

"For your ears only" : quality of telephone triage at out-of-hours centres in the Netherlands

Citation for published version (APA):

Derkx, H. P. T. (2008). *"For your ears only" : quality of telephone triage at out-of-hours centres in the Netherlands*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20080618hd>

Document status and date:

Published: 01/01/2008

DOI:

[10.26481/dis.20080618hd](https://doi.org/10.26481/dis.20080618hd)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 18 Jul. 2024

Summary

Chapter 1- Triage past and present

General practitioners have reorganized primary care service during the out-of-hours period throughout the world. At large centres they work together with nurses or healthcare assistants who in many countries handle all incoming calls. These health care professionals are called triagists as they perform telephone triage. This means that they determine the urgency and any required care advice by telephone. In this chapter the care process of telephone triage and the objectives of this thesis are described.

Process description is a common procedure in many industrial organisations in order to identify errors that can be made during the execution of the process and to take action before errors are made. In this study an analysis of the process of telephone triage was made to identify critical points during this process. Three phases were identified. The first phase of asking questions about the clinical condition and personal situation of the patient. This phase of gathering information is followed by the second phase in which the triagist evaluates the answers to determine the level of urgency of the presented problem and the required care advice. The third phase follows in which the triagist makes a report to briefly document what has been discussed with the patient. To perform the different phases a triagist needs to have adequate clinical knowledge, good communication skills and the capability of summarizing and documenting a call.

The first objective of this thesis was to assess the quality of telephone triage at out-of-hours centres in the Netherlands, specifically the quality of clinical case handling, communication and reporting.

Research into the quality of communication by general practitioners in face-to-face contacts suggests that the duration of a consultation is correlated with the quality of communication. The second objective of this thesis was to determine whether there is a correlation between the duration of a call and the quality of communication of triagists.

The research project was carried out by using standardised patients who called 17 different out-of-hours centres in the Netherlands regarding seven different medical problems. Each out-of-hours centre was called three times using these seven cases.

Chapter 2- Using Telephone Incognito Standardised Patients

This chapter presents the feasibility and validity of using Telephone Incognito Standardised Patients (TISPs) in a primary care setting such as an out-of-hours centre. Also their training in role-playing and self-recording calls, made from their private residence, are described. The accuracy of role playing and the detection rate by triagists receiving the calls was assessed as this may have an impact on the management of the clinical case presented.

A team of 12 TISPs was trained to play their role and to self-record the calls with special equipment. They received information about their role and their fictitious identity and residence. At the training they spoke to a triagist and a general practitioner. Of the four or five calls made per evening, one call was assessed by two assessors independently for accuracy of role play on the following four criteria: 1) opening; 2) answers to questions asked by the triagist; 3) closing sentence conforming to instructions?; 4) was only information given if asked for? Retrospectively the out-of-hours centres were asked whether they had detected any calls made by a TISP. The TISPs filled in a questionnaire concerning their training, the self-recording technique and personal experiences.

The TISPs made 375 calls during 84 evenings. The accuracy of the role play was close to 100%. On 11 occasions a TISP was called back on the same evening by a GP on call at the out-of-hours centre for additional information. Being able to call from home was highly appreciated by the TISPs although the self-recording caused extra tension for some of them. All fictitious calls remained undetected. The assessors reported that the quality of the recorded calls was excellent.

The method of using TISPs to assess aspects of telephone care is feasible, valid and reliable provided there is thorough training. The study shows that the 17 out-of-hours centres that were called for our study were approached in a relatively consistent way.

Chapter 3- Development of the RICE-communication rating list

This chapter deals with the development of an instrument to assess the communication skills of triagists. The objective was to develop a valid, reliable and feasible rating instrument.

A focus group was formed which existed of representatives of the four stakeholders involved in out-of-hours centres; patients, doctors, triagists and members of the management team. They all had experience with working at or with an out-of-hours centre. They developed a list containing 17 items. Each item describes another communication skill of telephone communication. The final product was entitled the RICE-communication rating instrument. The acronym

RICE stands for the four successive phases of a call: “R” stands for: “Reason for calling”; “I” for: “Information to be gathered”; “C” for: “Care advice given”; “E” for: “Evaluation of the call”. We chose the easy to remember acronym RICE because we felt it might help the call handler to remember the sequence of the successive phases of a call.

