuur. Indien de assistente dan op grond van de ontvangen instructies niet meteen wil doorverbinden, kan boosheid bij de patiënt ontstaan.

Het dagelijks terugkeren van het telefonisch spreekuur blijkt dikwijls een zware belasting voor de arts te zijn, vooral door de vele snel wisselende problemen van patiënten die in korte tijd verwerkt moeten worden. Daarbij speelt ook het streven het telefoongesprek kort te houden in verband met mogelijke andere aanvragers. Ondanks dit streven is er vaak meer tijd nodig dan het geplande halve uur. Dit is zeker het

geval indien er meer dan vijftien gesprekken zijn, hetgeen niet abnormaal is bij een normatieve praktijk. Bij de snelle opeenvolging van gesprekken raakt de arts bovendien vaak bedolven onder de vele uitslagenbriefjes, recepten, etcetera.

Organisatorisch is het probleem groter dan het zich in eerste instantie laat aanzien: wat te doen met spoedgevallen tijdens het telefonische spreekuur, of andersom: hoe te handelen met betrekking tot het spreekuur bij afwezigheid van de arts door een spoedgeval. Verder kan in dit verband worden genoemd:

- het opvangen van het grote aanbod van vragen vlak voor of na afwezigheid van de arts;
- het treffen van regelingen om te voorkomen dat alle telefonische gesprekken van de collega's op hetzelfde tijdstip worden gehouden;
- het instrueren van de doktersassistente aangaande de wijze waarop telefonische vragen het beste zijn op te vangen om te voorkomen dat zij te veel naar dit (spreek)uur moet verwijzen, wanneer zij geen antwoord op vragen weet.

Voorts dient er voor te worden gezorgd dat de uitslagen van onderzoek of gegevens waarover gebeld kan worden, direct beschikbaar zijn, opdat er niet te veel tijd verloren gaat met het opzoeken en nakijken hiervan.

Dit alles kan extra investeringen vragen in tijd, administratie en eventuele technische middelen (bandrecorder, bandjes, luidspreekende telefoon, extra telefoonlijn).

hebben. Hierbij is gedetailleerde informatie omtrent de feitelijke ziekte-toestand van de patiënt vereist. Deze informatie kan onvoldoende alleen per telefoon worden verkregen. Om het uiteindelijke resultaat te kunnen controleren, is het belangrijk dat men ook de uitgangspositie goed kent.

Een hoofdstuk apart vormt het telefonisch voorschrijven van psychofarmaca. Of dergelijke adviezen telefonisch gegeven kunnen worden, is een strikt persoonlijke beslissing van de behandelende arts. Wel zou ik daarbij enkele kanttekeningen willen maken:

Freeman onderscheidt bij zijn onderzoek over telefonisch gegeven (herhalings)recepten drie groepen patiënten:

- patiënten die op grote afstand wonen;
- patiënten met chronische somatische problemen;
- patiënten die we „probleempatiënten” kunnen noemen.<sup>12</sup>

De eerste twee groepen spreken voor zichzelf. De laatste groep kenmerkt zich vooral door veel diagnostische etiketten met name op psychisch gebied. Het is een groep patiënten die vaak alleen nog maar via de telefoon contact onderhoudt met de arts. Het telefonisch bestelde recept functioneert hier als een soort compromis of wapenstilstand in een gespannen en geforceerde relatie. De patiënt die, ondanks het vastlopen van de hulpverlening, de arts met zijn probleem blijft confronteren en oplossingen (onbewust) tegenwerkt, krijgt via een telefonisch gegeven recept wel erkenning maar geen oplossing voor zijn probleem. Hiermee handhaaft de patiënt zijn toestand en blokkeert hij echte hulpverlening.

Dikwijls zal de neiging bestaan steeds grotere hoeveelheden medicijnen voor te schrijven om een langere tijd te overbruggen. Het is van belang deze patiënten te herkennen en te proberen een ontmoeting te arrangeren ten einde de medicatie en de patiënt-arts relatie te herzien.

### Communicatievaardigheden

Onder communicatie verstaan we het overdragen van gevoelens, inzichten en kennis tussen mensen, met het doel deze gevoelens gemeenschappelijk te maken en onderling begrip te creëren. Het is een proces van wederkerigheid en geen eenrichtingsverkeer.<sup>13</sup>

In het communicatieproces kunnen we vijf elementen onderscheiden:

- de initiatiefnemer (A = degene die spreekt);
- de berichten (het verslag van de

ziekte/zieke of de uitslagen van het onderzoek);

- het overbrengen van het bericht bijvoorbeeld via de telefoon);

- de ontvanger (B = degene die luistert);

- de respons van de ontvanger (het weerwoord, de reactie).

