

Welke ICPC-codes willen huisartsen automatisch laten toevoegen aan de probleemlijst?

A Hiddema-van der Wal, GTh van der Werf, B Meyboom-de Jong

Samenvatting

Hiddema-van der Wal A, Van der Werf GTh, Meyboom-de Jong B. Welke ICPC-codes willen huisartsen automatisch laten toevoegen aan de probleemlijst? *Huisarts Wet* 2003;46(10):539-43.

Inleiding De probleemlijst kan een belangrijke rol in het HIS vervullen, mits hij up-to-date en volledig is en alle klinisch relevante problemen bevat. De probleemlijst wordt echter vaak niet adequaat bijgehouden. In dit onderzoek wordt getracht een antwoord te geven op de vraag welke ICPC-codes in aanmerking komen voor automatische plaatsing op de probleemlijst wanneer ze elders in het HIS voorkomen.

Methode Aan de zeventien huisartsen die deelnemen aan het RNG, werd een lijst van mogelijk klinisch relevante ICPC-codes voorgelegd. Hieruit werd door middel van een Delphi-procedure een definitieve lijst samengesteld van ICPC-codes die geschikt zijn voor automatische plaatsing op de probleemlijst. Overwegingen vóór of tegen plaatsing werden geregistreerd en besproken.

Resultaten Alle kwaadaardige en klassiek chronische aandoeningen werden aan de definitieve lijst toegevoegd. Bij de overwegingen bij de andere codes speelden de ernst van de aandoening, de kans op complicaties, het chronische karakter en de noodzaak tot chronische medicatie een rol.

Beschouwing De ICPC-codes die in aanmerking komen voor automatische plaatsing op de probleemlijst, moeten codes zijn die deze plaatsing in de meeste gevallen ook rechtvaardigen. De precieze inhoud en de ernst van de diagnose zijn echter niet altijd af te lezen van de ICPC-code. ICPC-codes die naast een enkele ernstige aandoening betrekking hebben op veel niet-ernstige aandoeningen, zijn niet geschikt voor automatische plaatsing. Daardoor kan de samengestelde definitieve lijst niet 100% volledig zijn en blijft controle op de automatische plaatsing nodig.

Registratie Netwerk Groningen, Disciplinarygroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, Ant. Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen: A. Hiddema-van der Wal en dr. G.Th. van der Werf, huisartsen; prof.dr. B. Meyboom-de Jong, hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: ahiddema@knmg.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Inleiding

Veel Nederlandse huisartsen gebruiken een probleemlijst in hun elektronisch registratiesysteem. De lijst bevat de belangrijke problemen die continue aandacht van de huisarts vereisen.^{1,2} Om maximaal profijt van de probleemlijst te hebben, moet hij up-to-date zijn, alle klinisch relevante problemen bevatten en niet onoverzichtelijk of 'bijna volledig' zijn.

In de periode 1990-1999 werd in het Registratienetwerk Groningen (RNG) voor elke ingeschreven patiënt een probleemlijst gemaakt, waarbij naast de episoden en de indicaties voor de voorgeschreven medicatie in de laatste jaren, ook het archief werd geraadpleegd. Dat gebeurde door een daartoe opgeleide basisarts of student, soms ook door de eigen huisarts. De meeste huisartsen bleken de eenmaal samengestelde probleemlijsten niet adequaat bij te houden: zelfs van de kwaadaardige aandoeningen en de klassiek chronische aandoeningen, die wel in het elektronische dossier met een ICPC-code stonden geregistreerd, bleek op de probleemlijst bijna 25% te ontbreken.³

Uit het oogpunt van gebruiksvriendelijkheid zou het nuttig zijn wanneer het HIS bepaalde, elders in het HIS geregistreerde aandoeningen automatisch op de probleemlijst zou kunnen plaatsen. Echter, er worden registratiefouten gemaakt, een diagnose hoeft niet bij iedere patiënt even ernstig te zijn en een bepaalde ICPC-code wordt door de huisartsen niet altijd op dezelfde wijze gebruikt. Daarom moet de definitieve plaatsing in de praktijk waarschijnlijk toch door de huisarts gefiatteerd worden.