Experts with experience in training and evaluating communication skills of medical students and general practitioners commented upon the list to ensure content validity. They considered the list as complete and valid. The reliability of the list was tested in a pilot study in which 10 specially trained assessors scored six telephone calls each. The reliability of the list (Cronbach’s alpha) was 0.73 which was considered to be acceptable. This instrument has been used to assess all calls made for this study.

Chapter 4- Quality of clinical case handling

This chapter describes the investigation of the quality of telephone triage. The quality of the questions asked about the clinical condition, the triage outcome and the content of the home management and safety net advice were assessed. The last two items concern information about what patients can do themselves about the problem and when to call back to the out-of-hours centre.

The criteria for the cases to be presented were: 1) they should commonly present by telephone to an out-of-hours centre; 2) they should require urgent (i.e. to be seen for further investigation within 6 hours) or home care advice and 3) the design should demonstrate the importance of accurate history taking and correct evaluation of the answers.

Based on the results of a generalisability analysis each case had to be presented three times for reliability of assessment of case handling at an out-of-hours centre.

Expert panels of general practitioners developed standards for the clinical content of each of the seven cases and the scenarios to be played. They determined appropriate questions to be asked, desirable content of the home management and safety net advice, and the most appropriate outcome for each case. Telephone Incognito Standardised Patients (TISPs) made calls to present each of the seven cases on three occasions to 17 out-of-hours centres throughout the Netherlands. These out-of-hours centres were selected out of 98 centres that had given permission to be called. They were not informed that they had been selected. The number of out-of-hours centres per province was balanced against its population. The out-of-hours centres have been called between 7 and 9 pm and these calls were self recorded by the TISPs for further

assessment.

Triagists achieved the appropriate triage outcome in 58% of all calls. Of all questions asked a mean of 54% belonged to the category of obligatory questions suggested by the agreed standard. However, the overall mean percentage of obligatory questions asked before the urgency level was determined was 21% of the standard. In addition the answers to these questions were not always evaluated correctly. The quality of information regarding home management and safety net advice varied to a large extent per case but was overall of a low standard at all out-of-hours centres.

The results demonstrate that triagists very often reached conclusions after asking a minimal number of questions which means that they did not minimise the health risk to patients. History was not always taken efficiently and effectively as triagists often asked questions considered to be irrelevant for determining the urgency level.

In terms of enhancing the overall safety of telephone triage, apart from obtaining an appropriate clinical history, more adequate home management and safety net advice should be given. This is especially important if self care advice is given.

Chapter 5- Quality of communication

Chapter 5 presents the results of the assessments of the communication for 357 calls, made by the TISPs to the different out-of-hours centres. The calls were assessed with the RICE-communication list. To evaluate the scores the items of the RICE-communication list were divided over 3 clusters. Each cluster describes a basic communication skill. Cluster 1 describes active listening, cluster 2 active advising and cluster 3 structuring telephone consultation. The duration of each telephone consultation was measured and correlated with the quality of communication.

The mean overall score for communication skills was 35% of the maximum feasible score. The results for cluster 1 demonstrated that triagists asked correctly about medical aspects of the problem but asked very little about the personal situation of the patient and their perception of the problem or expectation. With regard to cluster 2, advice about the outcome of triage, home management or safety net advice was usually given without checking for patients' understanding and acceptance of the advice. Regarding cluster 3, calls were often handled in an unstructured way, without summarizing or clarifying the different steps within the consultation. There was a positive correlation of 0.86 ($p < 0.01$) between the overall communication score and the duration of the telephone consultation.

These results reveal specific shortcomings and aspects that could be focused on in training to improve the quality of communication skills

at out-of-hours centres. Training in telephone consultation should aim more on patient-centred communication with active listening, active advising and structuring the call. Apart from adequate communication skills, triagists need sufficient time for telephone consultation to enable high quality performance. Research is needed to determine acceptable limits for the duration of calls while at the same time enabling effective and high quality communication.

Chapter 6- Quality of reports

Documenting what has been discussed with the patient is the third and final step in the process of telephone triage. A high quality record for what has been discussed with the patient is essential for continuity of care and for medicolegal purposes.

Chapter 6 presents the results of the assessments of the reports of the calls made by the TISPs and to what extent the reports reflected the telephone consultation.

