

University of Groningen

Verbetering telefonische bereikbaarheid van huisartsenzorg

Betten, Wilhelmina; Moorer, Pieter; van Linschoten, Cornelis

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2009

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Betten, W., Moorer, P., & van Linschoten, C. (2009). *Verbetering telefonische bereikbaarheid van huisartsenzorg*. ARGO Rijksuniversiteit Groningen.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Verbetering telefonische bereikbaarheid van huisartsenzorg

Een onderzoek onder huisartsen naar oorzaken en oplossingen
inzake knelpunten in telefonische bereikbaarheid

dr. C.P. van Linschoten

drs. W. Betten

drs. P. Moorer

eindrapportage

juli 2009

ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV

Internet: www.argo-rug.nl

E-mail: argo@med.umcg.nl

Inhoudsopgave

HOOFDSTUK 1. INLEIDING EN VRAAGSTELLING	5
1.1 Inleiding	5
1.2 Vraagstelling	5
1.3 Methode	5
1.4 Opbouw van de rapportage	6
HOOFDSTUK 2. TELEFONISCHE BEREIKBAARHEID	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Kwalitatief onderzoek	7
2.3 Wat is telefonische bereikbaarheid?	7
2.4 Mogelijke oorzaken en oplossingen	9
2.5 Conclusie	11
HOOFDSTUK 3. ONDERZOEK BIJ HUISARTSEN	13
3.1 Inleiding	13
3.1 Response	13
3.2 Organisatie van de telefonische bereikbaarheid	15
3.3 Kwaliteit van de telefonische bereikbaarheid	16
3.4 Telefonische bereikbaarheid en praktijkenmerken	17
3.5 Samenhang kwaliteit en organisatie	21
3.6 Visie op telefonische bereikbaarheid	22
3.7 Oorzaken van problemen in telefonische bereikbaarheid	23
3.8 Acties	27
3.9 Effectiviteit van ondernomen acties	30
3.10 Tips	32
3.10.1 Techniek	32
3.10.2 Meer personeel	32
3.10.3 Communicatie	33
3.10.4 Praktijkvoering	33
3.11 Conclusie	34
HOOFDSTUK 4. GOEDE VOORBEELDEN	35
4.1 Inleiding	35
4.2 Voorbeelden	35
4.3 Conclusie	40
HOOFDSTUK 5. SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN	41
5.1 Inleiding	41
5.2 De belangrijkste uitkomsten op een rij:	41
5.3 Aanbevelingen discussiebijeenkomst	43
Bijlage 1. Respondenten	45
Bijlage 2. Leidraad interviews	46
Bijlage 3. Internet vragenlijst	47

Dit project is uitgevoerd conform ISO 20252

HOOFDSTUK 1. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

1.1 Inleiding

Naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek 'Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren' (IGZ/NPCF, september 2008) heeft de Minister van VWS er bij de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) op aangedrongen om een heldere analyse te maken van oorzaken en mogelijke oplossingen. Voor de LHV is de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk een prioriteit en het onderwerp krijgt op verschillende manieren veel aandacht. Een werkgroep heeft een bijdrage geleverd aan het formuleren van richtlijnen vanuit de doelgroep. Deze richtlijnen zijn door de ledenvergadering van de LHV geaccepteerd. Ook is door de LHV een Toolkit ontwikkeld waarin praktische tips staan voor verbeteracties met betrekking tot de telefonische bereikbaarheid.

In april 2009 heeft de LHV ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV opdracht gegeven voor een onderzoek naar de knelpunten in de telefonische bereikbaarheid van huisartsenzorg. Het onderzoek is uitgevoerd om een beeld te krijgen van de mate waarin dit thema bij huisartsen zelf speelt, en wat huisartsen zelf zien als oorzaken en mogelijke oplossingen.

1.2 Vraagstelling

Het onderzoek werd uitgevoerd onder huisartsen. De vraagstelling van het onderzoek naar de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk luidt:

1. Wat zijn volgens huisartsen oorzaken van knelpunten in de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg tijdens praktijkuren?
2. Welke maatregelen zijn volgens huisartsen nodig om de telefonische bereikbaarheid van huisartsenzorg overdag te verbeteren?

1.3 Methode

Het onderzoek bestaat uit de volgende onderdelen.

Vorbereiding en kwalitatief onderzoek.

Er zijn vraaggerekken gevoerd met acht deskundigen op het gebied van huisartsenzorg en telefonische bereikbaarheid (zie bijlage).

Een samenvatting werd aan de respondenten voorgelegd. De gesprekken leverden samen met bestudeerde literatuur input voor een vragenlijst voor huisartsen.

Kwantitatieve toetsing

Uit het ledenbestand van de LHV is een random steekproef getrokken van praktijkhouders van 1000 huisartspraktijken. De huisartsen ontvingen van de LHV een vooraankondiging. In de periode 21 mei – 1 juni konden de huisartsen deelnemen aan een online survey; er werd eenmalig een reminder verstuurd.