In eerder onderzoek werd aangetoond dat een systematische zoekprocedure in de medische registratie naar een aantal aandoeningen die voor plaatsing op de probleemlijst in aanmerking komen, zinvolle resultaten opleverde.⁴

Als voorbereiding op een automatische aanpassing van de probleemlijst wilden we onderzoeken welke problemen op deze lijst geplaatst moeten worden. Omdat we uitgaan van de in de registratie aanwezige medische informatie die met ICPC-codes is gecodeerd en die aan ICPC-codes te herkennen is, was onze vraag: met welke ICPC-codes kan naar de mening van huisartsen met ervaring in de medische registratie en met ICPC-codering, de probleemlijst automatisch worden aangevuld?

Methode

Aan het RNG nemen zeventien huisartsen deel. Ze zijn werkzaam in drie groepspraktijken en drie solopraktijken in Noord-Nederland. Bij elk vis-à-vis contact met een in de praktijk ingeschreven

Wat is bekend?

- ▶ Het belang van de probleemlijst in het HIS is afhankelijk van de volledigheid van die lijst.
- ▶ Probleemlijsten zijn vaak niet volledig.

Wat is nieuw?

- ▶ Van de 175 ICPC-codes van mogelijk klinisch relevante aandoeningen worden door de RNG-artsen in een Delphi-procedure 119 geschikt geacht voor automatische toevoeging aan de probleemlijst. De overige ICPC-codes zijn meestal te weinig specifiek.

patiënt, en ook bij elk telefonisch contact dat een vis-à-vis contact vervangt, worden de diagnoses gecodeerd met de ICPC en episodegeoriënteerd verwerkt. Daarnaast worden de voorgeschreven medicatie en de verwijzingen geregistreerd en voorzien van een ICPC-gecodeerde indicatie.⁵

Veltman heeft onderzocht welke problemen op de probleemlijst vermeld moeten zijn.⁶ Hij onderscheidde vijf categorieën. De eerste drie – kwaadaardige aandoeningen, klassiek chronische aandoeningen en aandoeningen van voldoende klinisch belang – zijn diagnoses en worden gerepresenteerd door een bepaalde ICPC-code; de laatste twee – episoden die langer dan één jaar duren en episoden die het afgelopen jaar zijn begonnen – worden bepaald door het begin en de duur van de episoden.

Binnen het RNG is gekozen voor een longitudinale registratie. Dat wil zeggen dat alleen de klinische relevantie als argument wordt gehanteerd om problemen op de probleemlijst te plaatsen.

Daarom werd bij dit onderzoek gebruikgemaakt van een basislijst van ICPC-codes, bestaande uit de codes van de eerste drie categorieën uit het onderzoek van Veltman, aangevuld met de '99-codes' van elk ICPC-hoofdstuk. Deze laatste codes zijn toegevoegd omdat tot de '99-codes' een aantal ernstige aandoeningen behoort.

De zeventien RNG-artsen besloten welke ICPC-codes zij op de probleemlijst wilden laten plaatsen met behulp van een Delphi-procedure, bestaande uit twee schriftelijke rondes en één mondelinge.

In de eerste ronde werd de artsen gevraagd de door de ICPC-codes van de basislijst gerepresenteerde aandoeningen in te delen in één van de volgende drie groepen:

- ▶ aandoeningen die in elk geval op de probleemlijst horen;
- ▶ aandoeningen die meestal op de probleemlijst horen;
- ▶ aandoeningen die meestal niet op de probleemlijst horen.

Bij de analyse van de gegevens werd gebruikgemaakt van de volgende beslissingsregel. Wanneer voor een ICPC-code de score van groep 1, 'altijd op de probleemlijst', plus de helft van de score van groep 2, 'meestal op de probleemlijst', meer dan 60% van de totale score voor een ICPC-code bedroeg, werd deze ICPC-code direct toegevoegd aan de lijst 'ICPC-codes horend op de pro-

bleemlijst'. Bedroeg deze score 40% of minder van de totale score, dan werd deze ICPC-code definitief niet toegevoegd aan de lijst. Er bleef een middengroep over waarbij de score 40-60% van de totale score bedroeg.

Onder de score van een groep wordt hier verstaan het aantal huisartsen dat de betreffende ICPC-code in deze groep plaatste. De totale score is het totaal van de scores van de drie groepen voor de betreffende ICPC-code.