After the focus group had developed the RICE-communication list (chapter 3), the focus group also developed the RICE-report instrument. With this tool the quality of the information in reports of telephone triage can be assessed (the acronym RICE stands for: Reason for calling, Information gathered, Care advice given, Evaluation of care advice). The instrument consists of two parts: 1) the case specific part with the obligatory questions to be asked and the care advice given and 2) the patient specific part with information on patients' personal situation, expectation and evaluation of the care advice. Each call was transcribed. After the study the out-of-hours centres were asked for a copy of the reports of the calls. The quality of the reports was assessed with the RICE-report instrument and the content of the reports was compared with the content of the transcripts.

The out-of-hours centres returned a report for 78% of the 357 calls. For the remaining 22% of the calls no report was written. Reports contained information on the medical reason for calling in most cases but little information on previous medical history. Patients' expectation or personal situation were seldom documented. Patients' evaluation of the care advice was mentioned regularly at two out-of-hours centres, at the others not at all .

In all but two out-of-hours centres triagists reported answers to not-asked obligatory questions varying from 2 to 54% of all questions entered. Triagists entered a subjective evaluation of patients' condition in 12% of the reports when they entered remarks like "*No alarming signals*" or "*No other complaints*". By comparing the transcripts with the reports the assessors could not identify which questions were asked to support those remarks.

We concluded that reports of telephone consultations of out-of-hours centres contained little information on patients' clinical and personal condition. This may potentially endanger patients' continuity of care and might pose legal consequences for the triagist and the organisation of the OOH centre.

Chapter 7- General discussion

Chapter 7 presents the main findings and methodological aspects of the studies described in this thesis. Recommendations to improve the quality of telephone triage are given as well as advice on further research.

The results of the thesis show the feasibility of introducing Telephone Incognito Standardised Patients. They performed very accurately and presented their clinical cases in a relatively consistent way.

The analysis of the triage process identified critical points in telephone triage to be observed. Knowledge of these critical points may allow opportunities to prevent errors. The results for the quality of three aspects, clinical and communication skills, and documentation of calls, identified shortcomings and learning points for the process of telephone triage.

The high safety standards in the petrochemical and aviation industries might be useful to apply in telephone triage both for clinical case handling and also for documenting the telephone consultation. The results also illustrate the need for training in patient-centred communication.

A computer based clinical decision support system that meets the demands for high quality support for triagists at each phase of the telephone triage needs to be developed and investigated. Knowledge about the implementation and usage of such a system is essential.

Samenvatting

Inleiding

Voor dit onderzoek naar de kwaliteit van telefonische triage op een huisartsenpost werd gebruik gemaakt van Telefonische Incognito Standaard Patiënten (TISP's) en werden drie kwaliteitsaspecten van telefonische triage onderzocht. De methodiek die daarbij werd gevolgd en de bevindingen worden in deze Nederlandstalige versie uitgebreider beschreven dan in de Engelstalige Summary. Dit is gedaan speciaal voor diegenen die het prettiger vinden in het Nederlands dan in het Engels over dit onderzoek te lezen.

Hoofdstuk 1: Analyse van het proces telefonische triage

Wereldwijd organiseren huisartsen eerstelijnszorg buiten kantooruren vanuit centrale huisartsenposten. Zij werken samen met verpleegkundigen of doktersassistenten die in veel landen alle telefonisch verzoeken om medisch advies beantwoorden. Zij doen de telefonische triage en worden daarom triagisten genoemd. Telefonische triage is het zorgproces waarin voor een medisch probleem telefonisch de mate van urgentie en de bijpassende zorg wordt bepaald.

Alvorens de doelstellingen van dit onderzoek te formuleren wordt eerst het proces van telefonische triage beschreven. Dit naar analogie van goede ervaringen die zijn opgedaan met procesbeschrijving elders zoals in de productie-industrie. Daar wordt ieder productieproces tot in details geanalyseerd om fouten die tijdens de productie kunnen optreden, voortijdig op te sporen. De kennis die men daarmee verkrijgt maakt het mogelijk te bepalen welke actie ondernomen moet worden om die fouten te voorkomen. Aan de hand van deze analyse werd het proces telefonische triage verdeeld in drie fasen. Een eerste fase waarin de triagist informatie verzamelt over de lichamelijke en persoonlijke situatie van de patiënt. In fase twee wordt de betekenis van de antwoorden ingeschat om de ernst van het probleem te bepalen en de patiënt te informeren over de bijpassende zorg. In fase drie legt de triagist in een verslag vast wat met de patiënt is besproken.

