

Wie een huisartsenpost belt, verwacht een huisarts aan de telefoon

Paul Giesen, Eric Moll van Charante, Henk Mookink, Patrick Bindels, Wil van den Bosch, Richard Grol

Inleiding

In veel westerse landen komen er voor de huisartsenzorg buiten kantooruren steeds meer grootschalige huisartsenposten en gebeurt er steeds meer telefonische triage en advies door niet-artsen.¹⁻³ Deze organisatorische verschuiving leidt tot meer telefonische consulten en minder visites en vis-à-vis consulten.² Hierdoor is de efficiëntie van de zorg toegenomen, de werkbelasting van de huisartsen afgenomen en hun arbeidssatisfactie verbeterd.¹⁻⁷

Ook voor patiënten hebben huisartsenposten belangrijke gevolgen. In het verleden kregen patiënten meestal een huisarts of diens partner aan de lijn; tegenwoordig worden ze te woord gestaan door een triagist (een verpleegkundige of doktersassistente). Hoewel de sterke toename van het aantal telefonische consulten een effectief middel is om de patiëntenstroom te sturen en de druk op de huisartsen te verminderen, komt uit de lite-

ratuur naar voren dat patiënten over telefonische consulten van huisartsenposten negatiever oordelen dan over vis-à-vis consulten en visites.⁸⁻¹³

Triagemodellen

In Denemarken doen huisartsen zelf de telefonische consulten; in Engeland voeren verpleegkundigen de telefonische gesprekken.^{2,3} Daarnaast kennen Engeland en Zwitserland nationale telefonische hulplijnen voor gratis advies door verpleegkundigen, die door geautomatiseerde triage-adviessystemen worden ondersteund.^{14,15} Nederland heeft een hybride model: de triagist handelt het grootste deel van de telefonische contacten zelf af, maar een huisarts is op de achtergrond aanwezig voor consult en supervisie.¹⁶ Op enkele huisartsenposten in Nederland heeft een 'regiearts' of 'telefoonarts' een prominente rol. Deze arts is continu aanwezig op het callcenter van de huisartsenpost en

Samenvatting

Giesen P, Moll van Charante E, Mookink H, Bindels P, Van den Bosch W, Grol R. Wie een huisartsenpost belt, verwacht een huisarts aan de telefoon. *Huisarts Wet* 2008;51(3):147-50.

Inleiding Met de komst van huisartsenposten in Nederland is er een belangrijke rol ontstaan voor doktersassistenten en verpleegkundigen die onder supervisie van huisartsen de telefonische triage en advies verzorgen. Dit leidde tot een toename van het aantal telefonische consulten en een afname van vis-à-vis consulten en visites. Aangezien niet duidelijk was hoe patiënten de telefonische consulten ervoeren, onderzochten we hun oordeel daarover. We onderzochten ook hoe deze patiëntenoordelen samenhangen met kenmerken van de patiënten zelf en van de huisartsenposten. Om aanknopingspunten te vinden voor kwaliteitsverbetering, richtten we ons op de negatieve oordelen (rapportcijfer ≤ 6).

Methoden Cross-sectioneel vragenlijstonderzoek onder patiënten die telefonisch advies kregen via een van de 26 onderzochte huisartsenposten in Nederland.

Resultaten De totale respons was 49,3% (2583/5239). Patiënten oordeelden negatiever over een telefonisch consult, (OR 4,2, 95%-BI 3,2-5,6) als zij een vis-à-vis consult of visite verwachtten. Indien een speciale superviserende regie-arts aanwezig was op het callcenter van de huisartsenpost, oordeelden ze minder negatief over het telefonisch consult van de triagist (OR 0,4 95%-BI 0,2-0,8).

