

De rol van de assistente bij het aanvragen van visites

Een literatuuronderzoek

J. DE HAAN

De Haan J. De rol van de assistente bij het aanvragen van visites. Een literatuuronderzoek. Huisarts Wet 1994; 37(12): 538-40.

Samenvatting Door middel van een literatuuronderzoek is getracht een antwoord te geven op de vraag hoe de assistente omgaat met visite-aanvragen. Tevens is gekeken of er in de literatuur criteria zijn geformuleerd voor het honoreren van een visite-aanvraag. Duidelijk wordt dat de assistente een centrale rol heeft bij de afwikkeling van visite-aanvragen. Assistenten gaan echter niet altijd adequaat om met visite-aanvragen. Criteria voor de beoordeling van huisbezoeken zijn moeilijk te geven. Scholing van de praktijkassistente (en de achterwacht) verdient de nodige aandacht.

Dr. J. de Haan, huisarts, Kruisstraat 2, 8471 HH Wolvega.

Inleiding

Patiënten die een visite aanvragen, krijgen in eerste instantie te maken met de praktijkassistente. Zij neemt de telefoon aan en ontvangt de patiënten aan de balie.¹ Tijdens haar beroepsopleiding wordt veel aandacht besteed aan het omgaan met visite-aanvragen. Het belang van het beoordelen van visite-aanvragen komt tot uitdrukking in de exameneisen voor het diploma doktersassistente. In de exameneisen staat dat de leerlingen een visite-aanvraag moeten kunnen beoordelen op noodzaak en spoed.² In de praktijk blijkt dat een beginnende assistente moeite heeft met het aannemen van de telefoon en met het beoordelen van de hulpvraag.³ Doordat ze de patiënten nog niet kent, is het moeilijk in te schatten wat de overwegingen van de patiënt zijn om een huisbezoek aan te vragen.

Door middel van deze literatuurstudie is getracht meer inzicht te krijgen in de wijze waarop men in de huisartspraktijk omgaat met visite-aanvragen. De volgende vragen stonden centraal bij het bestuderen van de literatuur:

- Hoe gaat men in de Nederlandse en Engelse huisartspraktijk om met visite-aanvragen?
- Welke criteria voor huisbezoeken zijn uit de literatuur af te leiden?

Literatuur

Literatuur werd opgespoord door middel van een Medline-search; ook werd de CD-ROM-versie van Medline van de afgelopen acht jaar doorgenomen. Als trefwoorden werden gebruikt: 'visit', 'home visit', 'medical receptionist', 'medical secretaries' en 'house calls'. Daarnaast werd de bibliotheek van het Nivel geraadpleegd.

Er bleek zeer weinig te zijn geschreven over visite-aanvragen in de huisartspraktijk: zowel in Nederland als in Engeland is aan dit onderwerp nauwelijks aandacht besteed. In de Nederlandse literatuur zijn slechts twee onderzoeken beschreven waarbij het expliciet gaat om de beoordeling van visite-aanvragen,^{4,6} en er is maar één artikel gevonden over het opstellen

van criteria voor huisbezoeken.⁷ In de Engelse literatuur wordt alleen zijdelings aandacht besteed aan het omgaan met visite-aanvragen.^{8,9}

Nederland

Op initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap is vijf jaar geleden een enquête gehouden onder praktijkassistenten over het omgaan met visite-aanvragen.⁴ In totaal namen 147 assistenten deel aan het onderzoek. Driekwart van de assistenten was gediplomeerd en ongeveer de helft had meer dan vijf jaar praktijkervaring.

Bijna de helft van van de assistenten nam altijd visites aan en 41 procent deed dat vaak; 11 procent beoordeelde altijd of het een consult of een visite moest worden, de helft deed dat vaak. In slechts 6 procent van de praktijken beoordeelde de huisarts altijd of een visite nodig was. Door 32 procent werd nooit een visite geweigerd. In gevallen waarin weleens een visite-aanvraag door de assistente werd afgewezen, was de voornaamste reden dat de behandeling beter op de praktijk kon plaatsvinden.

