

# Kwaliteit van telefonische triage op huisartsenposten in Nederland

## Communicatieve vaardigheden en verslaglegging

Hay Derkx, Jan-Joost Rethans, Bas Maiburg, Ron Winkens, Arno Muijtjens, Harrie van Rooij, André Knottnerus

### Inleiding

De communicatie tussen artsen en patiënten is gedurende de laatste decennia veranderd onder invloed van maatschappelijke veranderingen. Verliep de communicatie in het verleden vooral

ziektegericht, tegenwoordig is ze patiëntgericht; – niet de ziekte maar de patiënt staat centraal.<sup>1-4</sup> Dit geldt ook voor telefonische triage, het zorgproces waarbij men de mate van urgentie en de bijpassende zorg via de telefoon bepaalt.<sup>5-10</sup> Tevredenheid van

### Samenvatting

Derkx HP, Rethans JJ, Maiburg HJS, Winkens RAG, Muijtjens AM, Van Rooij HG, Knottnerus JA. Kwaliteit van telefonische triage op huisartsenposten in Nederland. *Communicatieve vaardigheden en verslaglegging*. Huisarts Wet 2009;52(9):455-61.

**Doel** De kwaliteit van telefonische triage op huisartsenposten wordt behalve door het niveau van de medische inhoud ook bepaald door de kwaliteit van de communicatie en de verslaglegging van de telefonische consulten. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de kwaliteit van deze aspecten. We hebben de communicatieve vaardigheden van triagisten onderzocht en bepaald in hoeverre de verslagen een feitelijke weergave zijn van de gesprekken.

**Methode** Voor de uitvoering van ons onderzoek belden twaalf telefonische simulatiepatiënten (TSP's) in de periode april 2006 tot juli 2007 naar zeventien verschillende huisartsenposten voor zeven medische problemen. Iedere huisartsenpost werd voor iedere casus driemaal gebeld. Van alle 357 opgenomen gesprekken maakten we een verbatim. Nadat alle gesprekken waren gevoerd vroegen we de betrokken huisartsenposten een kopie van de verslagen te sturen. Voor de beoordeling van de kwaliteit van de communicatie en verslaglegging ontwikkelden en gebruikten we de HAAK-scorelijst. We vergeleken de inhoud van de verslagen met de verbatims.

**Resultaten** De gemiddelde score voor communicatie bedroeg 35% van de maximaal haalbare score. Triagisten stelden vragen over het medische probleem in het algemeen op de juiste wijze, maar vroegen weinig over de persoonlijke situatie en omstandigheden van de patiënt of over diens verwachtingen. De triagisten gaven het zorgadvies meestal zonder te controleren of de patiënt het had begrepen of had geaccepteerd. De gesprekken verliepen vaak zonder vaste structuur, samenvatting of aankondiging van de verschillende fasen van het gesprek. Er was een positieve correlatie van 0,86 ( $p < 0,01$ ) tussen de gespreksduur en de kwaliteit van de communicatie. Van 78% van de 357 gesprekken stuurden de huisartsenposten een verslag. Van de overige 22% was geen verslag gemaakt. De verslagen vermeldden bijna altijd

de medische reden van het telefoongesprek, maar bevatten weinig medisch-inhoudelijke informatie. Slechts zelden vermeldde men de persoonlijke situatie en verwachtingen van de patiënt. In 12% van de verslagen gaven triagisten een subjectieve weergave van de lichamelijke situatie van de patiënt. Veel verslagen bevatten antwoorden op obligate vragen die niet waren gesteld: dit varieerde van 1% tot 54%.

**Conclusie** Beoordeling van de communicatieve vaardigheden van triagisten toonde aan dat er sprake was van diverse tekortkomingen. Deze bieden leermomenten om de kwaliteit van de communicatie tijdens telefonische triage te verbeteren. Behalve goede communicatieve vaardigheden moeten triagisten ook voldoende tijd hebben om telefonische consulten met een goede communicatieve kwaliteit te leveren. De verslagen bevatten weinig informatie over de persoonlijke en lichamelijke situatie van de patiënt. Daardoor kan de continuïteit van zorg voor de patiënt in het gedrang komen.