Discussie De discrepantie tussen de verwachting van een patiënt om een consult of visite te krijgen en het vervolgens krijgen van een telefonisch consult blijkt de sterkste voorspeller van een negatief patiëntenoordeel. Grotere aandacht voor de verwachting van patiënten om een dokter te spreken leidt mogelijk tot positievere patiëntenoordelen. De aanwezigheid van een superviserende regiearts op een huisartsenpost had een positieve invloed op het patiëntenoordeel, maar voor gefundeerde uitspraken hierover is nader onderzoek nodig.

Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK), UMC St Radboud, Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. P. Giesen, huisarts; dr. H. Mookink, methodoloog; prof.dr. R. Grol, hoogleraar kwaliteit van zorg. Afdeling Huisartsgeneeskunde, UMC St Radboud, Nijmegen: prof.dr. W. van den Bosch, hoogleraar huisartsgeneeskunde. Afdeling Huisartsgeneeskunde, AMC, Amsterdam: E. Moll van Charante, huisarts en onderzoeker; prof.dr. P. Bindels, hoogleraar huisartsgeneeskunde.
Correspondentie: P.Giesen@voha.umcn.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Giesen P, Moll van Charante E, Mookink H, Bindels P, Van den Bosch W, Grol R. Patients evaluate accessibility and nurse telephone consultations in out-of-hours GP care: determinants of a negative evaluation. *Patient Educ Couns* 2007;65:131-6. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Wat is bekend?

- ▶ Huisartsenposten die buiten kantoortijden telefonische consulten aanbieden, verhogen de efficiency van de huisartsenzorg.
- ▶ Patiënten oordelen negatiever over telefonische consulten van huisartsenposten dan over vis-à-vis consulten en visites.

Wat is nieuw?

- ▶ De meeste negatieve oordelen (26%) geven patiënten over de baat van het telefonische consult.
- ▶ De belangrijkste voorspeller van negatieve oordelen is de verwachting dat de patiënt zelf op consult kan komen of dat er een huisarts op visite komt.

kan ter plekke alle telefonische consulten controleren, advies en feedback geven aan triagisten, en complexe telefoongesprekken overnemen.¹⁷

Negatieve patiëntenoordelen als kwaliteitsinstrument

Systematisch gebruik van ervaringen van patiënten kan behulpzaam zijn om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. In dit artikel bespreken we negatieve patiëntenoordelen (rapportcijfer ≤ 6), omdat juist de negatieve oordelen en de kritiek van patiënten aanknopingspunten bevatten om de zorgkwaliteit te verbeteren. Op basis van de literatuur veronderstellen we dat patiënten negatiever zullen oordelen als ze een andere vorm van zorg krijgen dan ze verwachten.¹⁸ Ook zullen jongere patiënten en patiënten met een niet-Nederlandse nationaliteit neigen tot een negatiever oordeel.⁹⁻¹³ Ten slotte verwachten we een negatiever patiëntenoordeel op kleine huisartsenposten en op huisartsenposten met een triagemodel zonder regiearts.¹⁷

Deze hypothesen over patiëntenoordelen werden getest op huisartsenposten in Nederland met als vraagstelling:

- Wanneer worden telefonische consulten het meest negatief gewaardeerd?
- Wat is de samenhang tussen een negatief oordeel over telefonische consulten en kenmerken van patiënten en huisartsenposten?

Methode

Onderzoekopzet en populatie

Het betreft een cross-sectioneel vragenlijstonderzoek onder patiënten die een telefonisch advies kregen van 1 van de 28 deelnemende huisartsenposten in Nederland in de periode maart 2003 - mei 2005.

Instrument en procedure

We ontwikkelden een vragenlijst en testten die op validiteit en betrouwbaarheid.¹³ We stuurden per huisartsenpost aan tweehonderd patiënten een vragenlijst. Dat gebeurde binnen twee dagen na het telefonische consult; na tien dagen stuurden we een herinnering.

De vragenlijst over telefonische consulten bevatte twee schalen waarvan één betrekking had op communicatieve en medisch-inhou-

delijke aspecten van het telefonische contact (11 items) en de ander op de organisatie (3 items). Patiënten konden deze items beoordelen met een rapportcijfer van heel slecht (1) tot uitstekend (10).