In de tweede schriftelijke ronde deelden we de resultaten uit de eerste ronde – individueel en van de groep – aan de huisartsen mee. We vroegen hen de middengroepcodes opnieuw te beoordelen en na te gaan of de bestaande RNG-afspraken gehandhaafd moeten blijven. Die afspraken houden in dat bronchitis (R78), sinusitis (R75) en urineweginfectie (U71) op de probleemlijst geplaatst moeten worden wanneer van deze codes meer dan twee episoden per jaar bij een patiënt voorkomen. Bij recidiverende bronchitiden wordt dan een ICPC-code uit de astma/COPD-groep op de probleemlijst geplaatst.

Ook vroegen we bij de herbeoordeling per ICPC-code de argumenten vóór en tegen plaatsing op de probleemlijst aan te geven. Om mogelijke hiaten in de Veltman-categorieën op te sporen, werd de artsen bovendien gevraagd of er nog ICPC-codes vergeten waren.

De berekening van de scores was dezelfde als in de eerste ronde. Opnieuw bleef een middengroep over.

De derde ronde bestond uit een bijeenkomst van alle artsen. We presenteerden de nieuwe middengroepcodes uit de tweede schriftelijke ronde en de toegevoegde ICPC-codes met de argumenten vóór en tegen. Tijdens deze bijeenkomst discussieerden de artsen over plaatsing van deze ICPC-codes op de probleemlijst. Na elke discussie werd per ICPC-code gestemd over de definitieve plaatsing op de probleemlijst.

De definitieve groep ICPC-codes die volgens de RNG-artsen op de probleemlijst horen, bestond daarna uit de geselecteerde 'ICPC-codes horend op de probleemlijst' uit de eerste en tweede ronde, plus de codes die in de derde ronde door de meerderheid waren gekozen.

Resultaten

De te beoordelen basislijst bestond uit 175 ICPC-codes. In de eerste ronde selecteerden de artsen 94 codes voor plaatsing op de probleemlijst, in de tweede en in de derde ronde werden 16 respectievelijk 12 codes toegevoegd aan de definitieve lijst (tabel).

Over de 175 codes uit de eerste ronde gaven de artsen 30 maal een unaniem oordeel: 28 als 'altijd op de probleemlijst', 2 als 'meestal niet op de probleemlijst' (S86 seborroïsch eczeem/roos, en W11 orale anticonceptie).

In de eerste ronde werden alle 'kwaadaardige aandoeningen' (22 codes) en alle 'klassiek chronische aandoeningen' (23 codes) direct op de definitieve lijst geplaatst. Van de 'aandoeningen van voldoende klinisch belang' (115 codes) werden 49 codes geplaatst. Bovendien werden van deze aandoeningen in de twee-

Tabel Samengestelde lijst uit de eerste, tweede en derde Delphi-ronde

ICPC

A12	allergie/allergische reactie neg.
A70	tuberculose tegen. [excl. R70]
A79	maligne neopl. (onbekende prim.lkk)
A85	geneesmiddelbijwerking
A90	congen. syndromen/mult. afwijkingen
B72	Hodgkin/andere maligne lymfomen
B73	leukemie
B74	andere mal. neopl. bloed/bloedv. org.
B76	mitruptuur
B78	erfelijke hemolytische anemie
B79	and. aangeb. afw. bloed/bloedv. org
B81	pernicieuze/foliumzuurdefic. anemie
B83	purpura/stoll.st./afw. thromb.
D74	maligne neoplasma maag
D75	maligne neoplasma colon/rectum
D76	maligne neoplasma pancreas
D77	mal. neopl. tr. dig. and./niet gespec.
D78	benigne tumoren maag-darmkanaal
D81	aangeboren afwijking tr. digestivus
D85	ulcus duodeni
D86	andere peptische ulcera
D92	diverticulose/diverticulitis
D93	spastisch colon/IBS
D94	colitis ulcerosa/chron. enteritis
D97	cirrose/andere leverziekten neg.
D98	cholecystitis/cholelithiasis
F81	andere aangeboren afwijkingen oog
F92	cataract
F93	glaucoom
F94	blind/visus vermind. (alle vormen)
H83	otosclerose
H84	presbyacusis
K73	aangeboren afw. tr. circulatorius
K74	angina pectoris
K75	acuut myocardinfarct
K76	and. chron. ischemische hartziekten
K77	decompensatio cordis
K78	boezemfibrilleren/-fladderden
K79	paroxismale tachycardie
K83	klepaandoening niet-reumat./nao
K86	hypertensie zond. orgaanbeschadig.
K87	hypertensie met orgaanbeschadig.
K89	passagère cerebrale ischemie/TIA
K90	cerebrovasc. accid. (CVA) [excl. TIA]
K91	atherosclerose [excl. coron./cerebr.]
K92	andere ziekten perifere arteriën
K93	longembolie/longinfarct
K94	tromboflebitis/flebotrombose
L75	fractuur femur
L82	aangeboren afw. bewegingsapparaat
L88	reumatoïde artritis/verwante aand.
L89	coxartrose
L95	osteoporose
N70	poliomyelitis/and. enterovirusinf.
N71	meningitis/encefalitis
N72	tetanus
N74	maligne neoplasma zenuwstelsel
N75	benigne neoplasma zenuwstelsel
N85	aangeboren afwijkingen zenuwst.
N86	multiple sclerose
N87	parkinsonisme/ziekte v. Parkinson