De vragenlijst bevatte de volgende onderdelen (zie bijlage):

- praktijkenmerken;
- visie van de huisarts op telefonische bereikbaarheid;
- oorzaken en mogelijke oplossingen.

Identificatie en beschrijven 'goede voorbeelden'

In de vragenlijst konden respondenten aangeven of men bereid was mee te werken aan een aanvullend interview. Praktijken die de telefonische bereikbaarheid als zeer goed beoordeelden werden geselecteerd voor een beschrijving van een aantal goede voorbeelden. In de rapportage zijn 5 casussen opgenomen waarin voorlopers op het gebied van telefonische bereikbaarheid worden beschreven.

1.4 Opbouw van de rapportage

Deze rapportage is als volgt opgebouwd. Eerst wordt in hoofdstuk 2 een samenvatting van het kwalitatieve deel gegeven. Daarna komen de uitkomsten van het online vragenlijst onderzoek aan de orde. In hoofdstuk 3 staan enkele goede voorbeelden beschreven. In hoofdstuk 4 staat het verslag van een werkbijeenkomst naar aanleiding van het rapport. Het hoofdstuk wordt besloten met de aanbevelingen en conclusies. Bijlage 1 bevat de lijst met geïnterviewde personen; bijlage 2 de gespreksleidraad en bijlage 3 de online vragenlijst.

HOOFDSTUK 2. TELEFONISCHE BEREIKBAARHEID

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een korte impressie gegeven, gebaseerd op vraaggesprekken met een aantal experts. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van een toetsing bij 966 huisartspraktijken gepresenteerd.

2.2 Kwalitatief onderzoek

Om de validiteit van het onderzoek te vergroten is met acht respondenten van binnen en buiten de beroepsgroep een vraaggesprek gevoerd. De gesprekspartners werden door opdrachtgever LHV geselecteerd en benaderd. Het doel van die gesprekken was – naast het verwerven van inzicht in het thema telefonische bereikbaarheid - tweeërlei:

1. Aan de hand van de uitkomsten van het IGZ/NPCF onderzoek zijn mogelijke oorzaken van de slechte bereikbaarheid geïnventariseerd.
2. Daarnaast is besproken welke oplossingen denkbaar zijn.

Respondenten ontvingen vooraf een leidraad (zie bijlage). Van elk gesprek is een verslag gemaakt dat ter controle is voorgelegd aan de respondent. De uitkomsten van de gesprekken waren mede input voor het opstellen van de vragenlijst voor het kwantitatieve deel van het onderzoek. De belangrijkste bevindingen worden hier samengevat.

2.3 Wat is telefonische bereikbaarheid?

Een belangrijk punt in dit onderzoek is de definitie en het belang van telefonische bereikbaarheid. In het IGZ/NPCF onderzoek (2008) wordt onder telefonische bereikbaarheid het volgende verstaan¹:

- o Bij een normale oproep wordt de beller binnen 2 minuten door een live persoon te woord gestaan.
- o Bij een spoedoproep wordt de beller binnen 30 seconden door een live persoon te woord gestaan.
- o Overdag van 08.00 tot 18.00.

¹ Deze normen zijn gehanteerd in het onderzoek van IGZ/NPCF. Vanuit de LHV is het 2-minuten criterium niet onderschreven.

Uit de gesprekken kwam met betrekking tot telefonische bereikbaarheid het volgende naar voren. Zowel van binnen als buiten de sector wordt aangegeven dat telefonische bereikbaarheid een topprioriteit in de huisartsenpraktijk is. Er zou dan ook zowel in de aandacht voor het onderwerp als in de techniek geïnvesteerd moeten worden. Hiervoor wordt een aantal redenen gegeven. De patiënt wil de huisartsenpraktijk kunnen bellen en deskundig te woord worden gestaan. Lukt dit niet dan gaat men hulp zoeken buiten de eerstelijns om. Een andere reden is dat goede telefonische bereikbaarheid een belangrijk hulpmiddel bij het 'managen' van de patiëntenstroom is. Bij het optimaal organiseren van de patiëntenstroom neemt de beschikbaarheid toe. Bereikbaarheid en beschikbaarheid zijn volgens een aantal respondenten nauw met elkaar verweven.

Het managen van de patiëntenstroom is niet alleen voor de praktijkvoering van belang, het helpt ook om de hulpvraag te filteren. En daarmee wordt de huisarts in zijn functie van poortwachter van de eerstelijns gesteund door goede telefonische bereikbaarheid.