In geen enkele praktijk waren schriftelijke afspraken geformuleerd. Uit de antwoorden op de praktijkvoorbeelden die in de enquête werden gegeven, blijkt dat er grote verschillen zijn in de uitgebreidheid en de soorten vragen die door de assistenten worden gesteld. Dat geldt ook voor het soort en het aantal adviezen en instructies die door hen aan de patiënten worden gegeven. Niet alle vragen die de assistente stelt en niet alle adviezen die zij aan de patiënt geeft, blijken even adequaat.

In een onderzoek van *Adam & Ten Cate* komt de behandeling van visite-aanvragen expliciet aan de orde.⁶ Aan 36 huisartsen werden vragen gesteld over hun visitebeleid. Bij vijf huisartsen werden alle visite-aanvragen gehonoreerd. In 18 praktijken overlegde de assistente met de patiënten en werd eventueel gekozen voor een andere oplossing. Vijf huisartsen beslisten altijd zelf over een visite-aanvraag. In vier praktijken overlegde de assistente eerst

met de patiënt, en besliste de huisarts als patiënt en assistente niet tot overeenstemming konden komen.

Engeland

In Engeland wordt in de huisartspraktijk de telefoon aangenomen door receptionistes. Zij bepalen, evenals de praktijkassistenten in Nederland, of er al of niet wordt doorverbonden met de arts.

Arber & Sawyer interviewden meer dan 1000 patiënten over hun ervaringen met receptionistes. In totaal 20 procent had weleens een visite aangevraagd waarna de receptioniste had verzocht om naar de praktijk te komen. Uit het onderzoek bleek duidelijk dat de receptionistes een belangrijke rol spelen bij het al of niet honoreren van een visite-aanvraag. Het gedrag van de receptionistes werd beïnvloed door de praktijkgrootte en -organisatie. Patiënten in grote gezondheidscentra en groepspraktijken rapporteerden meer problemen met receptionistes dan patiënten uit kleinere praktijken. Patiënten die veel ervaring hadden met de poortwachtersrol van de receptionistes, waren het minst tevreden. Bij 32 procent van de respondenten werd weleens naar de reden van het spreekuurbezoek gevraagd, en bij 77 procent naar de reden van de visite-aanvraag.⁸

Beale verzamelde gedurende 13 jaar gegevens over de door de patiënten aangevraagde visites. De aanvragen kwamen binnen via de receptionistes, die bij twijfel de patiënt vroegen om eerst met de huisarts te overleggen.⁹

Dawson beschrijft een enquête onder 11 receptionistes. In het algemeen vond men het beoordelen van de urgentie van een hulpvraag moeilijk. De verantwoordelijkheid om mee beslissen over het al of niet aannemen van een visite vonden de receptionistes groter naarmate het contact met de huisarts slechter was.¹⁰

Criteria

Hennink hield een enquête onder 48 huisartsen, die hun mening moesten geven over 19 casussen.⁷ Als motieven om in te

gaan op een verzoek om een huisbezoek werden genoemd:

- de patiënt is te ziek om naar het spreekuur te komen;
- het gaat om een ernstige, levensbedreigende aandoening;
- ter geruststelling in een al of niet door ziekte veroorzaakte emotionele situatie;
- de patiënt in eigen omgeving willen ontmoeten ter wille van het contact;
- omdat er uitdrukkelijk om wordt gevraagd door de patiënt of door de familie;
- omdat de patiënt gemakkelijk in de visiteronde kan worden onderzocht.

Als motieven om de patiënt naar de praktijk te laten komen, werden genoemd:

- de patiënt is vervoerbaar;
- in de spreekkamer zijn betere onderzoeks- en behandelingsfaciliteiten;
- wanneer een patiënt alsnog naar een specialist wordt verwezen, moet hij ook over straat.

Het gemis aan een eigen vervoermiddel speelde geen rol bij de beoordeling van de aanvraag.

Kaptein doet verslag van een enquête onder 160 patiënten uit vier huisartspraktijken. De patiënten gaven als reden voor een huisbezoek op: de patiënt kan zelf niet (te ziek, te oud), hoge koorts bij kinderen, ongevallen, verzoek van de patiënt, nazorg bij overlijden.

