

Medisch callcenter 2

Sardeman concludeert in zijn commentaar over de medische callcenters dat de inspectie een medisch callcenter een risicovol experiment vindt.¹ Volgens hem kunnen taken wel verschoven worden, maar de bijbehorende verantwoordelijkheden niet. Hij stelt dat de huisarts zijn verantwoordelijkheid in een constructie met een callcenter niet kan waarmaken. De vraag hoe de huisarts zijn verantwoordelijkheden kan waarmaken kan simpel beantwoord worden, door aan de huisarts te vragen welke hulpmiddelen er (dan wel) moeten worden ingezet. Lucassen noemt in zijn commentaar de kern van de huisartsenzorg.² Om dit specifieke van de huisartsgeneeskundige zorg goed uit te voeren, zijn volgens mij een aantal zaken nodig, zoals acceptabele werktijden, voldoende praktijkassistentie en praktijkondersteuning, een hagemanager³ en faciliterende diensten voor werkgeverschap, automatisering, service/inkoop en een *clearing house*.

Deze wensen komen wel uit de beroepsgroep zelf, maar ze ook realiseren is steeds een brug te ver. Een medisch callcenter op afstand vindt zijn oorsprong in de huisartsenpost waar met een geautomatiseerd triagesysteem de eerste telefonische triage plaatsvindt en daar redelijk goed functioneert. Frans Bierens, voormalig coördinator en manager van het medisch callcenter van Zorgverzekeraar Achmea, zegt in *Medisch Vandaag* van 19 februari 2003 dat 'je het callcenter ook moet afzetten tegen het tekort aan huisartsen en assistenten. Het is hoofdzakelijk bedoeld voor die plekken waar een chaos dreigt'. Zo ver moet het dus blijkbaar komen. Misschien dat in de toekomst een medisch callcenter op een HOED, dus dicht bij de kern, wel een waardevolle toevoeging is.

Als we huisartsen verantwoordelijk houden voor de zorg, dan vloeit daaruit voort dat huisartsen ook inspraak horen te hebben in de voorwaarden waarop ze deze zorg kunnen waarmaken. Ik hoop dat de inspectie ook op die aspecten van de zorg zal letten. Waarom gaan de verzekeraars

door als callcenters in de huidige vorm worden afgewezen, zowel door de inspectie als op vakinhoudelijke gronden? Dit geldt namelijk voor geen enkele andere innovatie!

Anton Maes

- 1 Sardeman RC. *Medische callcenters: een heikele zaak*. Huisarts Wet 2003;46:537.
- 2 Lucassen PLBJ. *Medische callcenters zijn strijdig met goed huisartsgeneeskundig handelen*. Huisarts Wet 2003;46:538.
- 3 Van den Bosch W, Doveren M, Marks A, Van Damme R. *Veranderingen in de huisartsenpraktijk vragen om managementondersteuning*. Huisarts Wet 2003;46:547-51.

Antwoord

Ik ben het eens met de stelling van Maes dat er meer ondersteuning zou moeten komen, maar ik vind ook dat een huisarts daar zelf een actievere rol in zou kunnen spelen dan slechts de hand op te houden bij de overheid. In 1990 had ik bijvoorbeeld zelf in mijn praktijk een parttime verpleegkundige voor het behandelen van chronische zieken, meten van bloeddrukken en doen van uitstrijkjes. Ik betaalde dat destijds uit eigen zak. Het leverde mij meer tijd op, een plezieriger werkomgeving en inhoud en (volgens de patiënten) een duidelijke verbetering van de kwaliteit.

Verder ben ik het met Maes eens dat een callcenter op relatief kleine schaal onder duidelijk eigen verantwoording van de huisarts een waardevolle toevoeging zou kunnen zijn.

Rob Sardeman

Medisch callcenter 3

Samen met een collegapraktijk in ons dorp deed ik mee aan de pilot Medical Call Center van Achmea zoals door Spelten en Gubbels beschreven (H&W 2003; 46:543-6). Onze assistente was eraan gewend om met actuele dossiergegevens voor de neus de telefoon op te nemen en een adequate triage met bijbehorend advies of spreekuurplanning toe te passen en vast te leggen. We bespraken op

vaste momenten haar triage en haar adviezen. Deelname aan een pilot leek ons een nobel streven, want los van de hectiek van een pilot, leek de rust aan de telefoon op desbetreffende dagdelen ons prettig. Maar de grip op de toch al schaarse agendaplekken en het gevoel van zorg op maat verdwenen bij een deel van de patiënten, de assistente en de huisarts. Het leverde meer werk en zelfs enkele conflicten met patiënten op. Voor ieders zielsrust besloten we om vlak voor onze vakantie te stoppen om alle losse eindjes een plek te kunnen geven.