Wil de communicatie per telefoon in de huisartspraktijk goed werken, dan is het belangrijk dat A en B iets van elkaar weten. Van belang is dat men een indruk heeft van elkaars verstandelijke en verbale mogelijkheden en van elkaars identiteit.

Welke eisen men daaraan stelt, hangt af van het advies dat gevraagd wordt, en de consequenties die dat kan hebben. Maakt het verschil of de patiënt zelf belt, of een ouder, familielid of huisgeenoot? Richtlijnen zijn daarom nog niet te geven net zo min als een totaalbeeld van het soort telefonische vragen.

Francis et al. zagen de interactie tussen patiënt en arts onder meer bepaald door de ernst van, het inzicht in en de ervaringen met de (veronderstelde) ziekte.<sup>14</sup> Van belang zijn verder de verwachtingen omtrent het advies en de tevredenheid hierover. Bovendien speelt de patiënt-arts relatie een rol, zowel in de opvattingen van de patiënt als in die van de arts.

Voor de kwaliteit van telefonische communicatie zijn verbale vaardigheid en

de gevolgde procedure(s) belangrijk.<sup>15</sup>

Deze elementen kunnen mijns inziens met behulp van protocollen goed geïmplementeerd worden. In de Verenigde Staten hebben vooral kinderartsen zich bezig gehouden met telefonische medische adviezen. Zij hebben protocollen ontwikkeld voor ziektebeelden als diarree, koorts, braken, exantheem, bijwerkingen van voorgeschreven medicijnen en intoxicaties.<sup>16-18</sup> In Zweden houden districtsartsen zich bezig met het ontwikkelen van protocollen, teneinde de praktijkassistenten goede richtlijnen te kunnen geven voor het sturen van de afspraken en het omgaan met medische vragen. Deze protocollen kunnen voor zowel arts als assistente een zinvol hulpmiddel zijn, gegeven het feit dat sommige essentiële vragen bij een telefonisch consult nogal eens vergeten worden.<sup>19-21</sup>

Een protocol is naar mijn mening echter vooral een bruikbaar oefenmiddel en niet een echt hulpmiddel in de praktijk. De moeilijkheid in de praktijk is dat de patiënt zijn probleem vaak niet duidelijk kan beschrijven. De patiënt heeft het bijvoorbeeld over „zich niet lekker voelen”, terwijl hij koorts en hoofdpijn heeft. Het is dan onduidelijk welk protocol gebruikt moet worden. Ook de vraag achter de vraag valt met behulp van een protocol moeilijk of niet te herkennen.

Figuur 2. Consequenties voor de praktijkorganisatie.

Wil een telefonische vraag de arts goed en vlot bereiken, dan moet de praktijkorganisatie zo zijn dat de nadelen van het telefonisch spreekuur zoveel mogelijk ondervangen worden. Dit zou als volgt kunnen:

- Sturen- en verminderen van telefonische vragen, door:

- de patiënten in te lichten door middel van een folder, waarin duidelijk staat waarvoor het telefonisch spreekuur bedoeld is en waarvoor niet, en hoe tijdens dit halfuur te handelen in noodsituaties;

- de assistente de vragen en problemen te laten registreren die buiten dit halfuur gesteld zijn; zij kan dan na overleg met de arts alvast sommige van deze vragen beantwoorden en eventueel kan de arts zelf terugbellen; probleem hierbij is dat de arts de verantwoordelijkheid op zich neemt om de patiënt te bereiken.

- Afspraken met de collega's over verschillende tijden voor het telefonisch spreekuur en regeling van de bereikbaarheid voor spoedgevallen.

- Vooraf selecteren van uitslagen van specialisten en laboratoria waarover opgebeld kan worden. De uitslagen tijdig bestuderen, de consequenties van die uitslagen

vaststellen en deze meteen op het uitslagformulier noteren. De uitslagen moeten daarna alfabetisch gerangschikt klaar staan in een bakje naast de telefoon.