ICPC

N88	epilepsie alle vormen
N89	migraine
P15	chronisch alcoholmisbruik
P18	geneesmiddelmisbruik
P21	overactief kind/hyperkin. syndroom
P70	dementie (incl. seniel/Alzheimer)
P71	andere organische psychosen
P72	schizofrenie alle vormen
P73	affectieve psychosen
P74	angsttoestand/ziekelijke angst
P76	depressie
P77	suicidepoging
R70	tuberculose tr. resp. [excl. tegen.A70]
R78	acute bronchitis (>2x/jaar)
R82	pleuritis alle vormen [excl. tbc R70]
R84	maligne neoplasma bronchus/long
R85	ander maligne neoplasma tr. resp.
R89	aangeboren afwijkingen tr. resp.
R91	chron. bronchitis/bronchiëctasieën
R95	emfyseem/COPD
R96	astma
R97	hooikoorts/allergische rhinitis
S77	maligne neoplasma huid/subcutis
S87	constitutioneel eczeem
S91	psoriasis (incl. artropathie)
T71	maligne neoplasma schildklier
T72	benigne neoplasma schildklier
T80	and. aangeb. afw. endo. kl./metab.
T81	struma/noduli schildklier [excl. T85]
T85	hyperthyroïdie (met/zond. struma)
T86	hypothyroïdie/myxoedeem
T90	diabetes mellitus
T92	jicht
T93	vetstofwisselingsstoornissen
U71	urinegeweefinfecties (>2x/jaar)
U75	maligne neoplasma nier
U76	maligne neoplasma blaas
U77	andere maligne neopl. urinewegen
U85	aangeboren afwijkingen urinewegen
U88	glomerulonefritis/nefroze
U95	uroolithiasis (alle vormen/lok.)
W13	sterilisatie vrouw/verwijzing
W72	maligne neopl. i.v.m. zwangerschap
W76	aangeb. afw. moeder als zwang.compl.
W80	ectopische zwangerschap
W82	spontane abortus/abortus nao
W92	gecompl. partus levendgeborene
W93	gecompl. partus doodgeborene
X74	ontstekingen kleine bekken/PID
X75	maligne neoplasma cervix uteri
X76	maligne neopl. borsten (vrouw)
X77	and. maligne neopl. gesl.org. (vrouw)
X78	benigne neopl. uterus/cervix uteri
X83	aangeboren afw. gesl.org. (vrouw)
X87	prolaps vagina/uterus
Y77	maligne neoplasmata prostaat
Y78	and. mal. neopl. gesl.org./borst. (man)
Y82	hypospadie
Y83	cryptorchisme/niet inged. testis
Y84	and. aangeb. afw. gesl.org. (man)
Y85	benigne prostaathypertrofie

de en de derde ronde 14 respectievelijk 11 codes aan de definitieve lijst toegevoegd. In totaal werden in de drie rondes 74 van de 115 codes (64%) uit deze categorie toegevoegd.

