

Klantcontact steeds vaker op zorgagenda

Sommige ziekenhuizen hebben meer dan één miljoen klantcontacten per jaar. Geen enkel 'geval' is hetzelfde. Daarbij staat de zorgsector onder enorme druk. Krijgt klantcontact voldoende aandacht?



U

itdagingen zijn er op het gebied van (te veel) management, oplopende kosten en kwaliteit die regelmatig ter discussie staat. Tel hierbij op een moeizaam te veranderen cultuur in de top, een mondiger en steeds ouder wordende patiënt en concurrentie uit de private sector.

In het bedrijfsleven wordt al jarenlang gesproken over kostenbeheersing, efficiency en klantgerichtheid. De zorgsector experimenteert weliswaar met marktwerking, maar hoe is



De deelnemers rondetafeldiscussie klantcontact in de zorg

Henk-Jan Kloosterman, hoofd receptie en 24-uurspost, Medisch Centrum Leeuwarden

Hans Kardol, managing consultant KSi onderzoek en advies

Onno Draaisma, directeur Zorg Cegeka

Erwin Leferink, algemeen directeur BRW Groep

het volgens zorginstelling en patiënt gesteld met het klantcontact? “Er zou geen verschil moeten zijn tussen de visie van de aanbieder en die van de cliënt. Dat zou op één lijn moeten liggen”, trapt Henk-Jan Kloosterman van Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) de rondetafeldiscussie af. MCL streeft er naar de verwachting van de klant

gespreksleiding Henk Verbooy

tekst/beeld Erik Bouwer



Groep) hebben zeven van de tien telefoontjes richting een ziekenhuis betrekking op het maken van een afspraak. Met name de bereikbaarheid van poli's is soms bar en boos. Dat wijt hij aan niet-eenduidige openingstijden en het hebben van eigen KCC's. "Ieder ziekenhuis is weer anders georganiseerd. Het leidt er toe dat een ziekenhuis een grote organisatie is voor de buitenwereld, maar als je er binnenkomt dan is de organisatie erg versnipperd".

te overtreffen en is de strijd aangegaan met zaken als wachttijden en persoonlijke benadering. "Op het algemene nummer doen we het heel

Centraliseren? Kloosterman legt uit dat juist dat is aangepakt binnen het MCL: eenduidige openingstijden voor alle poliklinieken. "Ik vind ook dat je bijvoorbeeld voor het maken van afspraken voor meerdere onderzoeken op één dag niet driemaal moet terugbellen. We hebben een norm gesteld: voor het algemene nummer moet 90 procent binnen 20 seconden beantwoord zijn en dat halen we ook. Voor de poli's zou dat ook zo moeten zijn, maar daar zitten we op zo'n 75 tot 80 procent. Dat komt hoofdzakelijk door het gebrek aan schaalgrootte bij de poli's", aldus Kloosterman.

Een centraal, algemeen nummer is meestal bedoeld om te routeren. Afspraken maken, dat doe je lokaal via een poli. Is er niet veel te winnen met een centraal afsprakenbureau?

"Het zou een oplossing kunnen zijn", aldus Hans Kardol (managing consultant KSI onderzoek en advies) die daarbij wel wijst op de noodzaak van schaalgrootte. "Voor het maken van afspraken is vaak domeinkennis noodzakelijk. Die is juist aanwezig op de poli – maar bij de medisch specialisten ontbreekt het vervolgens weer aan vaardigheden op het vlak van klantgerichtheid. Dat



Erwin Leferink (BRW):

"De bereikbaarheid van de poli's is soms bar en boos".

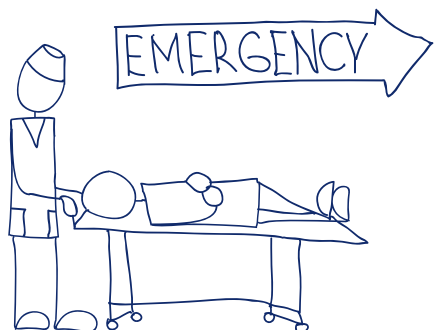
goed in vergelijking met andere ziekenhuizen in het land. Op de poliklinieken wil het nog wel eens gebeuren dat het langer duurt."

Volgens Erwin Leferink (algemeen directeur BRW

is ook wat we in ons onderzoek [zie CR&T 5-2012] terugzagen: de vaardigheden liggen op centrale nummers over het algemeen op een hoger niveau.”

Kloosterman gelooft niet in centraliseren. “De zorg is complex, het combineren van vervolgonderzoeken op één dag vereist inzicht in het ziektebeeld. Dat kun je onmogelijk overlaten aan een groep callcentermedewerkers. Daarnaast is er de specialist die kan zeggen: als meneer Jansen belt, dan wil ik dat hij voorrang heeft.”