- De belangrijkste punten die bij de gesprekken naar voren zijn gekomen, schriftelijk vastleggen op speciale lijsten, waarop wordt genoteerd met wie gesproken is en wat afgesproken is. Het bijhouden van een dergelijke lijst heeft de volgende voordelen: men kan nagaan of de afspraken zijn nagekomen, zich verantwoorden bij problemen, en nagaan wat gedeclareerd moet of kan worden. Bovendien ontstaat een mogelijkheid tot onderzoek op het terrein van medisch advisering per telefoon.

- Goede instructie en afspraken met de assistente.

Meer tijd of meer telefoonlijnen beschikbaar stellen, is duur en niet werkelijk probleem-oplossend. Het zijn oplossingen van het type „meer van hetzelfde”, terwijl juist gezocht moet worden naar inperking. Een extra telefoonlijn lijkt wel zinvol, als het tweede „geheime” of privé-nummer niet als uitgaande lijn voor de praktijk gebruikt kan worden, of als binnenkomende lijn voor een collega.

De typische kenmerken van het communicatiemiddel zelf, de telefoon, moet men zich dan ook goed realiseren. Zo kan de telefoon aan de ene kant een snelle informatieweg zijn voor hulp bij een klinisch probleem, aan de andere kant reduceert hij de zintuiglijke informatie-overdracht, doordat er geen oogcontact is, en doordat de stem anders klinkt, terwijl ook de taal anders overkomt. Zo kan het ondersteunende „hm-hm” overkomen als een soort indigestie en klinkt een „therapeutische stilte” als zwaar ademen door de hoorn. Angst en irritatie kunnen moeilijk worden herkend. Curtis constateert dat het gevaar bestaat dat men telefonisch veel afstandelijker doet.<sup>5</sup> De arts kan daardoor eerder geprikkeld geraken en minder behulpzaam zijn dan bij een vis à vis contact. Hij is echter wel het meest verantwoordelijk voor de toon van het gesprek.

Of er een goede communicatie is, kan niet worden opgemaakt uit het al of niet opvolgen door de patiënt van het telefonisch gegeven advies. Het gaat hier immers vaak om relatief simpele ongemakken (ziekten) die een natuurlijk verloop hebben. Men is dan ook gauw tevreden, als het ongemak weer over is.<sup>17</sup> De arts moet zich verder realiseren dat het telefonisch gegeven advies de patiënt kan overdonderen. De patiënt krijgt te weinig tijd om zich rekenschap te geven van het antwoord van de arts en daarop te reageren. Later kan dan onvrede ontstaan over het verkregen advies.

### Zakelijke aspecten

Bij het geven van een telefonisch advies aan niet-ziekenfondsverzekerden doet de vraag zich voor of zo'n advies voor honorering in aanmerking komt. De Landelijke Vereniging van Huisartsen geeft hiervoor de volgende richtlijn: „Telefonische consulten worden niet in rekening gebracht tenzij deze duidelijk dienen ter vervanging van een spreekuurconsult.”<sup>22</sup> Deze richtlijn laat echter veel ruimte voor persoonlijke interpretatie, want wat is „spreekuurconsult” en wat is „duidelijk”?

Om aan deze onduidelijkheden te ontkomen, zou men de begrippen kunnen hanteren die gebruikt worden bij de pogingen tot definiëring van het „medisch contract”.<sup>23</sup> Van een medisch contract kan men spreken vanaf het moment dat een patiënt aan een arts een probleem voorlegt en de arts door zijn houding of anderszins te kennen geeft daar iets aan te willen doen.<sup>24</sup> In zo'n

medisch contract wordt de arts verplicht twee soorten informatie te geven:

– medische informatie: raadgevingen en mededelingen die voor de patiënt van belang zijn in verband met zijn ziekte en zijn genezingsproces (*right to know*);

– toestemmingsinformatie: informatie die vooraf moet gaan aan het instellen van een behandeling of het verrichten van een ingreep, opdat de patiënt op grond van die informatie al of niet zijn toestemming kan geven voor hetgeen in het advies wordt voorgesteld, c.q. kan beslissen of hij de geboden hulp al of niet aanvaardt.

De patiënt heeft slechts de verplichting in te staan voor de honorering van de arts. Hij maakt immers gebruik van de deskundigheid van de arts en legt beslag op diens tijd.