In de tweede ronde werden de RNG-afspraken om bronchitis (R78) en urineweginfectie (U71) – meer dan tweemaal per jaar voorkomend – op de probleemlijst te plaatsen, herbevestigd. Sinusitis (R75) werd, ook als de aandoening meer dan tweemaal per jaar voorkomt, niet meer op de probleemlijst geplaatst. In de argumentatie vóór of tegen plaatsing op de probleemlijst kwamen onder andere de volgende punten naar voren:

► De ICPC-code kan betrekking hebben op verschillende, zowel

ernstige als minder ernstige, aandoeningen en kan daardoor minder geschikt zijn om automatisch op de probleemlijst te plaatsen. Bijvoorbeeld K94 ‘tromboflebitis/flebotrombose’ omvat zowel diepe veneuze trombose als oppervlakkige tromboflebitis. De helft van de huisartsen noemde als reden voor opname ‘het bestaan van echte diepe veneuze trombose’, ‘de recidiefkans’ en ‘het moeten blijven dragen van kousen’. Tegenargumenten waren ‘het gaat voorbij, als het alleen een tromboflebitis is’, ‘heeft meestal geen consequenties’. De code werd overigens wel op de definitieve lijst geplaatst. Geen van de ‘99-codes’ werd vanwege deze vergaarbakproblemen toegevoegd aan de definitieve lijst.

Abstract

Hiddema-van der Wal A, Van der Werf GTh, Meyboom-de Jong B. What ICPC codes do GPs wish to have added to the problem list? *Huisarts Wet* 2003;46(10):539-43.

Introduction The 'problem list' can play an important role in a GP information system (GIS) if the list is up to date and contains all the patient's relevant clinical problems. It would seem that maintaining a complete problem list involves some difficulties. Software should be available that automatically places certain ICPC codes in the problem list when inserted somewhere in the GIS. This research project represents an attempt to answer the question as to which ICPC codes are suitable for automatic addition to the problem list.

Method A list of possible clinically relevant ICPC codes was sent to 17 GPs participating in the RNG (Registration Network Groningen). They used a Delphi procedure to draw up a final list of ICPC codes suitable for completing the problem list. Opinions regarding the suitability of the various ICPC codes for the problem list were recorded and discussed.

Results All malignant and classic chronic diseases were added to the final list. The serious nature of a disease, its chronic nature, the risk of complications and the need for chronic pharmaceutical treatment were issues in the discussions on the remaining codes.

Discussion For practical reasons the ICPC codes in the final list for automatic filling of the problem list should be codes that justify addition to the problem list in a fixed majority of cases. However the ICPC code does not always reflect the exact significance and seriousness of the disease. ICPC codes can cover many less serious diseases next to a single serious disease. The final list drawn up, there, cannot guarantee 100% completeness of the problem list and it will be necessary to monitor the automatic additions to the list.

- ▶ Eenzelfde aandoening kan optreden in een ernstige en in een minder ernstige vorm, en kan daardoor minder geschikt zijn voor automatische plaatsing. A84 'geneesmiddelintoxicatie' werd om die reden niet op de definitieve lijst geplaatst. Voor plaatsing pleitten zeven huisartsen, met argumenten als 'het is soms ernstig', 'ter voorkoming van een volgende keer', 'misschien misbruik of suïcide', 'reminder bij vergelijkbare symptomen'. De tien artsen die tegen waren, noemden als argumenten: 'soms niet ernstig', 'indien vergissing is het geen probleem', 'is eenmalig of verslaving en dan P77', 'alleen bij restverschijnselen', 'het bewijs is moeilijk'.
- ▶ Een chronisch karakter is een argument vóór plaatsing, een tijdelijk karakter een argument tegen plaatsing.
- ▶ Recidiefkans en kans op complicaties worden genoemd als argumenten vóór plaatsing. In de derde ronde werd de door één van de artsen toegevoegde ICPC-code D78 'benigne tumoren maag-darmkanaal', alsnog op de definitieve lijst geplaatst. Het voornaamste argument hiervoor was dat polyposis coli een risicofactor is voor maligniteit. Bij deze aandoening is regelmatige controle geïndiceerd.
- ▶ Een aandoening kan alleen voor plaatsing op de probleemlijst in aanmerking komen wanneer ze actueel is.

