

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

praktijk had 2300 verzekerden, de grootste praktijk had er 6000. Gedurende een periode van 8 weken (april en mei 2003) waren de praktijken gemiddeld een kwart van de tijd (8 ochtenden en 12 middagen) doorgeschakeld naar het MC. In deze periode hebben 4853 patiënten in totaal 6103 keren gebeld.

Belangrijkste kwaliteitsmaten

We evalueerden de pilot aan de hand van twee vragen:²

- ▶ Is er een effect van het MC op de werkdruk van de huisarts?
- ▶ Zijn de gebruikers tevreden over het MC?

Werkdruk

Werkdruk werd gemeten door veranderingen in het aantal patiëntcontacten. Hiervoor gebruikten we de database van TAS én een patiëntregistratiesysteem dat door huisarts en praktijkassistente werd ingevuld. De huisarts hield gedurende een week zonder MC en gedurende een week met MC voor elk patiëntcontact een aantal kenmerken bij. De assistente deed dit gedurende dezelfde weken voor elk telefonisch patiëntcontact en voor herhaalrecepten. De periode van een week is voldoende om betrouwbare resultaten te krijgen.³ De weken werden in overleg gekozen tussen februari en mei 2002. Vakantie- en waarneemperioden werden uitgesloten.

Tevredenheid

Onder gebruikers scharen we de huisartsenpraktijken, de patiënten en de triageassistenten. We interviewden de huisartsen en hun assistentes volgens een semi-structureerd interviewprotocol. Patiënten werden random geselecteerd en binnen drie dagen na toestemming telefonisch geïnterviewd door een onderzoeksbureau. De gebruikte vragenlijst is gebaseerd op Engelse lijsten.⁴⁻⁶ In een aantal proefinterviews zijn de procedures en het taalgebruik bij herhaling aangepast. De interviews werden in de avonden afgenomen. De triageassistenten vulden een vragenlijst in over het werken bij het MC en woonden een aanvullende workshop bij.

Effecten

Werkdruk

Het contactregistratiesysteem werd in tien van de vijftien praktijken, zowel bij de voor- als nameting op vier of vijf dagen ingevuld. Van deze tien praktijken analyseerden we de werkdruk. In vijf praktijken verliep de registratie in de voormeting door logistieke problemen niet goed. We weten niet of deze praktijken essentieel verschillen van de tien die wel voldoende gegevens registreerden. Uit het TAS-systeem bleek dat het gemiddeld percentage zelfzorgadviezen per dag op 19% lag (spreiding 10-30%). Het percentage zelfzorgadviezen per huisarts varieerde van 9% tot 34%, een variatie die vergelijkbaar is met de variatie in het aantal contacten per 1000 verzekerden.

De huisartsen registreerden zelf in de voormeting 1586 patiëntcontacten en in de nameting 1417. Dat is een vermindering van bijna 11%. In 9 van de 10 praktijken daalde het aantal contacten.

Wat is bekend?

- ▶ Huisartsen ervaren een hoge werkdruk.
- ▶ Er dreigt een tekort aan huisartsen.

Wat is nieuw?

- ▶ Inzet van een medisch callcenter in de huisartsenpraktijk is technisch mogelijk en organisatorisch inpasbaar.
- ▶ De werkdruk in de praktijk daalt bij een inzet gedurende een kwart van de tijd met ruim 10%.
- ▶ Huisartsen nemen een afwachtende houding aan; 45% van de patiënten geeft de voorkeur aan de nieuwe situatie, met triage.

De assistentes kregen tijdens de periode met doorschakeling 23% minder telefoongesprekken binnen (voormeting 3198 patiëntcontacten, nameting 2464).

Tevredenheid

Huisartsen

In twaalf van de vijftien praktijken zijn huisartsen en assistentes geïnterviewd. Met twee praktijken lukte het niet om binnen de gestelde termijn een afspraak te maken; één praktijk was nog maar kort aangesloten bij het MC.

Huisartsen noemden als belangrijkste voordelen de betere telefonische bereikbaarheid, de relatieve rust op de praktijk en het instellen van een receptenlijn. Enkel verwachten in de toekomst meer werk aan de assistentes te kunnen delegeren. Als nadelen zagen de huisartsen de onbekendheid van het MC bij patiënten, het extra werk dat het MC nog opleverde voor de praktijkassistenten en het ontbreken van een rechtstreekse toegang tot de praktijk. Huisartsen vonden het TAS-systeem te veel geënt op de ANW-problematiek en niet goed afgestemd op de huisarts-patiënt. Het triagesysteem zou ook onnodig star zijn. Tot slot vereiste deelname aan het MC aanpassingen in de organisatie van de praktijk.