Universiteit Maastricht, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: dr. H.P. Derkx, arts, onderzoeker; dr. J.J. Rethans, arts, universitair hoofddocent; dr. H.J.S. Maiburg, huisarts, adjunct-hoofd huisartsopleiding; dr. R.A.G. Winkens, huisarts en hoofdonderzoeker; dr.ir. A.M.M. Muijtjens, statisticus-methodoloog, universitair hoofddocent; drs. H.G. van Rooij, arts, kwaliteitsmanager Huisartsenpost Tilburg; prof.dr. J.A. Knottnerus, hoogleraar huisartsgeneeskunde.  
Correspondentie: hay.derkx@medicinfol.nl  
Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Derkx HP, Rethans JJ, Maiburg HJS, Winkens RAG, Muijtjens AM, Van Rooij HG, Knottnerus JA. Quality of communication during telephone triage at Dutch out-of-hours centres. *Patient Educ Couns* 2009;74:174-8 en Derkx HP, Rethans JJ, Maiburg HJS, Winkens RAG, Muijtjens AM, Van Rooij HG, Knottnerus JA. Quod scripsi, scripsi. The quality of the report of telephone consultations at Dutch out of hours centres. *Qual Saf Health Care* (geaccepteerd voor publicatie). Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

### Wat is bekend?

- ▶ Tijdens telefonische consulten stellen artsen vooral medisch-inhoudelijke vragen en oriënteren ze zich minder op de psychosociale situatie van de patiënt dan tijdens face-to-face consulten.
- ▶ Huisartsen maken niet van alle spreekuurconsulten in de huisartsenpraktijk een verslag.

### Wat is nieuw?

- ▶ In ons onderzoek bleek dat triagisten sterk klachtgericht en weinig patiëntgericht communiceerden.
- ▶ In het kader van de continuïteit van zorg lieten de verslagen gemaakt door triagisten op een huisartsenpost te wensen over.

patiënten over telefonische triage hangt vaak samen met het gegeven of de triagist de patiënt voldoende heeft kunnen geruststellen en of de patiënt het gevoel heeft dat hij afdoende gelegenheid heeft gekregen om zijn zorgen kenbaar en bespreekbaar te maken.<sup>11-13</sup> Ontevredenheid met deze telefonische consulten ontstaat meestal door een gebrek aan erkenning van lichamelijke of emotionele problemen of doordat de triagist niet ingaat op de verwachtingen van de patiënt.<sup>14-15</sup>

De kwaliteit van de communicatie tijdens face-to-face consulten bij huisartsen correleert positief met de lengte van het consult.<sup>16-18</sup> Of dit ook geldt voor telefoongesprekken door triagisten op een huisartsenpost is niet bekend.

Na het telefonische gesprek maakt de triagist een verslag waarin hij vastlegt wat met de patiënt is besproken. Dit verslag draagt mede bij aan de continuïteit van de zorg. Het is de enige schriftelijke en daardoor snel toegankelijke bron van informatie over een gevoerd telefoongesprek. Uit onderzoek blijkt dat men op een huisartsenpost bij 35 tot 50% van alle telefoongesprekken een zelfzorgadvies geeft.<sup>19-20</sup> Deze gesprekken worden weliswaar opgenomen, maar als de patiënt terugbelt kan het verslag de triagist snel informeren over het laatst gevoerde gesprek.

Hoewel men erkent dat triagisten ten behoeve van telefonische triage op huisartsenposten over goede communicatieve vaardigheden moeten beschikken en dat verslaglegging van deze gesprekken belangrijk is, weet men nog weinig over de kwaliteit van deze aspecten.

We onderzochten de kwaliteit van de communicatievaardigheden van triagisten tijdens telefonische triage op huisartsenposten, de relatie tussen de gespreksduur en de kwaliteit van de communicatie, de kwaliteit van de verslaglegging en in hoeverre de verslagen de inhoud van de telefoongesprekken weergaven.

