

Medische callcenters: een heikele zaak

RC Sardeman

Wat is de waarde van een initiatief waarbij de risico's voor de zorg toenemen, er geen winst is in de beleefde werkdruk, de capaciteitsproblemen niet zullen verminderen en waar de patiënt niet om vraagt? Die vragen rijzen naar aanleiding van het onderzoek van Spelten en Gubbels naar het effect van de ervaring met het medisch callcenter (MC) van Achmea.¹ Ook uit andere onderzoeken blijkt dat door voorselectie een vermindering van het aantal contacten haalbaar is. De oprichting van het MC is ingegeven door de wens de werkdruk voor de huisarts te verlagen. Bovendien zou het zo mogelijk zijn om als huisarts een grotere normpraktijk aan te kunnen dan 2350 patiënten. Ongeveer 3300 patiënten zouden het dan worden: 40% bovenop de normpraktijk. Bij gelijkblijvende werkdruk kunnen we in Nederland dan met 40% minder huisartsen toe. Dat lijkt een logische gedachte.

De huisartsen en doktersassistenten bemerkten geen werkdrukvermindering in het onderzoek van Spelten en Gubbels. Dit is op zich niet zo vreemd. De 60% die voor de huisarts overblijft, bestaat immers uit een selectie van relatief zware en ernstige gevallen. De huisarts is daarin bij uitstek deskundig. Juist in die omstandigheden drukt de verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënt zwaar. In het uiterste geval wordt hij daarop getoetst door een tuchtcollege.

Terecht is er discussie of bij triage niet de zwaarste deskundigheid vooraan zou moeten worden geplaatst in plaats van achteraan. Bij een centrale huisartsenpost waar de huisartsen zelf bij toerbeurt integrale huisartsenzorg in avond, nacht en weekenden (ANW) leveren, is het soms al onduidelijk wie er juridisch verantwoordelijk is: de huisarts, doktersassistente of de directie van de post.² Bij het MC gaat het nog verder: daar wordt de triage selectief uit de integrale huisartsenzorg gehaald en op afstand van de huisarts geplaatst. Verpleegkundigen en doktersassistenten in dienst van de zorgverzekeraar verrichten zelfstandig en buiten zicht van de huisarts een deel van diens werkzaamheden en begeven zich op diens deskundigheidsgebied. Het blijft daarbij niet alleen beperkt tot triage, er worden ook zelfzorgadviezen gegeven. De arts die voor de zorgverzekeraar werkt en op het MC aanwezig is, zal waarschijnlijk slechts verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor de dagelijkse leiding van de post met betrekking tot medisch-inhoudelijke zaken. Uiteindelijk blijft de huisarts verantwoordelijk voor de continuïteit van zijn huisartsgeneeskundige zorg. Hij dient zich

ervan te vergewissen dat er op het MC verantwoorde zorg verleend wordt. Hij dient te weten of hij zijn patiënten blootstelt aan bekwame triagisten, of de afspraken op het MC worden nagekomen, hoe de organisatie is opgezet en hoe deze functioneert.

In het onderzoek bemerkten praktijkassistenten van de huisartsenpraktijk dat triageassistenten inefficiënt werkten en fouten maakten doordat zij de medische achtergrond van de patiënten niet kenden. Triageassistenten van het MC voelden zich gehinderd door hun gebrek aan kennis van de specifieke problematiek van de huisartspatiënt en door hun persoonlijke onbekendheid met de patiënt. Kennis van de patiënt met diens medische voorgeschiedenis en problematiek is een van de kenmerken van de huisartsgeneeskunde. Deze 'dossierkennis' is van groot belang voor het leveren van verantwoorde huisartsgeneeskundige zorg. Het is bekend dat dit een van de grootste knelpunten is tijdens de ANW-diensten; tijdens de reguliere huisartsenzorg gedurende kantooruren kan dit gebrek aan dossierkennis onaanvaardbare risico's opleveren voor de zorg. De huisarts kan niet zomaar een MC en diens medewerkers inzage geven in dit dossier. Daarmee heeft de huisarts ook direct een probleem: zonder medische gegevens is het leveren van verantwoorde zorg een heikele zaak.

De patiënt ervaart blijkbaar geen verbetering van de kwaliteit van zorg door de samenwerking tussen huisarts en MC. Een patiënt overigens die een behandelovereenkomst heeft met de huisarts en niet met een MC. Natuurlijk kan een huisarts zijn praktijkvoering (re)organiseren. Hij moet dan zorgen dat dit zo gebeurt dat hij garant kan staan voor verantwoorde zorg. De patiënt moet hierop kunnen vertrouwen en behoort goed geïnformeerd te zijn over de organisatie van de praktijk en de (nieuw) ingezette deskundigheden.

De Inspectie vindt een MC een risicovol experiment. Zij heeft als standpunt dat taken wel verschoven kunnen worden, maar de erbij horende verantwoordelijkheden niet. De wet BIG is hier duidelijk over en geeft zodoende bescherming aan de patiënt. De huisarts kan zijn verantwoordelijkheid in een constructie met een MC niet waarmaken.

Literatuur

- 1 Spelten ER, Gubbels JW. Een medisch callcenter in de praktijk. Huisarts Wet 2003;46:543-6.
- 2 Van der Meer HCB, Smilde AMP, Drijver CR. Onbekwaam maakt Onbevoegd. Med Contact 2003;58:173-76.

Auteursgegevens

R.C. Sardeman, inspecteur voor de Gezondheidszorg, Inspectie voor gezondheidszorg, Postbus 2500 BC Den Haag.

Correspondentie: rc.sardeman@igz.nl

Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.