In tegenstelling tot de uitkomsten uit het TAS en het patiëntregistratiesysteem merkten de huisartsen niet dat de werkdruk afnam. Op gemiddeld 160 contacten per week wordt een vermindering met 16 contacten niet per definitie als een vermindering van werkdruk ervaren. Slechts één huisarts gaf aan een afname van het aantal consulten door meer zelfzorgadviezen van belang te vinden.

De meeste huisartsen gingen er vanuit dat de medische veiligheid van de advisering en de betrouwbaarheid van informatie voldoende gewaarborgd kunnen worden door de aanwezigheid van een arts bij het MC. Niet alle huisartsen wisten precies hoe de wettelijke aansprakelijkheid rond het MC geregeld was. Vrijwel alle huisartsen stelden het doorgaan met het MC in de toekomst afhankelijk van de kosten voor de praktijk en tijdsbesparing voor de assistentes. Doorschakelen wilden ze voor een paar dagdelen per week, vooral in de middag.

Praktijkassistenten

Als voordelen noemden de praktijkassistenten de betere bereik-

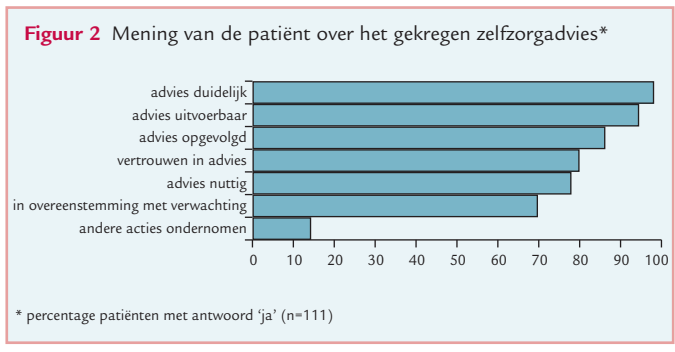
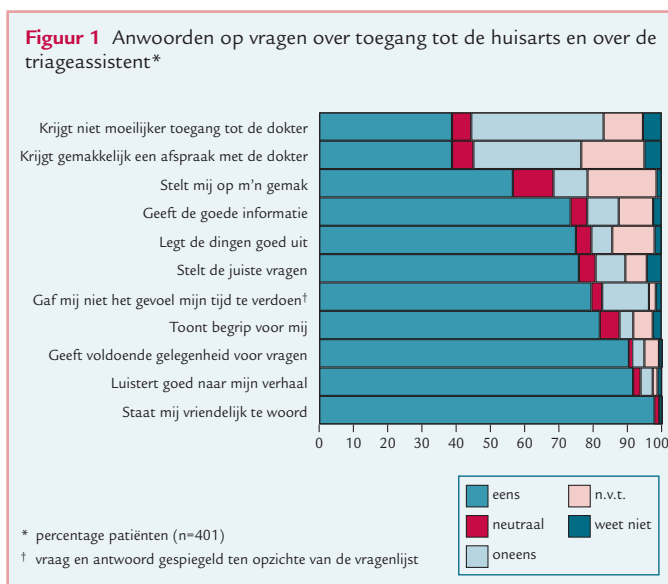
baarheid voor de patiënt en de rust op de praktijk. Als nadelen zagen zij de extra administratie en het herstellen van fouten bij afspraken, met name in het begin van de pilot.

De praktijkassistentes bleken bezorgd over een verschriving van hun beroep. Zij vinden het directe contact met de patiënt en hun bekendheid met de patiënt een essentieel onderdeel van hun werk. Praktijkassistentes bemerkten dat triageassistentes inefficiënt werkten en fouten maakten doordat deze de medische achtergrond van de patiënten niet kenden. Tijdens de pilot leidde inzet van het MC nog niet tot delegatie van andere taken met mogelijk andersoortige patiëntencontacten. Patiënten uitten hun ongenoegen over het contact met een onbekende bij de praktijkassistentes. Doorschakeling willen ook de praktijkassistentes vooral op de middagen.