### Methode

We ontwierpen zeven casussen om aan huisartsenposten aan te bieden. De vereiste frequentie waarmee we deze casussen moesten aanbieden berekenden we door middel van een generaliseerbaarheidsanalyse. Hiertoe presenteerden we in eerste instantie zeven casussen vijfmaal aan vijf van de zeventien geselecteerde

huisartsenposten. We bepaalden de kwaliteit van een post aan de hand van de gemiddelde score voor alle gesprekken (dat wil zeggen in totaal 35 gesprekken per post). Op basis van deze analyse besloten we voor het vervolg van het onderzoek voor elk van de twaalf overige posten te volstaan met driemaal per casus bellen (in totaal 21 gesprekken per huisartsenpost). Voor de uitvoering van dit onderzoek belden twaalf telefonische simulatiepatiënten naar de verschillende huisartsenposten. Na afloop van het onderzoek verzochten we deze huisartsenposten een kopie van het verslag van het telefonische consult op te sturen.

### Telefonische simulatiepatiënten

Sinds vele jaren maakt men geregeld gebruik van leken die men als *mystery patient* inzet om de kwaliteit van het werk van medische studenten en artsen te onderzoeken. Uit onderzoek is gebleken dat dit een valide en betrouwbare methode is om hun medisch handelen te beoordelen.<sup>21-24</sup>

Voor ons onderzoek maakten we gebruik van speciaal opgeleide telefonische simulatiepatiënten (TSP's). We trainden ze om via de telefoon zeven verschillende rollen te spelen. Ze ontvingen instructies voor de openings- en slotzinnen, en gaven alleen informatie waarnaar de triagist hen vroeg. Ze werden getraind om hoorbaar te laten blijken dat ze ongerust waren of in onzekerheid verkeerden over een gegeven zorgadvies. Ze belden vanuit de thuissituatie en namen de gesprekken zelf op. Elke TSP belde per avond naar vier tot vijf verschillende huisartsenposten. We onderzochten ook de nauwkeurigheid waarmee de TSP's hun rol speelden. Hiertoe controleerden we voor één gesprek per avond dat zij belden of ze het gesprek op de voorgeschreven wijze hadden geopend en afgesloten, en of ze de vragen correct hadden beantwoord. De nauwkeurigheid van spelen bleek bijna 100% te zijn.<sup>25</sup> Van ieder opgenomen gesprek maakten we een verbatim.

### Huisartsenposten

In oktober 2004 waren er in Nederland 105 huisartsenposten. Wij vroegen deze schriftelijk om toestemming voor selectie ten behoeve van het onderzoek. Van de 98 huisartsenposten die toestemming gaven, selecteerden we er 17. Per provincie selecteerden we op basis van de bevolkingsdichtheid at random één tot drie huisartsenposten. We stelden de betreffende huisartsenposten niet op de hoogte van het feit dat wij ze hadden geselecteerd. Om de communicatieve vaardigheden van triagisten op huisartsenpostniveau te kunnen vaststellen, was het nodig met zo veel mogelijk verschillende triagisten te spreken. Daarom lieten we de TSP's de huisartsenposten op wisselende dagen van de week tussen 7 en 9 uur 's avonds bellen.

### Casuïstiek

Het onderzoeksteam stelde zeven casussen samen. Een panel huisartsen bekeek de scenario's voor deze casussen en oordeelde dat ze een goede weergave van het aanbod op huisartsenposten vormden.

### Beoordeling van communicatieve vaardigheden en verslaglegging

Om de kwaliteit van de communicatieve vaardigheden van triagisten en van de verslagen te kunnen beoordelen ontwikkelden we twee instrumenten, HAAK-scorelijsten genaamd.<sup>26</sup> Het acroniem HAAK staat voor de opeenvolgende fasen van een telefonisch consult: Hulpvraag vaststellen, Achtergrondinformatie verzamelen, Advies geven en ten slotte bepalen hoe de Klant (= patiënt) het telefonische consult heeft ervaren.

De HAAK-scorelijst voor communicatie bevat zeventien items. We trainden een team van elf ervaren triagisten, om gesprekken te beoordelen aan de hand van de HAAK-scorelijst. Zij ontvingen een kopie van het gesprek op cd en het verbatim. Ieder gesprek wezen we at random toe aan twee beoordelaars, die het onafhankelijk beoordeelden.

Om de resultaten van deze beoordelingen te evalueren verdeelden we de zeventien items van de HAAK-scorelijst over drie hoofdgroepen en negen subgroepen. Iedere hoofdgroep beschrijft een basisvaardigheid van (telefonische) communicatie (zie tabel 1).