- ▶ Chronische medicatie voor de aandoening is een vaak genoemd argument vóór plaatsing.

Beschouwing

De RNG-artsen vinden het noodzakelijk alle 'kwaadaardige aandoeningen' en 'klassiek chronische aandoeningen', zoals gedefinieerd door Veltman, standaard op de probleemlijst te plaatsen. Dit geldt ook voor een ruime meerderheid van de 'aandoeningen van voldoende klinisch belang'.

Uit ons onderzoek blijkt dat hoewel een aanzienlijk aantal diagnose-vertegenwoordigende ICPC-codes geschikt lijkt voor automatische plaatsing op de probleemlijst, een groot deel daarvan dat alleen in bepaalde omstandigheden is. Slechts 28 van de 175 ICPC-codes werden door alle artsen in elk geval op de probleemlijst geplaatst. Veel ICPC-codes zijn te weinig specifiek. Eén ICPC-code heeft vaak betrekking op verschillende diagnoses, en binnen een bepaalde diagnose kan de ernst van de aandoening aanzienlijk verschillen. Wanneer van 100 aandoeningen die alle met dezelfde ICPC-code zijn gecodeerd, er slechts één op de probleemlijst hoort, wil de huisarts daar niet 99 maal onterecht aan worden herinnerd. Om praktische redenen is die code dus ongeschikt voor plaatsing op een lijst voor automatische aanpassing van de probleemlijst. Dit geldt onder andere voor alle '99-codes', die naast een enkele ernstige aandoening veel niet-ernstige aandoeningen bevatten.

Automatische aanpassing van de probleemlijst zal dus nooit een garantie kunnen zijn voor een volledige probleemlijst; handmatige controle en aanpassing blijft nodig.

In het traject van de vraag van de patiënt naar de codering gaat onherroepelijk veel informatie verloren. Voor veel codes bepaalt juist die informatie in het individuele geval of de code wel of niet aan de probleemlijst wordt toegevoegd.

Voorwaarde voor een automatische conversie van elders in het HIS geregistreerde aandoeningen naar een probleem op de probleemlijst lijkt dan ook dat deze conversie voor elk probleem expliciet door de huisarts wordt bevestigd.

De in dit onderzoek samengestelde lijst is een lijst van ICPC-codes en niet van aandoeningen. Om bovengenoemde redenen biedt de lijst dan ook geen compleet overzicht van aandoeningen die op de probleemlijst horen. Een dergelijke lijst zou veel uitgebreider zijn.

Merkwaaardigerwijs komt in de lijst geen enkel sociaal probleem voor, zoals geweld en opvoedingsproblemen, en ook HIV-infectie ontbreekt. Ze zijn niet vermeld in de lijsten van Veltman, en in de Delphi-rondes zijn ze door de huisartsen niet toegevoegd. Het is aannemelijk dat een beoordeling van alle ICPC-codes in plaats van de door Veltman vastgestelde beperkte lijst, in dit onderzoek tot een vollediger lijst zou hebben geleid.

Van de in dit onderzoek samengestelde lijst moet in de praktijk worden getest in hoeverre hij praktisch toepasbaar is, de probleemlijst beter en completer maakt en de gebruiksvriendelijkheid van het HIS vergroot.

Dankbetuiging

Met dank aan alle RNG-artsen voor hun enthousiaste en deskundige bijdragen.

Literatuur

- 1 Van der Werf GTh. Probleemlijst, SOEP en ICPC. *Huisarts Wet* 1996;39:265-70.
- 2 Metsemakers JFM, Plagge HW, De Kanter J. De probleemlijst. Suggesties voor de huisarts. *Huisarts Wet* 1988;31:379-81.
- 3 Hiddema-van der Wal A, Smith RJA, Van der Werf GTh, Meyboom-de Jong B. De volledigheid van probleemlijsten in het EMD.

Symposiumverslag EMD '98. Rotterdam: Vakgroep Medische Informatica Erasmus Universiteit, 1998.

- 4 Van Eijkelenburg-Waterreus JH, Schellevis FG, De Bakker DH, Tiersma W, Westert GP. Gegevens in het elektronisch medisch dossier: bruikbaar voor het optimaliseren van de probleemlijst? *Huisarts Wet* 2001;44:377-80.
- 5 Van der Werf GTh, Smith RJA, Stewart RE, Meyboom-de Jong B. Spiegel op de huisarts. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1998.
- 6 Veltman M. Huisartsgeneeskundige zorgepisoden. Analyse van een zevenjaarsbestand [dissertatie Universiteit van Amsterdam]. Lelystad: Meditekst, 1995.