Beschouwing

Het resultaat van deze literatuurstudie is teleurstellend. Er is weinig over de rol van de assistente bij visite-aanvragen geschreven. Mogelijk speelt de diversiteit in opvatting onder de huisartsen een rol. De ene huisarts rijdt veel gemakkelijker een visite dan de ander. Zo zal een huisarts op het platteland het autorijden als plezierig ervaren, terwijl een stadsdokter zich bijna altijd ergert aan de verkeersdrukke. Maar er zijn veel meer factoren die bepalen of een visite-aanvraag wel of niet gehonoreerd wordt. Als de huisarts toch in de buurt moet zijn, zal hij eerder geneigd zijn een huisbezoek af te leggen dan wanneer

hij er een aparte reis voor moet maken. Iemand die zelden een huisbezoek vraagt, zal niet zo gauw geweigerd worden als iemand die geregeld belt voor een visite.

In de praktijk blijkt dat er grote verschillen bestaan in de mate van vrijheid die de assistente krijgt om visite-aanvragen zelf te beoordelen. Er zijn huisartsen die zelf over elke visite-aanvraag willen beslissen, en er zijn huisartsen die zich niet bemoeien met visite-aanvragen; zij leggen de verantwoordelijkheid hiervoor bij de assistente.

Van een gediplomeerde assistente mogen we verwachten dat zij deze verantwoordelijkheid aankan. Toch blijkt dat assistenten niet altijd adequaat omgaan met visite-aanvragen. Een oorzaak hiervan zou kunnen zijn dat niet alle assistenten een beroepsopleiding hebben gevolgd. Duidelijk is in ieder geval dat aandacht besteed moet worden aan scholing van onze assistenten in het beoordelen van visite-aanvragen. Hiervoor worden in de literatuur enkele aardige suggesties gedaan. Eén van de aanbevelingen is, video-opnamen te maken van het werk van de assistente aan de telefoon. Dat levert prachtig materiaal op voor een praktijkbespreking. De huisarts krijgt zo een goed inzicht in de wijze waarop de assistente omgaat met visite-aanvragen.¹² Een andere suggestie is het houden van een enquête onder de praktijkmedewerkers. De vragen in een dergelijke enquête moeten toegespitst worden op het omgaan met visite-aanvragen. Dat biedt een mogelijkheid om knelpunten op te sporen.¹³

In de Engelse literatuur wordt ook gewezen op het belang van scholing van de receptionistes.¹⁴⁻¹⁶ Dezen zijn dikwijls weinig geschoold en op dat punt te vergelijken met de achterwacht in Nederland. Het zou goed zijn om ook voor achterwachten cursussen te organiseren die speciaal op de beoordeling van visite-aanvragen zijn gericht. Het beoordelen van een visite-aanvraag vergt nogal wat medisch-inhoudelijke kennis en ervaring. Het aannemen van de telefoon en het beoordelen van een visite-aanvraag op noodzaak en spoed zijn misschien wel de moeilijkste taken van de paratiëksassistent.

Literatuur

- 1 Nijland A, De Haan J, Van der Velden J, Meyboom-de Jong B. De sociale en professionele kenmerken van de doktersassistente. *Huisarts Wet* 1990; 33: 350-4, 363.
- 2 Anoniem. Eindtermen en specificaties. Sector Dienstverlening en Gezondheidszorg. Sectoroverleg Onderwijs-Gezondheidszorg en Welzijn. Enschede, 1992.
- 3 De Haan J, Hutter AW, Van der Kooij CL. Een nieuwe assistente in de praktijk. *Huisarts Wet* 1994; 37: 54-6.
- 4 De Jonge MJA. Wordt het een visite of een consult? Voorburg: Organisatie Adviesbureau M.J.A. de Jonge, 1990.
- 5 De Haan J. Wordt het een visite of een consult? Een enquête onder doktersassistenten. *Med Contact* 1992; 47: 81-2.
- 6 Adam WL, Ten Cate RS. De visite in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1979; 22: 488-92.
- 7 Hennink MP. Criteria voor huisbezoek. *Huisarts Wet* 1979; 22: 496-500.
- 8 Arber S, Sawyer L. The role of the receptionist in general practice: a 'dragon behind the desk'? *Soc Sci Med* 1985; 20: 911-21.
- 9 Beale N. Daily home visiting in one general practice: a longitudinal study of patiënt-initiated workload. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 16-8.
- 10 Dawson PJ. The receptionists role. *Update* 1985; 15: 438-40.
- 11 Kaptein AA. Huisbezoek: wat vindt de patiënt ervan? *Huisarts Wet* 1979; 22: 504-9.
- 12 Sharp AJM, Platts P, Turner JH, Druquer MH. An assesment of the value of videorecordings of receptionists. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 421-2.
- 13 Middleton JF. Modifying the behaviour of doctors and their receptionists in recurrent stressful situations. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 62-4.
- 14 Copeman JP, Van Zwanenberg TD. Practice receptionists: poorly trained and taken for granted? *J R Coll Gen Pract* 1988; 38: 14-6.
- 15 Anderson PMcCD, Anderson S, Lander DA. A broader training for medical receptionists. *J R Coll Gen Pract* 1980; 30: 490-4
- 16 Anderon WV. An extended course for medical receptionists. *J R Coll Gen Pract* 1976; 26: 379-81.