Patiënten

In totaal hebben in de pilotperiode 4853 patiënten contact gehad met het MC; 1489 patiënten zijn gevraagd voor dit onderzoek; 698 (47%) patiënten gaven toestemming; 497 (nettorespons 33%) patiënten zijn geïnterviewd. De respons bij de patiënten die toestemming gaven is hoog, het benaderen van patiënten voor deelname aan onderzoek direct na de hulpvraag blijkt minder succesvol. In de onderzochte groep is een oververtegenwoordiging van mensen die belden voor hun kinderen, jongeren, patiënten die een zelfzorgadvies kregen en patiënten met kortere gesprekken. Verschillen tussen jong en oud zijn nader bekeken. Bij de stellingen over de triageassistentes zijn er geen significante verschillen; dat geldt ook voor de aspecten van het zelfzorgadvies en het algemene rapportcijfer. Van de jongeren geeft 47% de voorkeur aan het callcenter; bij ouderen is dat 38%. Dit verschil is niet significant (5%-niveau).

Patiënten waren vooral tevreden over de correcte en vriendelijke benadering van de triageassistentes en over het stellen van de juiste vragen. Over de toegang tot de huisarts en het gemak waarmee men een afspraak kreeg, waren de meningen verdeeld. Beide



resultaten zijn weergegeven in *figuur 1*. Voor verbetering vatbaar zijn: de lengte van het gesprek (te lang) en het aantal gestelde vragen (te veel). Patiënten werden snel te woord gestaan (55% binnen een minuut). Ruim 75% van de patiënten vond de wachttijd acceptabel.

Achtenzestig procent van de patiënten had vertrouwen in de samenwerking tussen huisarts en MC. Tien procent van patiënten zou uitkijken naar een andere praktijk als het MC blijvend ingezet zou worden. Veel patiënten (83%) denken niet dat de inzet van het MC zal leiden tot betere zorg. Voorkeur voor de nieuwe situatie – dus met het MC – was er bij 45% van de patiënten, 55% had een voorkeur voor de oude situatie.

Van de 497 patiënten kregen er 111 (22%) een zelfzorgadvies. Een meerderheid van de patiënten vond het advies nuttig en in overeenstemming met de verwachting. Vier procent ondernam andere acties, zoals thuisblijven of eigen medicatie toepassen en 10% ging alsnog naar de huisarts: een percentage dat lager ligt dan in andere onderzoeken (*figuur 2*).⁷

Triageassistentes

Van de 25 triageassistentes werkzaam bij het MC deden er 19 mee aan het onderzoek. De triageassistentes waren tevreden over de aandacht voor de patiënt, over het contact met de arts van het MC en over het contact met hun collega's. De triageassistentes voelden zich tijdens de pilot gehinderd door hun gebrek aan kennis van de specifieke problematiek van de huisartspatiënt en door hun persoonlijke onbekendheid met de patiënt. De triage bleek teveel gericht op ANW-problematiek. Het MC werkt volgens protocollen op basis van NHG-Standaarden. Door de grote variatie in praktijkvoering traden er hierbij afstemmingsproblemen op.

Leerpunten en vervolg

De pilot van het MC toont aan dat een MC in te zetten is in een huisartsenpraktijk. Na een wenperiode zorgde het MC voor rust op de praktijk. De invoering leidde nergens tot grote problemen. Uit de evaluatie blijkt dat de houding van huisartsen, praktijkassistentes en patiënten ten opzichte van inzet van een MC afwachtend is te noemen. Huisartsen stellen een toekomstige inzet van een MC afhankelijk van de kosten die eraan verbonden zijn ten opzichte van de 'opbrengsten' voor de praktijk. De praktijkassistentes zijn vooral bezorgd over een verschriving van hun beroep. Zij vinden het directe contact met de patiënt essentieel aan hun

Abstract

Spelten ER, Gubbels JW. A Medical Call Centre in practice. A study into effect and experience. *Huisarts Wet* 2003;46(10):543-6.

Background GPs in the Netherlands experience a high workload and predictions point to a potential shortage of GPs in the near future. This has prompted Achmea Health Insurers to develop a Medical Call Centre (MC) for use in GP-practices during office hours. Results of a pilot study with the MC in 15 GP-practices are reported.

Intervention The aim of an MC is to reduce the number of phone calls to the practice and the number of visits to the practice by providing medical self-care advice. This service is comparable to NHS Direct.

Effects Workload reduction was measured through a registration of the number of contacts (both phone calls and visits) with the practice. In addition, GPs, their assistants, patients and the triage assistants who work in the MC, were interviewed. Registrations show a reduction of the number of contacts on days when calls connected via the MC. This reduction was not perceived by GPs and their assistants. The increased accessibility by phone and the relative peace and quiet on the practice were the main advantages of an MC. Concerns were expressed with respect to the triage system and the triage assistants. The triage system was not equipped to deal with general GP patients and the triage assistants lacked (medical) knowledge of the GP-patients.