Patiëntkenmerken werden gedichotomiseerd: geslacht, leeftijd (patiënten ≥ 65 jaar), nationaliteit (wel/niet-Nederlands), verzachte zorg (telefonisch consult versus consult of visite), chronische ziekte (ja/nee) en afstand tot de huisartsenpost (kleiner of groter dan 10 kilometer).

We verzamelden ook een aantal kenmerken van de huisartsenposten: de grootte van de huisartsenpost (huisartsenpost met wel/niet > 1 satellietpost); stedelijk/landelijk gebied (regio met meer of minder dan 100.000 inwoners), en huisartsenposten met wel of geen regiearts). Onleesbare of niet-ingevulde items werden als 'ontbrekend' gecodeerd. Overleden patiënten werden buiten het onderzoek gehouden en dat geldt ook voor twee huisartsenposten die de onderzoeksprocedure niet konden volgen. Ons onderzoek heeft dus betrekking op 26 huisartsenposten.

Analyse

De analyses voerden we uit met behulp van SPSS 11.5. Voor de eerste vraagstelling berekenden we het gemiddelde percentage voor alle items die beoordeeld waren met een rapportcijfer ≤ 6 , evenals de spreiding per item voor de posten met het hoogste of het laagste percentage negatieve beoordelingen. We kozen vooraf het afkappunt ≤ 6 omdat die scores volgens ons betekenen dat er een kwaliteitsverbetering te halen moet zijn.

Voor de tweede vraagstelling berekenden we op de schaal 'hulpverlener aan de telefoon' een gemiddelde score (Cronbach's alfa = 0,97). Aangezien veel respondenten tenminste één item van de voor de regressieanalyse gebruikte variabelen niet ingevuld hadden (al dan niet omdat deze niet van toepassing waren), gebruikten we een imputatietechniek zonder de variantie en covariantie te beïnvloeden.²⁰ Daarna scheidden we variabelen in negatief en positief, met het gemiddelde rapportcijfer 6 als scheidspunt. We voerden een mixed models multilevel logistische regressieanalyse uit die rekening houdt met verschillen tussen huisartsenposten, om te bepalen welke kenmerken met een negatief patiëntenoordeel samenhangen. De relatie tussen een negatief patiëntenoordeel en patiënt- en organisatiekenmerken werd weergegeven in oddsratio's (OR's) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI's). Elke samenhang met een $p < 0,05$ beschouwen we als significant.

Resultaten

Voor de 26 deelnemende huisartsenposten werden 5239 vragenlijsten verstuurd. Hierop antwoordden 2583 patiënten (de respons was 49,3%, met een variatie tussen de posten van 42% tot 59%). Van de patiënten oordeelde 26% negatief over de vraag of ze baat hadden gehad bij het telefonisch advies. De items vriendelijkheid (12%) en tijd voor je nemen (14%) werden het minst vaak negatief beoordeeld. De percentages negatieve oordelen tussen de huisartsenposten met de hoogste en laagste scores verschilden op alle items sterk (tabel 1).

We vonden geen samenhang tussen negatieve patiëntenoordelen

Tabel 1 Percentage patiënten dat negatief oordeelde (score ≤ 6) over aspecten van het telefonisch consult en huisartsenposten met de hoogste en de laagste percentages negatieve oordelen* (n = 2583)

	Aantal en % ontbrekende waarden†	Gemiddelde % negatief oordeel	Huisartsenpost met hoogste % negatieve oordelen	Huisartsenpost met laagste % negatieve oordelen
Telefonisch consult				
- Baat bij advies	423 (16)	26	39	17
- Geruststelling	337 (13)	22	32	13
- Kwaliteit gekregen advies	248 (10)	21	37	14
- Deskundigheid	263 (10)	19	27	13
- Vertrouwen	231 (9)	19	30	11
- Begrijpen van mijn probleem	198 (8)	18	32	11
- Uitvoerbaarheid advies	436 (17)	17	34	9
- Serieus nemen	148 (6)	16	24	8
- Begrijpelijke uitleg	285 (11)	15	25	8
- Tijd nemen	71 (3)	14	22	5
- Vriendelijkheid	124 (5)	12	20	5