Proces omdraaien Onno Draaisma (directeur Zorg, Cegeka) vindt dat er sprake is van een *gedragsprobleem*. “Mensen moeten afspraken maken met een afdeling, maar de professionals daar hebben andere prioriteiten. Vervolgens proberen we het probleem op te lossen met centraliseren of decentraliseren.” Hij legt uit dat in de thuiszorg vergelijkbare problemen bestaan: “Wij denken nog steeds dat wij als zorginstelling die afspraak met de cliënt moeten maken, maar dat moet andersom.” Een uitdaging is bijvoorbeeld om een mevrouw die iedere twee weken nieuwe steunkousen nodig heeft, zo te helpen dat ze zelf afspraken kan maken via internet.



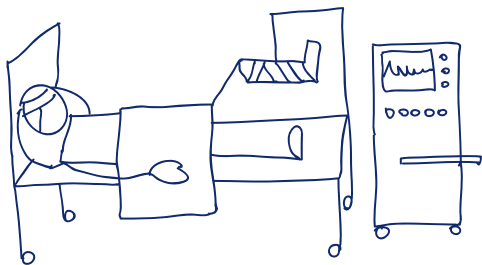
“We weten allemaal dat de mensen in de leeftijd tussen vijftig en zestig jaar de meeste tijd besteden aan internet. Dat zijn de mensen die straks van de zorg gebruikmaken. 80 Procent is prima in staat om dingen te doen via internet. Geef die mensen nu gewoon de tools om het zelf



Onno Draaisma (Cegeka):

“Laat mensen zelf afspraken maken via internet”.

te doen.” En dat er soms meerdere onderzoeken achter elkaar moeten worden ingepland, roept vragen op bij Draaisma en Leferink: hoe vaak komt dat voor? Draaisma: “We zijn heel goed in het managen van uitzonderingen in Nederland.” Leferink legt uit dat verschillende ziekenhuizen zoals het **Erasmus Medisch Centrum** en het **Gemini Ziekenhuis** op kleine schaal experimenteren met het online maken van afspraken. Draaisma vult aan met de suggestie dat niet alle klantcontacten van een instelling op één hoop gegooid moeten worden.



Een miljoen calls per jaar Leferink:

“Er zijn ziekenhuizen met meer dan een miljoen klantcontacten op jaarbasis. In de customer care is een miljoen klantcontacten op jaarbasis best veel. Veel bedrijven halen dat niet eens en hebben toch een contactcenter ingericht. Wij hebben een aantal ziekenhuizen geholpen met een gecentraliseerd KCC. De doelstelling is daarbij vergelijkbaar met een KCC binnen een gemeente: 70 tot 80 procent van de binnenkomende gesprekken handel je daar af.” Verder moet goed gekeken worden naar het kennisvraagstuk en naar routeringsafspraken: welke gesprekken gaan op welk moment door naar de poli? Bij een gemiddeld ziekenhuis leidt dat tot een besparing van zes tot tien fte, aldus Leferink. Er wordt bovendien effectiever gepland en de bereikbaarheid schiet omhoog. Het Zaans Medisch Centrum werkt bijvoorbeeld met een eigen KCC.

Kloosterman legt uit dat bij het MCL alle gesprekken tot voor kort binnenkwamen op de telefooncentrale. Er is op een zeker moment besloten dat alle poli's drie toegangsnummers moesten hebben: een algemeen nummer, een interne lijn en een huisartsenlijn. Dat leidde tot een besparing van 1,4 fte bij de telefooncentrale, maar op de poli's moest uitgebreid worden wegens de verplaatsing van workload.

Een KCC als superoplossing? Als het

opzetten van een centraal KCC zo eenvoudig is en de resultaten binnen handbereik lijken te liggen, waarom gebeurt het dan niet vaker? Leferink denkt dat het te maken heeft met leiding en besturing: “Specialisten geven niet graag agenda-informatie uit handen.” Kloosterman legt uit dat verantwoordelijkheden voor klantcontact binnen een ziekenhuis vaak bij meerdere personen zijn belegd. Ook MCL liep tegen weerstanden bij specialisten aan, maar zij lieten zich overtuigen door bereikbaarheidscijfers. Verder kan een hoofd facilitaire dienst verbetertrajecten oppakken: bijvoorbeeld door informatievragen – die relatief lang duren – te scheiden van telefoontjes gericht op het maken van afspraken.

Het is natuurlijk de vraag of het organiseren van het klantcontact als een vraagstuk wordt gezien waar je professionals voor nodig hebt. Denk aan de gemeente waar vanuit de Rijksoverheid beleid is uitgerold en waar KCC's steeds beter werken – volgens Leferink is de situatie van gemeenten met het centraal geregisseerde programma Antwoord sterk verschillend van de zelfstandig opererende ziekenhuizen.

Draaisma heeft wel een verklaring voor het verschil tussen gemeente en zorg: in de zorg zijn professionals sterk betrokken bij de medische professie, het beter maken van mensen. Zaken die daar niet direct bij horen, worden gezien als ballast. Gemeenteambtenaren zouden volgens Draaisma ook minder intrinsiek betrokken zijn bij het werk dan zorgprofessionals. Kloosterman is er echter van overtuigd dat in de afgelopen twee jaar het klantcontact hoger op de zorgagenda is komen te staan.