Voor validatie legden we deze nieuwe indeling voor aan twee experts op het gebied van communicatie. Zij gingen akkoord met onze indeling.

De HAAK-scorelijst voor verslaglegging bevat casus- en patiëntgerelateerde items. Het casusgerelateerde deel betrof de obligate vragen en het gegeven zorgadvies. Het patiëntgerelateerde deel vermeldde het medische probleem, de verwachtingen van de patiënt, diens persoonlijke situatie (angstig, ongerust) en hoe de patiënt het telefonische consult heeft ervaren (zie [www.henw.org](http://www.henw.org) voor de beide HAAK-scorelijsten).

Twee ervaren huisartsen beoordeelden de kwaliteit van de verslagen onafhankelijk van elkaar en vergeleken deze met het verbatim.

Tabel 1 Basisvaardigheden van (telefonische) communicatie

Hoofdgroep	Subgroep
1 Actief luisteren	1 persoonlijke situatie (probleem, beleving, verwachtingen) 2 anamnese 3 reactie op (non-)verbale signalen en aandachtig luisteren
2 Actief adviseren	4 zelfzorg- en vangnetadvies 5 controle op begrip, uitvoerbaarheid en acceptatie van advies
3 Structuur	6 opening van het gesprek en opvragen van persoonlijke gegevens 7 afsluiten van het telefoongesprek 8 onderbreking van het gesprek 9 samenvatten en stappen aankondigen

### Statistiek

Uit een generaliseerbaarheidsanalyse bleek dat ieder gesprek door twee personen moest worden beoordeeld. Alleen dan zouden we een betrouwbare uitspraak kunnen doen over de kwaliteit van de communicatie en de verslaglegging per huisartsenpost.<sup>27</sup> Voor de analyse van alle gegevens bepaalden we per beoordelaar de gemiddelde score per item van de HAAK-scorelijst. Hierbij wezen we voor de communicatie de gemiddelde score per hoofd- en subgroep aan als het percentage van de maximaal haalbare score voor alle gesprekken per huisartsenpost.

De gesprekstijd per telefonisch consult correleerden we met de totale score voor de communicatie (Pearson-correlatie). De tijd die nodig was om persoonsgegevens van de patiënt op te nemen, rekenden we niet mee.

Als indicatoren voor de kwaliteit van verslaglegging per huisartsenpost berekenden we de volgende variabelen:

- hulpvraag:
  - het medische probleem;
  - de verwachting van de patiënt;
  - de persoonlijke situatie van de patiënt;
- achtergrondinformatie:
  - de obligate vragen;
- advies:
  - het zorgadvies;
- klant (= de reactie van de patiënt):
  - hoe de patiënt het telefonische consult had ervaren.

Om te onderzoeken in hoeverre het verslag een weergave was van het telefoongesprek vergeleken we het verbatim met het verslag. We bepaalden:

- het percentage obligate vragen dat afwezig was in het verslag, maar wel was gesteld (niet vermeld, wel gesteld);
- het percentage obligate vragen dat was vermeld in het verslag, maar afwezig was in het verbatim (wel vermeld, niet gesteld).

## Resultaten

### Communicatie

We beoordeelden de kwaliteit van de communicatie in de 357 gesprekken. In totaal hadden de TSP's met 285 verschillende triagisten gesproken.

De gemiddelde totaalscore voor communicatie voor alle casussen op alle huisartsenposten bedroeg 35% van de maximaal haalbare score. De gemiddelde score varieerde per huisartsenpost van 28 tot 45%, maar de score lag op alle huisartsenposten ruim onder de maximaal haalbare score.

Dezelfde verschillen zagen we per hoofdgroep. In hoofdgroep 1 (actief luisteren) varieerde de gemiddelde score voor de manier waarop de triagisten de anamnese afnamen van 62 tot 79%, terwijl de gemiddelde score voor het vragen naar de persoonlijke situatie van de patiënt tussen 14 en 40% lag. In hoofdgroep 2 (actief adviseren) varieerde de gemiddelde score voor de manier waarop de triagisten het zelfzorg- en vangnetadvies gaven van 35 tot 54%. De gemiddelde score voor controle op begrip en acceptatie van het advies lag tussen 5 en 30%. In hoofdgroep 3 (structureren van het gesprek) varieerde de manier waarop de triagisten vroegen naar persoonlijke gegevens van 27 tot 63% en de gemiddelde score voor samenvatten en fasering van 15 tot 30% (tabel 2). Zie ook figuur 1 op [www.henw.org](http://www.henw.org) voor extra informatie.