Het tweede huisbezoek

Er is 's morgens ook een boodschap van de familie Algra. Een beetje vies gezin, drie kinderen, de jongste is één jaar, de vader werkt bij de gemeente, bij de plantsoenen. Het jongste kind is ziek.

Ik ben nog niet zolang huisarts en heb dus weinig ervaring. Hoewel... Als student was ik erg vlijtig en heb ik – in de wachttijden tussen de co-schappen door – secties 'gelopen' bij Dr. M. Straub, patholoog-anatoom in Rotterdam. 's Morgens belt de secretaresse op en ga ik op de fiets naar het ziekenhuis, waar Straub in witte jas klaarstaat bij de sectietafel en begint, als de behandelend arts zijn ziekegeschiedenis verteld heeft.

Het kind van Algra is verkouden, snotterig, en heeft flinke koorts. Oren in orde, verder vind ik niets. Het kind ligt misschien wat stil, stiller dan anders, zegt de moeder. Temperatuur 38,8°C.

Als ik om twaalf uur thuiskom, is er weer een boodschap van Algra. Het kind is veel zieker geworden. Of ik direct kom.

Ik ga erheen. Het kind is erg ziek nu, slap, wat wazig, kreunt zachtjes. Het heeft rode vlekjes op de romp. Ik kijk beter: het zijn kleine bloeditstorting. Ook in de conjunctiva. Wat grotere. Petechieën. De temperatuur bedraagt nu 39,5°C.

Ik laat het kind direct opnemen. Volgens mij is dit nu het syndroom van Waterhouse-Friderichsen. Een meningokokkensepsis

(wel te onderscheiden van een acute epiglottitis – Huisarts Wet 1957; 1: 12-3). Bij Straub had ik zo'n geval gezien. 'De huisarts was weer eens niet gekomen of had niet goed gekeken.' Dat hoorde ik vaak in mijn studietijd. Vooral huisartsen maakten fouten.

De diagnose was juist. Het kind heeft de zaak overleefd, doordat het snel kon worden behandeld.

Bij een tweede huisbezoek wegens een acute aandoening blijkt soms dat de patiënt in korte tijd veel slechter is geworden. Bij een infectieziekte is dat betrekkelijk zeldzaam, bij een ruptuur of een afsluiting van een bloedvat is dat gewoon. Lijkt een tweede huisbezoek noodzakelijk, omdat de diagnose onzeker is, dan is het raadzaam daar niet te lang mee te wachten.

Vlak vóór het avondeten word ik geroepen bij de heer Cornelissen, een voormalige landarbeider. Hij is ongeveer 75 jaar en woont met zijn vrouw even buiten het dorp, in een vrijstaand huisje. Hij tuint graag. De kinderen zijn het huis uit. Hun getrouwde dochter woont in het dorp. Ze roepen me niet vaak.

Meneer Cornelissen heeft plotseling diarree gekregen, diarree met buikpijn. De pijn is niet erg. Rectaal toucher levert geen bijzonderheden op, de temperatuur is normaal. Ik denk aan een acute gastro-enteritis, maar ben niet helemaal zeker van deze diagnose.

Hij mag alleen wat water drinken. De volgende morgen zal ik terugkomen, maar als er wat bijzonders gebeurt mogen ze eerder roepen. Ook 's nachts.

De volgende morgen, om een uur of elf, ben ik er weer. Zij komt mij tegemoet in de gang en zegt: 'Hij is om vier uur overleden. Ik zag direct aan uw gezicht dat er niets meer aan te doen was. Onze dochter en ik hebben er de hele nacht bijgezeten. Hij heeft gelukkig niet geleden.'

G.J. Bremer