* Interpretatie: hoe lager het percentage, hoe minder negatief (of hoe positiever) het oordeel

† Ontbrekende waarden of 'niet van toepassing'

over de telefonische consulten en het geslacht, de nationaliteit, of het hebben van een chronische ziekte. Evenmin vonden we een verband met de grootte van de huisartsenpost en de mate van verstedelijking. Er bleek wel verband te bestaan met de afstand tot de huisartsenpost.

Patiënten die een consult of een visite verwachtten maar een telefonisch consult kregen, oordeelden het meest negatief (OR 4,2; 95%-BI 3,2-5,6). Oudere patiënten (OR 0,6; 95%-BI 0,4-0,9) en patiënten bij de twee huisartsenposten met een regiearts (OR 0,4; 95%-BI 0,2-0,8) oordeelden het minst negatief over het telefonische consult (tabel 2).

Tabel 2 Verband tussen negatieve patiëntenoordelen over het telefonisch consult en kenmerken van de patiënten respectievelijk de huisartsenposten

	Patiënten en HAP kenmerken in %	Oordeel over telefonisch consult (oddsratio en 95%-BI)
Kenmerken van patiënten:		
- geslacht (mannelijk)	59,8	0,9 (0,7-1,1)
- leeftijd (≥ 65 jaar)	16,6	0,6 (0,4-0,9)*
- nationaliteit (allochtoon)	3,3	1,1 (0,6-2,0)
- chronische ziekte	40,9	0,9 (0,7-1,1)
- afstand (> 10 km)	31,6	1,4 (1,1-1,8)*
- verwacht consult of visite	49,2	4,2 (3,2-5,6)*
kenmerken van huisartsenposten:		
- grootte (> 1 satellietpost) (n = 10)	38,5	1,0 (0,8-1,3)
- landelijke gebieden (n = 15)	57,7	1,0 (0,8-1,3)
- telefoonarts (n = 2)	7,7	0,4 (0,2-0,8)*

Interpretatie: hoe lager de oddsratio, hoe minder negatief (of hoe positiever) het patiëntenoordeel

* Significat: p < 0,05

Discussie

De patiëntervaringen verschilden aanzienlijk per huisartsenpost, hetgeen ruimte biedt voor kwaliteitsverbetering bij de huisartsenposten met de laagste rapportcijfers. Patiënten oordeelden vooral negatief op het item 'baat te hebben bij het telefonisch advies'. Hier is dus winst te boeken, bijvoorbeeld door de triagisten en verpleegkundigen te trainen om te achterhalen of patiënten al aan zelfhulp hebben gedaan, en om te leren inschatten of hun adviezen haalbaar zijn.

De belangrijkste voorspeller voor een negatief oordeel over het telefonisch consult is dat men een consult of visite verwacht maar niet krijgt. Dit verband werd al door McKinley beschreven.¹⁸

Om discrepanties tussen de verwachte en de geboden zorg op te sporen, is het van belang dat hulpverleners aan de telefoon de precieze hulpvraag en de concrete verwachting over de aard van de hulpverlening achterhalen. Als de hulpvraag en verwachting duidelijk zijn, kunnen zij het telefonische advies ook beter op de patiënt toesnijden. Hulpverleners aan de telefoon zijn bang dat ze bij deze uitnodigender houding te veel onterechte consulten en visites gaan toezeggen.²⁰ Een open houding tegenover de verwachtingen van de patiënt zou de kwaliteit van de communicatie en het zorgproces kunnen verbeteren, zonder dat dit noodzakelijkerwijs leidt tot meer consulten en visites.