Heb je juist daarom niet een facilitair bedrijf nodig dat ondersteunende diensten levert voor de specialisten?

Marktwerking het redmiddel? Kardol waarschuwt voor een te eenzijdige aanpak waarbij klantcontact wordt teruggebracht tot de buitenste schil van de organisatie. “Je moet het hebben over klantgerichtheid. Ik stel bij bedrijven wel eens de vraag ‘wie werkt hier en heeft geen invloed op de klantbeleving?’ Iedereen die dan zijn hand opsteekt kan eigenlijk de deur uit,



Henk-Jan Kloosterman (MCL):

“Het staat en valt met het contact van A tot Z”

want die draagt niets bij aan de doelstelling van het bedrijf. Natuurlijk zijn specialisten primair met medische zorgverlening bezig, maar dat proces wordt beter als iedereen binnen de zorg klantgericht is.”

Ook Kloosterman zegt dat vakgroepen patiën-

ten kunnen verliezen wanneer ze niet goed bereikbaar zijn. Dat probleem gaat veelal pas spelen als de volledige capaciteit van zo'n vakgroep niet meer vanzelfsprekend wordt benut - omdat patiënten eenvoudigweg vertrekken en een zekere mate van marktwerking zichtbaar wordt. Dat de concurrentiepositie van ziekenhuizen belangrijker wordt vinden Draaisma, Kardol en Leferink positief. Kloosterman relateert: “Je kunt het aan de voorkant nog zo goed doen, op het moment dat de specialist het verbruikt of een hork is, dan komt de patiënt nooit meer terug. Het staat en valt met het contact van A tot Z. Je kunt snel de telefoon beantwoorden, maar als je vervolgens een kwartier moet wachten op de afdeling...” Daarom is het belangrijk dat klantgerichtheid als speerpunt wordt onderschreven binnen de gehele organisatie: door het management en door de Raad van Bestuur, aldus Kloosterman.

Van wie is de klant? Marktwerking doet geleidelijk zijn intrede in de zorg. Toch hebben kwaliteitsonderzoeken in de zorg nog te vaak betrekking op vooral de medische kant van de zorg, vindt Leferink. “Dat je drie kwartier moet wachten in de wachtkamer voordat je aan de beurt bent, of dat je naar huis wordt gestuurd terwijl op dezelfde dag ook een foto gemaakt had kunnen worden; daar gaat dat onderzoek meestal niet over.”

Kardol stelt dat marktwerking in de zorg meer is dan prijs en bereikbaarheid: “Wie heeft op een vergelijkings-site gekeken of een andere tandarts goedkoper is en is om die reden geswitcht?” Naast het perspectief van de zorgconsument is er ook het perspectief van de professional: “Het trainen



van mensen van een KCC, daar draaien we de hand niet voor om. Het geven van een zelfde soort training bij specialisten is een andere uitdaging.” Leferink denkt dat de jongere generatie veel meer open staat voor communicatie en alles wat daar mee te maken heeft.

Leferink geeft aan dat een ziekenhuis zich moet afvragen wat de drijfveer is: angst dat patiënten straks weglopen of besparingen? Op dat laatste wordt steeds gelet door ziekenhuizen en klant-contact wordt daarin meegenomen. Kwaliteit, bereikbaarheid en servicegerichtheid staan hoog op de agenda bij de Raden van Bestuur, onderstreept ook Leferink.

Volgens Kardol speelt daarbij nog een ander vraagstuk mee: wie is de eigenaar van de klant? Wie bepaalt nu eigenlijk welke rekening betaald wordt? Heeft het ziekenhuis het eigenaarschap of zit er nog een verzekeraar tussen die daar iets van vindt? Het echte gevecht wordt wellicht niet tussen de ziekenhuizen gevoerd, maar tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis.

Van wie kan de zorgsector iets leren? Staan ziekenhuizen alleen in hun uitdagingen? Of kun je zorginstellingen prima vergelijken met andere organisaties? Draaisma: “Je kunt een

zorginstelling vergelijken met een gevangenis en een hotel. De reden van opname is steeds anders. Een hotel is vaker vrijwillig, een gevangenis is minder vrijwillig en dat geldt ook voor de zorg.” Toch worden er in alle gevallen mensen verzorgd en krijgen ze aandacht: ze moeten eten, drinken, slapen; de boel moet worden schoongehouden, aldus Draaisma. Kardol vindt de zorg op veel punten vergelijkbaar met andere organisaties, maar “er blijft een wezenlijk verschil en dat is het product. Het aantrekken van steunkousen is een redelijk definieerbaar product. Maar in de complexere zorgvraagstukken die je in de ziekenhuizen tegenkomt is geen geval hetzelfde. Dan



Hans Kardol (KSI): “Zijn specialisten alleen gefocust op de aandoening of ook op de patiënt? Daarin zit de uitdaging”.

komen de specialisten om de hoek kijken die maatwerk leveren. Zijn ze dan alleen gefocust op de aandoening of ook op de patiënt? Ik denk dat daar de grote uitdaging zit voor de zorg die je in andere sectoren niet zo snel terugvindt.” &