Naderhand probeerden we de onvrede concreet te krijgen. De afwezigheid van een actueel medisch dossier, de onbekendheid met de praktijkorganisatie en de patiëntengroep, de rigiditeit van triage en de traagheid van mogelijke interventie leidden bij ons niet tot de gewenste werkdrukvermindering of kwaliteitsverbetering. Spelten en Gubbels missen in hun afweging een aantal negatieve aspecten. Dat de opmerking bij de leerpunten dat de invoer van het MC nergens tot grote problemen leidde onjuist is, mag duidelijk zijn en dat dit de selectiebias nog verder negatief beïnvloedt, lijkt me logisch. Voor een correcte hulpvraagverheldering en -behandeling is het volgens de actuele inzichten essentieel dat op basis van zowel de inhoud van het lopende dossier, als de bekendheid met het gedrag van de individuele patiënt een nuancering voor de triage wordt aangebracht. Zelfzorgadviezen zijn zowel in de dag- als in de ANW-zorg de achilleshiel van de verantwoordelijkheid van de huisarts. Om die verantwoordelijkheid goed te kunnen dragen is een duidelijke, korte kwaliteits- en feedbacklijn tussen de huisarts en het verhaal van praktijkassistentie aan de telefoon onontbeerlijk.

Door deze verantwoordelijkheid schijnbaar – maar niet feitelijk – over te nemen, ontkent Achmea de gespecialiseerde en specifieke kennis van de huisartsenzorg wat betreft een zorgvuldige triage en behandeling in de korte, doorgaans geoliede en efficiënte lijnen tussen de huisarts, de praktijkassistentie en de patiënt. Dat zorgplichtige verzekeraars oog heb-

ben voor de werkdruk van de zorgleverende huisartsen is prima, maar wij hebben liever ondersteuning en uitbreiding van de bestaande structuur en ik denk niet dat het hier om een unieke situatie gaat!

Stijn van den Broek

Medisch callcenter 4

Over het callcenter van Achmea heb ik vanuit het veld (inspectie, NHG, LHV) weinig positief commentaar gehoord of gezien. Graag wil ik als gebruiker enig commentaar geven.

De telefonische bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk is vaak slecht en de belasting voor de praktijk is groot. Aan de assistente gedelegeerde taken zijn nauwelijks uitvoerbaar als de praktijk de gehele dag rechtstreeks telefonisch bereikbaar moet zijn. Huisartsenpraktijken kennen geen kwaliteitsbeleid; hun organisatorisch handelen is weinig transparant en er is geen controle van buitenaf. Allemaal zaken waarin een professionele organisatie als het callcenter kan en moet voorzien. Na mijn deelname aan de pilot medio 2002 besloot ik niet meer van het callcenter gebruik te maken. Sinds juli 2003 heb ik het callcenter echter in 'de daluren' weer ingeschakeld. 's Morgens en tussen de middag nemen wij de telefoon op voor het maken van afspraken en het telefonisch spreekuur.

Door de rapportage via fax en telefoon kan ik het handelen van het callcenter volgens mij prima controleren. De gegeven zelfzorgadviezen zijn over het algemeen van een behoorlijk niveau en patiënten zijn er tevreden over. Als bij een patiëntencontact de voorgeschiedenis relevant blijkt, is de praktijk eenvoudig bereikbaar.

Patiënten triageren ook zelf. Zij weten meestal waarvoor zij bellen: een afspraak, een telefonisch advies of hulp bij een spoedgeval. Mijn ervaringen met het callcenter bij spoedgevallen zijn uitstekend. De praktijk kan nog wel eens in gesprek zijn, het callcenter heeft altijd voldoende lijnen open. Als ik hetzelfde service-niveau in de praktijk zou moeten organi-

seren, zou dit aanzienlijk meer kosten en een complexe organisatie vergen.