Een medisch callcenter in de praktijk

Onderzoek naar effect en ervaring

ER Spelten, JW Gubbels

Samenvatting

Spelten ER, Gubbels JW. Een medisch callcenter in de praktijk. *Onderzoek naar effect en ervaring. Huisarts Wet* 2003;46(10):543-6.

Achtergrond Huisartsen ervaren een hoge werkdruk en er dreigt een tekort aan huisartsen. Dit noopt ook zorgverzekeraars tot actie. Daarom heeft Achmea een medisch callcenter (MC) ontwikkeld.

Interventie Het doel van het inzetten van een MC is vermindering van werkdruk. De praktijkassistente krijgt minder telefoontjes binnen en het aantal consulten neemt af doordat er zelfzorgadviezen worden gegeven.

Effecten Dit artikel beschrijft de pilotfase van de inzet van dit MC, overdag, in 15 huisartsenpraktijken. De evaluatie was gericht op werkdrukveranderingen en op de acceptatie van het MC. Werkdrukveranderingen werden gemeten door contactregistraties. Huisartsen, hun assistentes, patiënten en de op het MC werkzame triageassistentes werd gevraagd naar hun ervaringen en tevredenheid met het MC. Uit de contactregistraties blijkt dat inzet van het MC het aantal contacten met de praktijk vermindert. Zowel de huisartsen als de assistentes merkten deze reductie niet op. De betrokkenen nemen ten opzichte van het MC een afwachtende houding aan.

Leerpunten Belangrijke verbeteringen betreffen de deskundigheid van de triageassistentes, het triagesysteem en de regeling van de wettelijke aansprakelijkheid rond het MC.

dr. E.R. Spelten, adviseur/onderzoeker Prismant, Papendorpseweg 65, 3528 BJ Utrecht; J.W. Gubbels, statisticus ORB, Grave
Correspondentieadres: evelien.spelten@prismant.nl
Mogelijke belangenverstreming: dit onderzoek is in opdracht van Achmea uitgevoerd en door Achmea gefinancierd.

Inleiding

Steeds meer huisartsen wendden zich tot zorgverzekeraars voor een oplossing voor hoge werkdruk, dreigende huisartsentekorten of bijna 'omvallende' praktijken. Achmea besloot daarom in 2002, via een pilot, een medisch callcenter (MC) te introduceren als mogelijke ondersteuning bij deze problemen. Het doel van het inzetten van het MC is de werkdruk in de praktijk te verlagen door een aantal binnenkomende telefoongesprekken weg te vangen en het aantal contacten te verminderen door zelfzorgadviezen te geven. De introductie van een callcenter is in lijn met een advies van de Raad voor de Volksgezondheid aan de minister van VWS.¹

Interventie

Bij deelname aan de pilot kan de huisarts het MC gedurende één of meer dagdelen inschakelen, volgens afspraak. Alle telefoongesprekken lopen dan via het MC. De patiënt krijgt in plaats van de eigen praktijkassistente een medewerker van het MC aan de lijn. Op het MC werken 'triageassistentes': ervaren verpleegkundigen en doktersassistentes. Zij inventariseren computergestuurd de zorgvraag en adviseren de patiënt volgens protocollen die in het Telefonisch Advies Systeem (TAS) zijn vastgelegd. De triageassistentes kunnen direct in de agenda van de huisarts een afspraak reserveren of een zelfzorgadvies geven. Een speciale 'telefoonarts' kan de triageassistentes altijd ondersteunen. Patiënten die via het MC bellen voor herhaalreceptuur worden buiten het TAS-systeem via de receptenlijn geholpen.

Aan de pilot namen 15 huisartsenpraktijken deel: drie dorpspraktijken in het oosten, vier in het westen, twee stadspraktijken in het oosten en zes in het westen. Alle praktijken waren niet apotheekhoudend. In de praktijken werkten in totaal 19 huisartsen die ruim 34.000 patiënten bedienden. De kleinste