De gemiddelde gesprekstijd voor alle gesprekken bedroeg 201 seconden, variërend van 157 tot 267 sec. Er was een significant positieve correlatie tussen de gesprekstijd en de totale gemiddelde score voor communicatie van 0,86 ( $p < 0,01$ ).

**Tabel 2** Resultaat van de beoordelingen van de communicatie voor zeventien huisartsenposten: in percentage van maximaal haalbare score. Gesprekstijd in seconden (n = aantal items per subgroep)

Hoofdgroep	Subgroep	Huisartsenpost																	Gemiddeld
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1	1 (n = 2) Persoonlijke situatie	37	36	38	35	40	15	20	14	26	26	24	15	14	23	22	15	40	26
	2 (n = 1) Anamnese	65	62	55	69	79	63	67	73	71	73	74	63	63	68	70	67	74	68
	3 (n = 2) (Non-)verbale signalen/ aandachtig luisteren	41	42	36	39	50	28	36	38	37	40	43	35	34	39	35	34	44	38
2	4 (n = 2) Zelfzorg- en vangnetadvies	41	46	46	42	54	44	44	47	46	52	53	35	40	51	51	41	52	46
	5 (n = 3) Controle begrip en acceptatie	21	22	29	22	30	5	11	15	13	19	23	10	10	11	12	9	19	17
3	6 (n = 1) Persoonlijke gegevens	42	34	29	36	54	27	40	35	36	30	54	38	33	33	36	30	63	38
	7 (n = 1) Afsluiting	44	42	41	38	42	52	58	56	52	49	55	51	48	49	54	52	63	50
	8 (n = 2) Onderbreking	54	13	41	41	85	56	60	55	63	61	29	52	50	na	69	50	100	53
	9 (n = 2) Samenvatten/faseren	15	20	23	21	30	17	20	20	23	29	26	23	18	29	24	22	28	23
Totaal gemiddelde score		36	37	36	36	45	28	34	33	35	37	40	30	29	35	34	30	44	35
Totale gesprekstijd		206	198	195	198	267	166	208	223	208	208	208	157	178	176	181	183	259	201

### Verslaglegging

Van de 357 gesprekken stuurden de huisartsenposten 280 verslagen op. Het percentage ontvangen verslagen van 21 gesprekken per huisartsenpost varieerde van 23 tot 100% (tabel 3). Slechts op één huisartsenpost had men van alle gesprekken een verslag gemaakt.

De gemiddelde score voor de vier verschillende aspecten van de HAAK-scorelijst voor verslaglegging bedroeg voor alle huisartsenposten:

- hulpvraag:
  - het medische probleem; 99%, variërend van 83 tot 100% per huisartsenpost;
  - de verwachting van de patiënt: 52%, variërend van 39 tot 80%;
  - de persoonlijke situatie van de patiënt: 15%, variërend van 0 tot 49%;
- achtergrondinformatie; vermelding obligate vragen: 20%, variërend van 12 tot 34%;
- zorgadvies: 98%, variërend van 83 tot 100%;
- klant (reactie van de patiënt): 10, variërend van 0 tot 63%.

Bij vergelijking van het verslag met het verbatim bleek dat de triagisten in 12% van de verslagen de opmerking: 'Geen alarmsignalen' of 'Geen andere klachten' noteerden. Daarbij konden we niet vaststellen welke vragen men had gesteld om deze opmerkingen te onderbouwen.

Het gemiddelde percentage obligate vragen dat de triagisten hadden gesteld, maar niet hadden vermeld, bedroeg 19%. Dit percentage varieerde van 8 tot 29% per huisartsenpost. Het gemiddelde percentage obligate vragen dat men wel vermeldde, maar niet had gesteld, bedroeg 10%, variërend van 0 tot 54% (tabel 4).

### Discussie

Het huidige systeem van avond-, nacht- en weekenddiensten biedt een goede gelegenheid voor onderzoek naar de kwaliteit van de communicatie en de verslaglegging tijdens telefonische triage. Het oude systeem was meer versnipperd en qua rapportage weinig doorzichtig.