Alles wat nieuw is heeft kinderziektes, dat heb ik tijdens de pilot gemerkt. Om de huisartsenzorg overeind te houden zijn innovatieve ideeën noodzakelijk. Waarom is men daar zo bang voor?

K. Meijer

NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode

De NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode besteedt duidelijk aandacht aan de verhoogde ijzerbehoefte in de zwangerschap.¹ De afkappunten in eerste en tweede trimester voor hemoglobine (Hb) zijn conform internationale richtlijnen: 6,8 en 6,5 mmol/l, rekening houdend met de hemodilutie in de zwangerschap. Het is niet duidelijk waarom vervolgens geen rekening wordt gehouden met de hemoconcentratie die daarop volgt in het derde trimester.

Conform de standaard geeft een Hb >6,5 mmol/l aan het einde van de zwangerschap en post partum pas aanleiding tot actie. Dit betekent dat veel vrouwen onnodig in suboptimale conditie aan de veeleisende kraamperiode beginnen. Fysieke conditie is direct evenredig met het hemoglobinegehalte: de toename van de hartslag van vrouwen met een Hb van 6,5 mmol/l is 17% ten opzichte van vrouwen met een Hb >8,1 mmol/l. Van de groep vrouwen met een Hb >8,1 mmol/l volbrengt 100% een maximale tredmolenarbeid, terwijl slechts 50% van een groep vrouwen met een Hb van 6,5 mmol/l deze prestatie weet te leveren.² Daarnaast is recentelijk aangetoond dat vrouwen met een normaal Hb maar geringe ijzerreserve (ferritine <50 µg/l) na ijzersuppletie minder moe zijn, gemeten op een tienpunts visuele analoge schaal.³ Er is dus alle reden om ook aan het einde van de zwangerschap en post partum te streven naar een voldoende ijzerreserve en een Hb van ten minste 7,5 mmol/l, het gangbare afkappunt voor anemie bij niet-zwangere vrouwen.

W.E. Elion-Gerritzen, klinisch chemicus

- 1 Oldenzil JH, Flikweert S, Daemers DOA, Groenendijk B, Lo Fo Wong SH, Wiersma Tj. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode. *Huisarts Wet* 2003;46:369-87.
- 2 Gardner GW, Edgerton R, Senewiratne R, Barnard J, Ohira Y. Physical work capacity and metabolic stress in subjects with iron deficiency anaemia. *Am J Clin Nutr* 1977;30:910-7.
- 3 Verdon F, Burnand B, Fallab Stubi C-L, Bonard C, Graff M, Michaud A, et al. Iron supplementation for unexplained fatigue in non-anaemic women: double blind randomised placebo controlled trial. *Brit Med J* 2003;326:1124-6.

Antwoord

Elion-Gerritzen vraagt waarom de gehanteerde afkappunten bij de hemoglobinebepaling geen rekening houden met de hemoconcentratie in het laatste trimester van de zwangerschap. Ons inziens maakt zij een verkeerde aanname. De 'vertrouwde' normaalwaarden van het hemoglobinegehalte gedurende de zwangerschap zijn voornamelijk totstandgekomen in populaties waar zwangeren routinematig ijzer innamen. Heringa heeft aangetoond dat het normale Hb-verloop gedurende de zwangerschap *met* (routinematige) ijzerinname anders verloopt dan *zonder*. Wanneer zwangeren geen ijzer innemen, blijft een stijging van het hemoglobinegehalte in het derde trimester uit.¹

In het vervolg van haar betoog gebruikt ze twee onderzoeken onder *niet-zwangere vrouwen* in zeer specifieke situaties. Deze zijn niet toepasbaar voor de eerstelijns Nederlandse zwangerenpopulatie. De KNOV-standaard 'Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk' besteedt veel aandacht aan de relatie tussen Hb-waarden en/of ijzerinname enerzijds en klachten en welbevinden van vrouwen anderzijds. Vermoeidheid in de zwangerschap blijkt nauwelijks gerelateerd aan een laag hemoglobinegehalte. IJzersuppletie leidt dan ook lang niet altijd tot verbetering van de klachten.² De kern van ons meningsverschil ligt bij de vaststelling dat wat we altijd als een 'laag' Hb bij zwangeren en kraamvrouwen hebben geïnterpreteerd, in de meeste gevallen niet overeenkomt met de diagnose 'ijzer-