De raad en voorlichting die de patiënt van de arts vraagt, en die hem verstrekt worden, kan een medisch advies worden genoemd. Zo'n advies bestaat uit:

– informatie over de aard van de ziekte en de consequenties ervan;

– curatieve instructie;

– waarschuwing tegen vermijdbare nadelige effecten.<sup>25</sup>

Aangezien een medisch advies onder bepaalde omstandigheden even goed en deskundig telefonisch gegeven kan worden als tijdens een spreekuurconsult zal, gezien het medisch contract, een telefonisch advies altijd voor honorering in aanmerking dienen te komen. Het is het advies dat gehonoreerd wordt, en niet de wijze waarop het gegeven wordt.

Ter aanscherping van deze stellingname volgen praktijksituaties.

• De patiënt informeert telefonisch naar de uitslag van een laboratoriumproef, röntgenfoto of specialistisch onderzoek. Behoort zo'n advies (over de uitslag) bij een eerder advies waarin het onderzoek werd aangeraden, of is het interpreteren van de uitslagen een nieuw advies? Voor mij geldt dat ik niet alleen doorgeefluik voor de uitslagen ben, maar in de meeste gevallen ook adviseur met betrekking tot de interpretatie van de uitslagen. Het is dan een nieuw advies voor een volgende stap in het te voeren diagnostisch en therapeutisch beleid.

• De patiënt vraagt (via de assistente) een recept voor een *minor illness*. Is dit een medisch advies en ziet de patiënt dat ook zo? De patiënt is wellicht geneigd te denken dat het bestellen van een fles hoestdrank bij de dokter hetzelfde is als het kopen van een fles melk bij de melkboer. Maar zo is het natuurlijk niet, want een recept blijft een medisch ad-

vies met alle consequenties van dien.

• De patiënt vraagt om een herhalingsrecept. Ook hier geldt dat de arts zich de patiënt en diens situatie moet herinneren om het advies te kunnen geven, de eerder geadviseerde behandeling voort te zetten.

• De patiënt gaat de dokter (vaak tegen wil en dank) telefonisch een lang verhaal vertellen. Behalve het toedienen van „het medicijn dokter” is de door de patiënt opgeëiste tijd reden tot declareren.

Tot slot nog een paar kanttekeningen over de mogelijke invloed van de honorering van een telefonisch advies op het gedragspatroon van arts en patiënt:

In de eerste plaats zou het abonnementstarief dat de huisarts krijgt voor een ziekenfondspatiënt, stimulerend kunnen werken om meer telefonisch te regelen en zodoende werk af te houden. Daarentegen zou het verrichtingentarief bij particuliere patiënten kunnen stimuleren tot het maken van een consult of visite, in plaats van een en ander (tot nu toe meestal gratis) telefonisch te regelen. En tenslotte zal de kostenbewuste particuliere patiënt (zeker indien niet verzekerd voor huisartsenhulp), zolang telefonische adviezen niet in rekening worden gebracht, proberen een en ander zoveel mogelijk goedkoop, dus telefonisch te regelen.

<sup>1</sup> Heagarty MC. From house calls to telephone calls. *Am J Public Health* 1978; 68: 14-15.

<sup>2</sup> Schets van de eerstelijns gezondheidszorg. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1980.

<sup>3</sup> Kocken E, Til K van. De verantwoordelijke patiënt en zijn dokter. *Med Contact* 1981; 36: 1181-7.

<sup>4</sup> Vrij A. Verantwoordelijkheden in de medische hulpverlening. *Med Contact* 1981; 36: 749-51.

<sup>5</sup> Curtis P. The telephone in medical practice. *J Fam Pract* 1978; 6: 897-8.

<sup>6</sup> Perrin EC, Goodman HC. Telephone management of acute pediatric illnesses. *N Engl J Med* 1978; 298: 130-5.

<sup>7</sup> Nickerson HJ, Biechler L, Witte F. How dependable is diagnosis and management of earache by telephone? *Clin Pediatr* 1975; 14: 929-32.

<sup>8</sup> Es JC van. Patiënt en huisarts. Utrecht: Oosthoek, Scheltema & Holkema, 1974.

<sup>9</sup> Curtis P, Talbot A, Evens S, Smart A, Speros L. The telephone survey in family practice. *J Fam Pract* 1981; 12: 521-526.

<sup>10</sup> Curtis P, Talbot A. The telephone in primary care. *J Community Health* 1981; 6: 194-203.