### Communicatie

De resultaten voor hoofdgroep 1 en 2, actief luisteren en adviseren, komen overeen met de rapportages over de communicatieve vaardigheden van huisartsen tijdens telefonische en face-to-face consulten.<sup>28</sup> Tijdens telefonische consulten stellen artsen vooral medisch-inhoudelijke vragen en oriënteren ze zich minder op de psychosociale situatie van de patiënt dan tijdens face-to-face consulten. In ons onderzoek bleek dat ook triagisten vaak weinig vragen stelden over de persoonlijke situatie van de patiënt. Tijdens face-to-face consulten geven artsen vaak advies zonder te controleren of de patiënt het allemaal begrijpt.<sup>1</sup> In ons onderzoek vertonen triagisten hetzelfde gedragspatroon. De TSP's beoordeelden de triagisten meestal als zeer vriendelijk, maar vertelden dat ze vooral probleemgeoriënteerd waren: 'Het telefoongesprek ging niet over mij, maar over iemand met koorts.'

Wij vonden een significant positieve correlatie tussen de gesprekstijd en de kwaliteit van de communicatie. Nader onderzoek is echter nodig om een acceptabele gesprekstijd vast te stellen waarbinnen triagisten een effectieve en tevens kwalitatief goede communicatie kunnen leveren.

### Verslaglegging

De triagisten in ons onderzoek maakten van 78% van de gesprekken een verslag. Van de overige 22% maakten ze geen verslag, zo deelden de huisartsenposten ons mede. De ontbrekende versla-

gen kwamen overeen met de gesprekken waarvoor wij geen rekening hadden ontvangen.

Aangezien in Nederland een van de huisartsen verantwoordelijk is voor alle beslissingen die triagisten nemen, is het opmerkelijk dat slechts op één huisartsenpost van alle 21 gesprekken een verslag was gemaakt. In vergelijking met de standaard vermeldden alle huisartsenposten weinig obligate vragen in de verslagen. Dit betekent dat er een beperkte hoeveelheid gedocumenteerde informatie bestond over de lichamelijke situatie van de patiënt. Dat kwam óf doordat de triagisten de vragen niet hadden gesteld óf doordat zij de wel gestelde vragen die met 'nee' waren beantwoord, vaak niet vermeldden. We weten niet of de dienstdoende huisartsen de gesprekken met de triagisten hebben besproken alvorens ze te fiatteren, zonder dat ze dit in het verslag hebben vermeld.

Het viel op dat men soms obligate vragen niet stelde, maar wel een vermelding 'Geen alarmsignalen' of 'Geen andere klachten' opnam, zonder deze verder te onderbouwen. Dit kan de gezondheid van de patiënt schaden omdat het de dienstdoende huisarts op het verkeerde been zet bij de fiattering van de gesprekken. Tijdens gesprekken met de leidinggevenden van de vier huisartsenposten waar dit geregeld was gebeurd, bleek dat dit mogelijk het gevolg was van het gebruik van computerprogramma's die automatisch delen van de verslagen aanmaken. Zij besloten allen direct actie te ondernemen.

#### **Sterke en zwakke punten**

Aangezien 80% van alle gesprekken door verschillende triagisten werd gevoerd, concluderen we dat ons onderzoek een goede weergave is van de dagelijkse werkwijze op de onderzochte huisartsenposten. Er bestaan weliswaar verschillen tussen de huisartsenposten onderling, maar in grote lijnen werken ze op dezelfde wijze.<sup>29</sup> De geringe variatie in de scores voor de communicatie en verslaglegging tussen de huisartsenposten wijst erop dat dit onderzoek een goed beeld geeft van de kwaliteit van communicatie en verslaglegging voor geheel Nederland.

We maakten gebruik van TSP's en van ieder gesprek maakten we een verbatim, wat een kostbare en tijdrovende procedure is. De communicatieve vaardigheden van triagisten en de inhoud van een verslag kan men ook beoordelen door (opgenomen) gesprekken met echte patiënten te scoren met beide HAAK-scorelijsten. Op deze wijze kan men ook de inhoud van een gesprek met het verslag vergelijken.

Het is van belang dat de huisartsenposten gezamenlijk richtlijnen ontwikkelen voor de kwaliteitseisen met betrekking tot de communicatie.