Uit deze analyse volgt dat de kwaliteit van telefonische triage bepaald wordt door de medische kennis, de communicatieve vaardigheid en de verslaglegging.

De eerste doelstelling van deze studie was: in welke mate voeren triagisten op huisartsenposten in Nederland deze drie kwaliteitsaspecten van telefonische triage uit, gemeten naar hedendaagse normen.

Uit onderzoek onder huisartsen is gebleken dat de kwaliteit van de communicatie tussen arts en patiënt correleert met de lengte van het consult. De tweede doelstelling van deze studie was te bepalen of

een dergelijke correlatie tussen de duur van een telefonisch consult en de kwaliteit van de communicatie van een triagist kon worden vastgesteld.

Voor de uitvoering van dit onderzoek belden 12 TISP's naar 17 verschillende huisartsenposten voor zeven medische problemen en iedere huisartsenpost werd hiervoor drie maal gebeld.

In hoofdstuk 2 wordt bericht over de voorbereiding en training van de TISP's en de nauwkeurigheid waarmee zij hun rol hebben gespeeld.

In hoofdstuk 3 wordt de totstandkoming en validatie van de HAAK-communicatie score lijst beschreven. Dit is het instrument waarmee de kwaliteit van communicatie van triagisten kan worden bepaald.

De validatie van de standaarden voor de zeven casus met de bijbehorende speelscenario's voor de TISP's wordt beschreven, evenals de wijze waarop de 17 huisartsenposten zijn geselecteerd. Vervolgens worden in hoofdstuk 4 en 5 de resultaten van de beoordeling van de medische en communicatieve vaardigheden van triagisten gepresenteerd.

Nadat alle gesprekken waren gevoerd werd alle deelnemende huisartsenposten gevraagd een kopie van het (waarneem)verslag te sturen. In hoofdstuk 6 worden de resultaten van de beoordelingen van die verslagen gepresenteerd.

In hoofdstuk 7 worden de voornaamste bevindingen samengevat en tot welke conclusies die hebben geleid. Na een terugblik op methodologische aspecten van dit onderzoek worden aanbevelingen gedaan voor verbeteringen en verdere studies op het gebied van telefonische triage op een huisartsenpost.

Hoofdstuk 2: Nauwkeurigheid van rollenspel

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op het inzetten van Telefonische Incognito Standaard Patiënten (TISP's). Beschreven wordt hun voorbereiding, de nauwkeurigheid waarmee ze hun rollen hebben gespeeld en of ze ontdekt werden.

Een team bestaande uit twee ervaren triagisten en één huisarts trainde 14 TISP's zeven verschillende rollen te spelen. De intentie was om twee TISP's met dezelfde rol afwisselend te laten bellen naar huisartsenposten om de kans op ontdekking door spraakherkenning door een triagist te verkleinen. Dat lukte voor vijf van de zeven rollen doordat op het laatste moment twee TISP's om persoonlijke redenen uitvielen. Besloten werd geen nieuwe TISP's te trainen.

De TISP's ontvingen scenario's met daarin uitgebreide informatie over het medische probleem, hun verzonden identiteit en de locatie waar ze zich zogenaamd die avond bevonden. Ze leerden non-verbale gevoelens als ongerustheid, onzekerheid of angst hoorbaar te presenteren en om de gesprekken thuis zelf op te nemen met speciale apparatuur.

Om zeker te zijn dat alle noodzakelijke informatie over de huisartsenposten in het scenario van de TISP's vermeld stond belde een lid van het trainingsteam alle 17 geselecteerde huisartsenposten. Het bleek dat sommige huisartsenposten naar de postcode van het (zogenaamde) verblijfsadres vroegen. Deze informatie ontbrak nog in het scenario.

De nauwkeurigheid waarmee TISP's hun rol spelen kan van grote invloed zijn op de manier waarop een consult wordt gevoerd. Het onderzoeksteam stelde vier criteria samen om de nauwkeurigheid van hun rollenspel te bepalen: waren 1) openingszin; 2) antwoorden op vragen en 3) slotzin conform het script?; 4) werd alleen informatie gegeven als erom gevraagd werd?

Om te testen of de TISP's hun rol nauwkeurig speelden, belden ze een medisch call center voor hetzelfde probleem als waarvoor ze tijdens het onderzoek zouden bellen. De medewerkers van het call center wisten dat ze met een TISP spraken maar ze speelden het spel mee en voerden de telefonische consultatie op gebruikelijke wijze uit. Deze oefengesprekken werden door het onderzoeksteam beoordeeld op nauwkeurigheid van rollenspel en de conclusie was dat de TISP's klaar waren voor het onderzoek.