De werkwijze van huisartsenposten kan bij patiënten nog beter bekend worden gemaakt door hen informatie te verschaffen over de zorg die ze er kunnen verwachten en over de rol van verpleegkundigen en doktersassistenten bij de telefonische triage.¹²⁻¹⁹

Uit ons onderzoek komt ook naar voren dat oudere patiënten de zorg op de huisartsenpost positiever beoordelen dan jongere patiënten; dit sluit aan bij uitkomsten van ander onderzoek.^{9,12,21} De bevinding dat chronisch zieken niet negatiever oordelen over het ontvangen telefonische consult dan niet-chronisch zieken komt echter niet overeen met ander onderzoek. Hierin vond men dat patiënten met slechtere fysieke en geestelijke gezondheidsscores negatiever oordeelden over de zorg buiten kantooruren.²² Extra aandacht voor deze kwetsbare groep chronisch zieken blijft niettemin wenselijk om gelijke toegang tot de zorg te kunnen garanderen.

Bij het toenemen van de afstand tot de huisartsenpost lijken patiënten negatiever te oordelen over het ontvangen telefonische consult, maar elders werd dit verband niet gevonden.²³

Nieuw in dit onderzoek is de bevinding dat de aanwezigheid van een regiearts op het callcenter een positieve invloed heeft op het patiëntenoordeel. Recent onderzoek hiernaar bevestigt deze bevinding.²⁴ Verder onderzoek naar de invloed van de regiearts op de kwaliteit van de telefonische triage is gewenst, aangezien steeds meer huisartsenposten hier gebruik van maken.

Kanttekeningen

Hoewel de non-respons bijna 50% was, laat de elders beschreven uitgebreide non-responsanalyse geen evidente verschillen zien in de oordelen tussen de respons- en non-responsgroep.¹³ Dit gegeven en het feit dat het onderzoek op een groot aantal huisartsenposten in Nederland is uitgevoerd onderbouwen de generaliseerbaarheid. Helaas konden we in dit onderzoek de telefonische hulp door triagisten en (superviserende) huisartsen niet van elkaar onderscheiden. Slechts twee huisartsenposten beschikten over een regiearts en de invloed van deze variabele moeten we dan ook met enige voorzichtigheid interpreteren; wellicht besteden deze huisartsenposten sowieso meer aandacht aan de kwaliteit van zorg.

Door de keuze van het afkappunt voor 'negatief oordeel' vallen ook zesjes daaronder. Uit aanvullende analyse weten we dat patiënten relatief zelden een 'dikke' onvoldoende gaven. Naar onze ervaring betekent het rapportcijfer 6 dat zowel in de ogen van de patiënten als in die van de professionals, de kwaliteit wel degelijk verbeterd kan worden.

Conclusie

Eerder onderzoek naar ontvangen telefonische hulp liet over het algemeen al positieve oordelen zien over huisartsenposten.¹³ Ons onderzoek naar negatieve patiëntenoordelen over de telefonische hulp op huisartsenposten in Nederland geeft duidelijke aanknopingspunten voor kwaliteitsverbetering, zoals aandacht voor de verwachtingen van de patiënt, en meer aandacht voor voorlichting en kwaliteit van het telefonisch advies. Het belangrijkste aandachtspunt is echter om tijdens het telefonisch contact te achterhalen wat de mogelijke discrepantie is tussen de zorg die een patiënt verwacht en het feit dat de huisartsenpost hem (slechts) telefonische zorg biedt. Mogelijk kan het aanstellen van een regiearts (of telefoonarts) leiden tot verdere kwaliteitsverbetering van de telefonische hulpverlening, maar verder onderzoek dient dit te bevestigen.