Future developments Improvements need to be made with respect to the medical liability, the triage system and the expertise of the triage assistants.

werk. Patiënten zien geen verbetering van de kwaliteit van de zorg ten gevolge van de samenwerking tussen MC en huisarts. Toch zullen zij bij invoering van het MC niet snel bij de huisarts weggaan, maar dat kan waarschijnlijk ook niet in een situatie met een huisartsentekort.

Opmerkelijk is dat een werkdrukvermindering van ruim 10% niet als een verlichting ervaren werd door de huisartsen. Meer inzicht in het patroon van werkdruk over de week en natuurlijke schommelingen hierin is dan ook gewenst.

De triageassistentes – hier voor het merendeel verpleegkundigen – werden in hun functioneren belemmerd doordat zij de problemen van de huisartspatiënt niet goed genoeg kenden. Hun opleiding sluit niet goed aan bij de situatie van de huisartspatiënt. Om- en bijscholing is nodig voor een effectieve inzet van verpleegkundigen in een huisartsentriagesysteem.

Beperkingen

De meeste praktijken die meededen aan het onderzoek waren goed georganiseerd. Huisartsen deden vooral mee uit nieuwsgierigheid naar deze vorm van dienstverlening en niet vanwege bestaande problemen. De uitkomsten kunnen vertekend zijn door deze selectiebias. Dat de registratiegegevens beperkt zijn tot 10 van de 15 praktijken kan ook van invloed zijn geweest op de uitkomsten van het onderzoek.

De onderzochte patiëntengroep is klein in vergelijking met de totale patiëntenpopulatie die contact had met het MC. Ook hier

kunnen uitkomsten vertekend zijn door selectiebias. Mogelijk zijn de triageassistentes, onbewust, selectief geweest wanneer zij aan patiënten toestemming vroegen aan het onderzoek te nemen. Het risico bestaat dat dit minder gebeurd is bij patiënten met een ingewikkelder triagegesprek. Vergelijking tussen de totale groep en de steekproef geeft aan dat in de onderzochte patiëntengroep een oververtegenwoordiging is van mensen die belden voor hun kinderen, jongeren, patiënten die een zelfzorgadvies kregen, en patiënten met kortere gesprekken. Binnen de onderzochte groep was er geen verschil tussen jongere en oudere (>55 jaar) patiënten. Toch kan de groep mogelijk niet representatief zijn voor de gemiddelde huisartspatiënt.

Vervolg

Voor de toekomstige ontwikkeling van het MC zijn de volgende aandachtspunten van belang:

- ▶ De deskundigheid van de triageassistentes en de triage moeten beter afgestemd worden op huisartspatiënten.
- ▶ Er moet een heldere en sluitende regeling komen voor de wettelijke aansprakelijkheid met betrekking tot het MC.
- ▶ In vervolgonderzoek dient meer aandacht besteed te worden aan het effect van het MC op patiëntenstromen binnen de huisartsenpraktijk.

Dankbetuiging

Wij bedanken Ute Roschar-Pel, niet-praktiserend huisarts, voor het lezen van een eerdere versie van dit manuscript.

Literatuur

- 1 Raad voor de Volksgezondheid. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer, 2002.
- 2 Spelten E, Carlier A, Gubbels J. De Huisartsenlijn in de praktijk. Utrecht: Prismant, 2002.
- 3 Van der Ree CM, Mookink HGA, Post D, Gubbels JW. Het terugbestelgedrag van de huisarts. Een toetsend beschrijvend onderzoek. *Huisarts Wet* 1992;35:9-12.
- 4 O'Connell JM, Stanley JL, Malakar LC. Satisfaction and Patient Outcomes of a telephone based nurse triage service. *Managed Care* 2001;10:10.
- 5 Grogan S, Connor M, Norman P, Willits D, Porter I. Validation of a questionnaire measuring patientsatisfaction with general practitioner services. *Qual Health Care* 2000;9:210-5.
- 6 O'Cathlain A, Munro JF, Nicholl JP, Knowles E. How helpful is NHS direct? Postal survey of callers. *BMJ* 2000;320:1035.
- 7 Lee, TJ, Guzy J, Johnson D, Woo H, Baraff LJ. Caller satisfaction with after-hours telephone advice: nurse advice service versus on-call pediatricians. *Paediatrics* 2002;110:865-1.