Tijdens het onderzoek belden de TISP's met een interval van zes weken en steeds op een andere dag van de week. Dit werd gedaan om twee redenen: ten eerste om de kans op spraakherkenning en dus ontdekking te verkleinen en ten tweede om de kans te vergroten zoveel mogelijk verschillende triagisten te spreken. Ze belden vanuit hun thuissituatie tussen 7 en 9 uur s'avonds naar

vier tot vijf huisartsenposten. Voor één van deze opgenomen gesprekken bepaalden twee beoordelaars onafhankelijk van elkaar hoe nauwkeurig de TISP's hun rol hadden gespeeld aan de hand van de vier criteria. Na afloop van het onderzoek werden de huisartsenposten die gebeld waren, gevraagd of zij het vermoeden hadden door een TISP te zijn gebeld. Nadat was vastgesteld dat alle benodigde telefoontjes goed waren opgenomen werd de TISP's verzocht een enquête in te vullen met vragen over hun training en het zelf opnemen van de gesprekken.

Er waren 357 gesprekken gepland maar de TISP's voerden 375 gesprekken tijdens 84 avonden omdat bij 18 gesprekken de opname was mislukt. Deze laatste gesprekken moesten opnieuw worden gevoerd. Ze behaalden een bijna 100% score voor nauwkeurigheid van rollenspel. Het gebeurde 11 maal dat een TISP dezelfde avond werd teruggebeld door de dienstdoende huisarts voor nadere informatie. De TISP's hebben de mogelijkheid om van thuis uit te kunnen bellen zeer gewaardeerd maar het zelf opnemen van de gesprekken heeft bij sommige TISP's extra spanning veroorzaakt. Geen enkele huisartsenpost gaf aan een TISP ontdekt te hebben. De beoordelaars kwalificeerden de kwaliteit van de opnames als uitstekend.

Onze conclusie is dat TISP's zeer goed ingezet kunnen worden om onderzoek te doen naar telefonische hulpverlening door een zorginstelling zoals een huisartsenpost. Dit nadat ze zorgvuldig getraind en voorbereid zijn. Tevens concludeerden we dat de huisartsenposten tijdens dit hele onderzoek op een consistente manier zijn benaderd.

Hoofdstuk 3: De HAAK-communicatie score lijst

Om de communicatieve vaardigheid van triagisten te bepalen was het nodig te beschikken over een valide, betrouwbaar en praktisch bruikbaar instrument. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de totstandkoming ervan.

Een focusgroep werd geformeerd om dit beoordelingsinstrument samen te stellen. Ze bestond uit vertegenwoordigers van die partijen die nauw bij het werk van een huisartsenpost betrokken zijn; patiënten, artsen, triagisten en leidinggevendenden van een huisartsenpost. Ze stelde een lijst samen met 17 items waarbij ieder item een bepaalde communicatieve vaardigheid beschrijft. Voor validering van de inhoud werd de lijst voorgelegd aan twee deskundigen op het gebied van training in communicatie aan artsen en medische studenten. Zij beoordeelden deze lijst als volledig en valide. Dit instrument heet de HAAK-communicatie score lijst.

De letters HAAK geven de opeenvolgende fasen van een gesprek aan: H staat voor fase 1: Hulpvraag; A voor fase 2: Achtergrond informatie; A voor fase 3: Advies en K voor fase 4: Klant (=patiënt) reactie.

Om de betrouwbaarheid van de HAAK-lijst te bepalen werden 10 ervaren triagisten opgeleid. Zij beoordeelden onafhankelijk van elkaar zes (geanonimiseerde) op een huisartsenpost opgenomen gesprekken met de HAAK-lijst. De betrouwbaarheid van de lijst (Cronbach's alpha) was 0.73.

Hoofdstuk 4 en 5

Inleiding

De resultaten van de beoordeling van de medische en communicatieve vaardigheid van triagisten worden respectievelijk in hoofdstuk 4 en 5 gepresenteerd. Uitgangspunt voor deze beoordelingen was het gesprek waarin de TISP een medisch probleem voorlegde aan een huisartsenpost. Aangezien de TISP's steeds voor dezelfde medische problemen naar dezelfde huisartsenposten hebben gebeld, wordt eerst ingegaan op de gepresenteerde casuïstiek en de selectie van de huisartsenposten.