#### **Conclusie**

Door de zeventien items van de HAAK-scorelijst voor communicatie te hergroeperen in drie basisvaardigheden krijgen we beter inzicht in de kwaliteit van de communicatieve vaardigheden van triagisten. Uit de resultaten blijkt dat zij vooral klachtgericht en weinig patiëntgericht communiceren, bij een zorgadvies meestal

niet controleren op begrip en acceptatie bij de patiënt, en het gesprek zelden samenvatten of aangeven hoe het zal verlopen.

De triagisten hadden niet altijd een verslag gemaakt. De verslagen bevatten bovendien weinig patiënt- en casusgerichte informatie. In het kader van de continuïteit van zorg laten deze verslagen daarom te wensen over.

#### **Verder onderzoek**

De resultaten van dit onderzoek laten zien hoe triagisten communiceren en op welke wijze de kwaliteit van de communicatie kan worden verbeterd. Overal in den lande werkt men op allerlei manieren aan verbetering van de kwaliteit van de telefonische triage. Het verdient aanbeveling om de ingezette verbeteringen over enige jaren te evalueren aan de hand van een vergelijkbaar onderzoek. Ook raden wij huisartsenposten aan om een continue kwaliteitsmonitoring in te richten, mede gericht op de door ons onderzochte punten.

Alle verslagen waren door de triagisten zelf geschreven, wat hen veel tijd moet hebben gekost. Het is wenselijk te onderzoeken of de verslagen automatisch kunnen worden vervaardigd, waarbij men er op moet letten dat ze aan de medische en juridische eisen blijven voldoen.

#### **Aanbevelingen**

Training in telefonische communicatie op huisartsenposten moet klacht- en patiëntgericht zijn, en aandacht schenken aan het belang van de persoonlijke situatie van de patiënt (angstig, ongerust) en aan begrip en acceptatie van een zorgadvies.

Verslagen moeten niet alleen informatie bevatten over het medische probleem en de uitkomst van de triage, maar ook over de hulpvraag, de gestelde vragen en de manier waarop de patiënt het telefonisch consult heeft ervaren. Regelmatig toezicht op de kwaliteit van de verslagen is nodig.

#### **Literatuur**

- 1 Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2000.
- 2 Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen AM, Schellevis FG, Bensing JM. Oog voor communicatie: huisarts-patiëntcommunicatie in Nederland. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 3 Mead N, Bower P. Patient-centered consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 2002;48:51-61.
- 4 Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002;325:697-700.
- 5 Crouch R. An investigation onto effects of a computer based decision support program on Accident and Emergency nurses' assessment strategies in telephone consultation. Thesis. University of Surrey, 2000.
- 6 Foster J, Jessopp L, Dale J. Concerns and confidence of general practitioners in providing telephone consultations. *Br J Gen Pract* 1999;49:111-3.
- 7 Moscato SR, David M, Valanis B, Gullion CM, Tanner C, Shapiro S, et al. Tool development for measuring caller satisfaction and outcome with telephone advice nursing. *Clin Nurs Res* 2003;12:266-81.
- 8 Car J, Freeman G, Partridge M, Sheikh A. Improving quality and safety of telephone based delivery of care: teaching telephone consultation skills. *Qual Saf Health Care* 2004;13:2-3.



**Tabel 3** Aantal verslagen ontvangen voor 21 gesprekken en gemiddelde scores in percentages per huisartsenpost

	Huisartsenpost																	Gemiddeld
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
Aantal verslagen	17	18	10	18	19	19	18	17	16	20	19	17	5	18	18	10	21	Totaal 280
Aantal verslagen/ verwacht	80	85	47	85	90	90	85	80	76	95	90	80	23	85	85	47	100	78
<b>H</b> Medisch probleem	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98	100	100	83	100	100	100	100	99
Verwachting	76	56	40	39	43	42	44	47	75	55	63	47	17	56	56	80	47	52
Persoonlijke situatie	6	13	40	22	30	11	8	49	13	8	8	6	0	0	33	0	14	15
<b>A</b> Obligate vragen versus standaard	14	16	20	23	34	12	24	28	19	19	17	19	22	15	21	14	21	20
<b>A</b> Zorgadvies	100	100	100	100	100	90	100	100	100	100	100	100	83	100	100	100	100	98
<b>K</b> Reactie patiënt	0	5	10	6	0	0	11	15	63	0	11	0	0	0	0	0	57	10