Referenties

- 1 Van Uden C, Giesen P, Metsemakers J, Grol R. Development of Out-of-Hours Primary Care by General Practitioners (GPs) in the Netherlands: From Small-call Rotations to Large-scale GP Cooperatives. *Fam Med* 2006;38:565-9.
- 2 Grol R, Giesen P, Van Uden C. After-Hours Care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: New Models. *Health Affairs* 2006;25:1733-7.
- 3 Bunn F, Byrne G, Kendall S. The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2005;55:956-61.
- 4 Salisbury C. Evaluation of a general practice out of hours cooperative: a questionnaire survey of general practitioners. *Br Med J* 1997;314:1598-9.
- 5 Giesen P, Haandrikman L, Broens S, Schreuder J, Mokkink H. Centrale Huisartsenposten: wordt de huisarts er beter van? *Huisarts Wet* 2000;43:508-10.
- 6 Pickin DM, O' Cathain A, Fall M, Morgan AB, Howe A, Nicholl JP. The impact of a general practice co-operative on accident and emergency services, patient satisfaction and GP satisfaction. *Fam Pract* 2004;21:180-2.
- 7 Van Uden CI, Nieman FH, Voss GB, Wesseling G, Winkens RA, Crebolder HF. General practitioners' satisfaction with and attitudes to out-of-hours services. *BMC Health Serv Res* 2005;5:27.
- 8 Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. The South Wiltshire Out of Hours Project (SWOOP) Group. *Br Med J* 1998;317:1054-9.
- 9 Salisbury C. Postal survey of patients' satisfaction with a general practice out of hours cooperative. *Br Med J* 1997;314:1594-8.
- 10 Hansen BL, Munck A. Out-of-hours service in Denmark: the effect of a structural change. *Br J Gen Pract* 1998;48:1497-9.
- 11 Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract* 2003;20:311-7.
- 12 Van Uden CI, Ament AJ, Hobma SO, Zwietering PJ, Crebolder HF. Patient satisfaction with out-of-hours primary care in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* 2005;5:6.
- 13 Moll van Charante E, Giesen P, Mokkink H, Oort F, Grol R, Klazinga N, et al. Patient satisfaction with large-scale out-of-hours primary health care in the Netherlands: development of a postal questionnaire. *Fam Pract* 2006;23:437-43.
- 14 Munro J, Sampson F, Nicholl J. The impact of NHS Direct on the demand for out-of-hours primary and emergency care. *Br J Gen Pract* 2005;55:790-2.
- 15 Nieman S, Meer A, Simonis C, Abel T. Medical telephone and subsequent patient behaviour. How do they compare? *Swiss Med Weekly* 2004;134:123-4.
- 16 Giesen P, Wilden-van Lier E, Schers H, Schreuder J, Busser G. Telefonisch advies en triage tijdens de dienst. *Huisarts Wet* 2002;45:299-302.
- 17 Busser G, Giesen P. Een spin in het web: de telefoonarts, een nieuwe functie in de grootschalige huisartsenpost. *Med Contact* 2002;57:1353-5.
- 18 McKinley RK, Stevenson K, Adams S, Manku-Scott TK. Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care? *Fam Pract* 2002;19:333-8.
- 19 Payne F, Shipman C, Dale J. Patients' experiences of receiving telephone advice from a GP co-operative. *Fam Pract* 2001;18:156-60.
- 20 Holmstrom I, Dall'Alba G. 'Carer and gatekeeper'-conflicting demands in nurses' experiences of telephone advisory services. *Scand J Caring Sci* 2002;16:142-8.
- 21 Shipman C, Payne F, Hooper R, Dale J. Patient satisfaction with out-of-hours services; how do GP co-operatives compare with deputizing and practice-based arrangements? *J Public Health Med* 2000;22:149-54.
- 22 Glynn LG, Byrne M, Newell J, Murphy AW. The effect of health status on patients' satisfaction with out-of-hours care provided by a family doctor co-operative. *Fam Pract* 2004;21:677-83.
- 23 Glynn LG, Byrne M, Murphy AW. Effect of rurality on patients' satisfaction with out of hours care provided by a family doctor cooperative. *Rural Remote Health* 2004;4:320.
- 24 Giesen P, Halink D. Smeerolie van de huisartsenpost: Patiënten en hulpverleners tevreden over de regiearts. *Med Contact* 2007; 69:371-3.