Casuïstiek

De criteria waaraan de casuïstiek moest voldoen, waren ten eerste: "er moet regelmatig voor een dergelijk probleem naar een huisartsenpost worden gebeld"; ten tweede "de uitkomst van triage kan om praktische redenen niet leiden tot een spoedgeval of huisvisite"; ten derde "de casus zijn zodanig samengesteld dat onderzocht kan worden of de anamnese zorgvuldig is uitgevoerd" en ten vierde of "de betekenis van de antwoorden op de juiste wijze werd ingeschat".

Een panel van ervaren huisartsen stelde voor iedere casus een standaard vast met daarin de medisch inhoudelijke vragen die gesteld moesten worden en de inhoud van het zelfzorg- en vangnetadvies. Een zelfzorgadvies beschrijft wat de patiënt zelf aan het probleem kan doen en een vangnetadvies geeft aan waar de patiënt de komende uren op moet letten en wanneer hij moet terug-bellen. Beide adviezen worden alleen gegeven als de patiënt de komende uren niet nader onderzocht zal worden. Voor iedere casus werd het scenario voor de TISP's samengesteld met daarin de antwoorden die zij moesten geven op vragen van een triagist. Een groep van 12 huisartsen valideerde deze scenario's en bepaalde voor iedere casus de gewenste mate van urgentie. Dit kon zijn het advies om dezelfde avond naar de huisartsenpost te komen voor nader onderzoek of om het verdere verloop af te wachten.

Huisartsenposten

In 2004 kende Nederland 105 huisartsenposten. Zij werden per brief verzocht toestemming te geven om voor ons onderzoek te worden geselecteerd. Van de 98 huisartsenposten die toestemming gaven werden er 17 geselecteerd, verspreid over Nederland. Het aantal te selecteren huisartsenposten per provincie werd berekend naar rato van de omvang van haar bevolking en de selectie werd at random per provincie bepaald. De huisartsenposten werden niet geïnformeerd dat ze geselecteerd waren.

Om een betrouwbare uitspraak over de kwaliteit van telefonische triage per huisartsenpost te kunnen doen werd een generalisatie analyse uitgevoerd. De TISP's belden vijf maal voor de zeven casus naar vijf van de 17 huisartsenposten en de kwaliteit van de communicatie en de medische afhandeling werd beoordeeld. De analyse wees uit dat iedere casus driemaal moest worden aangeboden en dat ieder gesprek door twee personen moest worden beoordeeld. Voor de uiteindelijke beoordeling van de kwaliteit van alle gesprekken gebruikten we de scores van de eerste drie gesprekken naar deze vijf posten gecombineerd met de scores van de gesprekken naar de overige 12 huisartsenposten.

De 17 huisartsenposten werden tussen 7 en 9 uur s'avonds gebeld. De gesprekken werden opgenomen en van alle gesprekken werd een verbatim gemaakt.

Voor de kwaliteit van de medische vaardigheden van triagisten beoordeelden twee medische studenten ieder gesprek onafhankelijk van elkaar. Zij maakten gebruik van de verbatims en ze beoordeelden de kwaliteit aan de hand van checklisten, die gebaseerd waren op de standaarden. Bij dit onderzoek waren in totaal vier medische studenten betrokken, allen 4^{de} jaars.

Voor de kwaliteit van de communicatie beoordeelden twee ervaren triagisten onafhankelijk van elkaar elk gesprek. Zij luisterden naar het opgenomen gesprek en ze konden gebruikmaken van het verbatim. Voor het scoren gebruikten ze de HAAK-communicatie lijst. In totaal waren 11 triagisten bij dit onderzoek betrokken.

Hoofdstuk 4: Kwaliteit van medische vaardigheden

De kwaliteit van de gestelde vragen, de inhoud van het zelfzorgen vangnetadvies en de geadviseerde urgentie werd onderzocht. De resultaten van de beoordelingen worden in dit hoofdstuk gepresenteerd.