**Tabel 4** Aantal verslagen ontvangen voor 21 gesprekken en percentage obligate vragen dat wel/niet werd gesteld vergeleken met verbatim per huisartsenpost

	Huisartsenpost																	Gemiddeld
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
Vergelijking verslag met verbatim	17	18	10	18	19	19	18	17	16	20	19	17	5	18	18	10	21	Totaal 280
Aantal verslagen	22	19	19	19	11	25	22	12	29	26	26	19	17	8	18	17	16	19
Obligate vragen niet vermeld/wel gesteld	24	17	13	8	54	8	4	4	6	6	8	2	4	6	4	0	1	10
Obligate vragen vermeld/niet gesteld																		

- 9 Car J, Sheikh A. Telephone consultations. *BMJ* 2003;326:966-9.
- 10 Christensen MB, Olesen F. Out-of-hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *BMJ* 1998;316:1502-5.
- 11 Giesen P. Quality of out-of-hours care in the Netherlands. [Proefschrift] Nijmegen: UMC St Radboud, 2007.
- 12 Payne F, Shipman C, Dale J. Patients' experiences of receiving telephone advice from a GP co-operative. *Fam Pract* 2001;18:156-60.
- 13 Wahlberg AC, Wredling R. Telephone nursing: calls and caller satisfaction. *Int J Nurs Pract* 1999;5:164-70.
- 14 Patel A, Dale J, Crouch R. Satisfaction with telephone advice from an accident and emergency department: identifying areas for service improvement. *Qual Health Care* 1997;6:140-5.
- 15 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.
- 16 Ram P, Grol R, Rethans JJ, Van der Vleuten C. Assessment of communicative and medical performance of general practitioners in daily practice. Validity, reliability and feasibility of video observation. *Med Educ* 1999;33:447-54.
- 17 Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M. Measuring quality in general practice. Pilot study of a needs, process and outcome measure. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 1997;75:1-32.
- 18 Maeseneer J. Consultation in general practice: a standard operating procedure? *Patient Educ Couns* 2004;54:227-33.
- 19 Crouch R. Telephone triage-identifying the demand (Part 1). *Nurs Stand* 1998;34:33-8.
- 20 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. *BMJ* 1998;317:1054-9.
- 21 Rethans JJ, Gorter S, Bokken L, Morrison L. Unannounced standardized patients in real practice: a systematic literature review. *Med Educ* 2007;41:537-49.
- 22 Van der Vleuten C, Swanson D. Assessment of clinical skills with standardized patients: state of the art. *Teach Learn Med* 1990;2:58-76.
- 23 Rethans JJ, Norcini JJ, Baron-Maldonado M, Blackmore D, Jolly BC, LaDuca T, et al. The relationship between competence and performance: implications for assessing practice performance. *Med Educ* 2002;36:901-9.
- 24 Maiburg BH, Rethans JJ, Van Erk IM, Mathus-Vliegen LM, Van Ree JW. Fielding incognito standardised patients as 'known' patients in a controlled trial in general practice. *Med Educ* 2004;38:1229-35.
- 25 Derx HP, Rethans JJ, Maiburg HJS, Winkens RAG, Knottnerus JA. New methodology for using incognito standardised patients for telephone consultation in primary care. *Med Educ* 2009;43:82-8.
- 26 Derx HP, Rethans JJ, Knottnerus JA, Ram P. Assessing communication skills of clinical call handlers working at an out of hours centre. The development of the RICE rating scale. *Br J Gen Pract* 2007;57:383-7.
- 27 Van der Vleuten C, Swanson D. Assessment of clinical skills with standardized patients: state of the art. *Teach Learn Med* 1990;2:58-76.
- 28 Innes M, Skelton J, Greenfield S. A profile of communication in primary care physician telephone consultations: application of the Roter Interaction Analysis System. *Br J Gen Pract* 2006;56:363-8.
- 29 Inspectie voor de Volksgezondheid. Huisartsenposten vertonen nog veel kinderziekten. Den Haag: Inspectie voor de Volksgezondheid, 2004.