Van alle gestelde vragen behoorde gemiddeld 54% tot de categorie verplichte vragen. Echter, van de verplichte vragen die in de standaarden vermeld stonden, werd gemiddeld 21% gesteld. Niet altijd werd het belang van een antwoord op een vraag op de juiste

wijze ingeschat, zowel niet door triagisten als door huisartsen die een TISP terugbelden. De kwaliteit van de zelfzorg- en vangnetadviezen varieerde sterk per casus en was op alle huisartsenposten beperkt. Triagisten bepaalden voor 58% van alle gesprekken de gewenste urgentie, voor 41% was het urgentieniveau te laag en voor 1% te hoog ingeschat.

Op grond van onze bevindingen concludeerden we dat triagisten niet altijd efficiënt en effectief de anamnese afnamen want zij stelden vaak vragen die voor de urgentiebepaling niet relevant waren. Tevens stelden we vast dat triagisten zeer vaak een zorgadvies gaven na het stellen van een zeer beperkt aantal verplichte vragen waardoor een mogelijk gezondheidsrisico voor de patiënt niet tot een minimum werd beperkt.

We adviseren dat voor veilige telefonische triage, zeker als een zelfzorgadvies wordt gegeven, de anamnese zorgvuldiger wordt afgenomen en dat meer aandacht aan het zelfzorg- en vangnetadvies wordt besteed.

Hoofdstuk 5: Kwaliteit van communicatieve vaardigheden

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van de beoordeling van de kwaliteit van de communicatie en de correlatie tussen deze kwaliteit en de gesprekstijd.

De gesprekken werden beoordeeld aan de hand van de HAAK-communicatie lijst. Om de resultaten te interpreteren werden de 17 items van deze lijst verdeeld over negen sub clusters en deze negen werden verdeeld over drie clusters. Ieder cluster beschrijft een basisvaardigheid van (telefonische) communicatie. Cluster 1 actief luisteren; cluster 2 actief adviseren en cluster 3 gestructureerd communiceren. Voor ieder gesprek werd de duur van het telefonisch consult vastgelegd. De tijd die nodig was om persoonsgegevens van de patiënt op te nemen, werd niet meegerekend.

De gemiddelde score voor alle items van de HAAK-communicatie lijst was 35% van de maximaal haalbare score. Triagisten stelden op correcte wijze de medisch inhoudelijke vragen. Ze vroegen niet of nauwelijks naar de persoonlijke situatie van de patiënt zoals diens verwachting of beleving van het probleem. Het zorgadvies en de zelfzorg- of vangnetadviezen werden meestal gegeven zonder controle op acceptatie en of de patiënt het advies had begrepen. De meeste gesprekken verliepen zonder herkenbare structuur en zonder dat de patiënt werd geïnformeerd over het verloop van het telefonisch consult. Er was een significant positieve correlatie van 0.86 ($p < 0.01$) tussen de duur van het telefonisch consult en de totale score voor communicatieve vaardigheid.

De wijze waarop patiënten en artsen met elkaar communiceren is de

afgelopen decennia ingrijpend veranderd. Vroeger spraken artsen voornamelijk ziektegericht, tegenwoordig dienen ze patiëntgericht te communiceren. Niet de ziekte maar de patiënt die zich ziek voelt, staat centraal. De resultaten van dit onderzoek wijzen erop dat de communicatie op huisartsenposten (nog) niet geheel voldoet aan de eisen van moderne communicatie. Training in communicatieve vaardigheid van triagisten dient aandacht te besteden aan meer patiëntgericht en niet uitsluitend ziektegericht communiceren. Behalve training in goede communicatieve vaardigheden dienen triagisten voldoende tijd te krijgen om een kwalitatief goed gesprek te kunnen voeren.

Hoofdstuk 6: Kwaliteit van het verslag

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken van de beoordelingen van de kwaliteit van de verslagen van de gesprekken naar de huisartsenposten. Tevens is onderzocht in welke mate de verslagen een weergave waren van hetgeen was besproken.

Het verslag is van belang voor de continuïteit van zorg, het kan een rol spelen bij juridische procedures en het kan gebruikt worden voor epidemiologisch onderzoek.

Nadat de focusgroep de HAAK-communicatie lijst had samengesteld (hoofdstuk 3) stelden zij de HAAK-verslag lijst samen waarmee de kwaliteit van de inhoud van verslagen van telefonische consulten kan worden bepaald. De lijst bevat een casus- en een patiëntgerelateerd deel. Het casus gerelateerde deel bevat de vragen die gesteld moeten worden en het zorgadvies dat moet worden gegeven. De inhoud van dit deel is afhankelijk van het probleem waarvoor de patiënt belt. In het patiëntgerelateerde deel worden diens verwachting, persoonlijke situatie en reactie op het zorgadvies vastgelegd en dit is probleem onafhankelijk. Na afloop van het onderzoek werden alle betrokken huisartsenposten verzocht een kopie van het (waarneem)verslag van het gesprek met de TISP te sturen. De kwaliteit van deze verslagen werd door twee huisartsen onafhankelijk van elkaar beoordeeld aan de hand van de HAAK-verslag lijst.

Door de huisartsenposten werd voor 278 van de 357 gesprekken een verslag gestuurd. Dit is 78% van het verwachte aantal. Voor de resterende 22% van de gesprekken was geen verslag gemaakt. De verslagen vermeldden bijna altijd de medische reden waarvoor werd gebeld en gaven weinig anamnestiche informatie. De verwachting en de persoonlijke situatie werden zelden genoteerd. Het oordeel van de patiënt aangaande het gegeven zorgadvies werd door twee huisartsenposten regelmatig vermeld, op de overige huisartsenposten geheel niet.

Vergelijkingen tussen verslagen en verbatims leidden tot twee opmerkelijke bevindingen. Ten eerste, triagisten hadden, met uitzondering van één huisartsenpost, soms antwoorden op verplichte vragen genoteerd hoewel ze niet waren gesteld. Dit betekent dat de huisarts, die als eindverantwoordelijke het besluit van een triagist moet fiatteren, over onjuiste informatie beschikte. Ten tweede, in 12% van de verslagen stonden opmerkingen als “*Geen alarmsignalen*” of “*Geen andere klachten*”. Uit de vergelijking tussen de betreffende verslagen en de verbatims konden de beoordelaars echter niet bepalen waarop deze beweringen berustten. Dit betekent dat triagisten voor die gesprekken een subjectieve interpretatie van de lichamelijke situatie van de patiënt hadden genoteerd. Onze conclusie is dat de verslagen van de telefonische consulten weinig en niet altijd betrouwbare informatie bevatten over de fysieke en persoonlijke situatie van de patiënt. Dit kan een negatieve rol spelen voor de continuïteit van zorg en tevens juridische gevolgen hebben voor een triagist en de organisatie van de huisartsenpost.

Hoofdstuk 7: Algemene discussie

In dit hoofdstuk worden de voornaamste bevindingen van dit onderzoek gepresenteerd en wordt stilgestaan bij de methodiek van ons onderzoek. Tevens wordt aangegeven tot welke conclusies de bevindingen hebben geleid. Tot slot worden aanbevelingen en onderzoeksvoorstellen gedaan om de kwaliteit van telefonische triage te verbeteren.

De procesanalyse van telefonische triage maakte zichtbaar op welke momenten fouten gemaakt kunnen worden. Dit inzicht is nodig om maatregelen te bedenken hoe die fouten voorkomen kunnen worden. De resultaten van dit onderzoek tonen tekortkomingen die kunnen optreden tijdens ieder van de drie verschillende fasen van dit proces. Deze tekortkomingen zijn naar onze mening goed te verhelpen.

Als onderzoeksresultaat vermelden we ten eerste dat de TISP's hun telefoonrol zeer nauwkeurig hebben gespeeld. Dat betekent dat zij de huisartsenposten op een consistente wijze hebben gebeld.

In navolging van de eisen ten aanzien van veiligheid zoals die in de petrochemische industrie en de vliegwereld gelden, dient ook voor telefonische triage een “cultuur van veiligheid” te ontstaan. Ook dienen triagisten getraind te worden om op een meer patiëntgerichte wijze telefonisch te communiceren.

Het verdient aanbeveling onderzoek te doen naar instrumenten die de kwaliteit en veiligheid van telefonische triage kunnen ondersteunen. Hierbij kan gedacht worden aan computer gestuurde beslissingsondersteunende systemen. Onderzocht moet worden aan welke eisen deze systemen moeten voldoen en welke hindernissen

overwonnen moeten worden om ze effectief in te zetten. Tot slot dient onderzocht te worden op welke wijze een juist gebruik gegarandeerd kan worden.

Het onderzoeksteam hoopt met deze thesis een bijdrage te leveren aan zorg-per-telefoon van hoge kwaliteit met aandacht voor veiligheid tijdens medische beoordeling, patiëntgerichte communicatie en betrouwbare informatieve verslaglegging.