Respondenten brengen naar voren dat bereikbaarheid in de samenleving op allerlei gebieden sterk is gewijzigd en toegenomen. Ondermeer mobiele telefonie, internettoepassingen en de 24-uurs economie spelen een steeds grotere rol. Ook van de huisartsenpraktijk wordt verwacht dat deze telefonisch en fysiek goed bereikbaar is. Respondenten binnen de beroepsgroep geven aan dat de druk op de telefoon de laatste jaren enorm is toegenomen, mede omdat allerlei vragen die men voorheen zelf of in eigen kring oploste nu bij de huisarts worden neergelegd.

Respondenten van buiten de beroepsgroep benadrukken dat het gaat om hoe patiënten de telefonische bereikbaarheid ervaren en dat de vraag of men terecht of onterecht belt, niet van invloed mag zijn op hoe de bereikbaarheid georganiseerd wordt.

Samengevat is telefonische bereikbaarheid een topprioriteit in de gezondheidszorg omdat:

- o de huisarts de laagdrempelige poortwachter is tot de eerstelijns
- o de huisarts er de praktijkvoering mee kan sturen
- o goede bereikbaarheid voorkomt dat de zorgvraag op de 'verkeerde' plek terecht komt.

2.4 Mogelijke oorzaken en oplossingen

In de gesprekken zijn diverse oorzaken voor problemen met de telefonische bereikbaarheid genoemd. Hieronder worden ze aan de hand van de onderwerpen uit de gespreksleidraad uitgewerkt.

Arbeidsmarktproblematiek

Respondenten uit de beroepsgroep geven aan dat er een probleem is met het vervullen van vacatures van doktersassistenten. Doordat er te weinig stageplaatsen in huisartsenpraktijken zijn, stromen veel leerlingen uit naar ziekenhuizen waar wél voldoende aanbod is. Daarnaast geeft men aan dat de wens deeltijd te willen werken tot organisatorische problemen kan leiden. Respondenten van buiten de beroepsgroep geven aan dat er weliswaar personele problemen zijn, maar dat meer personeel niet per se de oplossing voor een betere bereikbaarheid betekent; daarvoor moet breder en naar onorthodoxe mogelijkheden worden gekeken.

Taakverdeling- en delegatie

Respondenten geven aan dat de rol van de telefoon en het uitvragen in de loop der jaren steeds belangrijker is geworden. Hierdoor is naast de gespreksduur ook het belang van afstemming toegenomen. Daarnaast is het takenpakket van de assistente ook op andere punten sterk uitgebreid. Dit vindt men een goede ontwikkeling, niet alleen als ontlasting van de huisarts maar ook als carrière perspectief voor de assistente. Er wordt in oplossende richting voorgesteld zaken die niet per se telefonisch te hoeven worden gedaan (bv. recepten, afspraken) anders te organiseren.

Samenwerking

Respondenten geven aan dat de huisarts dingen graag op zijn eigen manier doet maar ook dat samenwerking steeds belangrijker wordt. Dit geldt zeker voor de complexere zorgvragen. Sommige respondenten zien het als een generatieverschijnsel: voor jongere huisartsen is samenwerking vanzelfsprekender dan voor oudere. Voor respondenten van buiten de beroepsgroep is telefonie één van de primaire gebieden waarop samenwerking gestalte zou moeten en kunnen krijgen. De huisartsen geven aan dat samenwerking uit kan breiden maar ook een getalsmatige grens kent: de span of control ligt rond 10.000 patiënten.

Financieringsstructuur huisartsenzorg

Vanuit de beroepsgroep wordt aangegeven dat zowel de vergoeding voor de assistentie als voor technische infrastructuur niet is aangepast aan de ontwikkelingen die zich de laatste jaren hebben voorgedaan. Van buiten de beroepsgroep wordt opgemerkt dat bereikbaarheid een verplichting is en dat de huisarts ook als hij de patiënt niet ziet er een vergoeding voor krijgt. Wel geeft men aan dat focussen op financiën geen oplossing biedt. Wordt het gezien als een 'kostenpost' of als 'investering'?

Administratieve lasten

De administratieve lastendruk houdt volgens de respondenten geen verband met problemen in telefonische bereikbaarheid. Maatregelen op dit gebied zullen naar verwachting niet bijdragen aan de oplossing.

Technische ontwikkelingen

Naar het oordeel van de gesprekspartners kan de techniek zeker bijdragen in een aantal oplossingen. Ook is duidelijk uit de opmerkingen van respondenten dat technische mogelijkheden niet overal leven, bekend zijn en/of benut worden. In die zin is techniek (telefoon, internet, email e.d.) zowel oorzaak als oplossing. Oorzaak waar het gaat om gebrek aan kennis en wellicht interesse bij de huisarts. Het onderwerp leeft, maar roept tegelijkertijd veel vragen op. Menig huisarts moet zich nog verdiepen in de mogelijkheden die moderne ICT toepassingen bieden voor de praktijk.

Factoren bij de patiënt: gedrag, piekbelasting, kennis van de spoorlijn

Er is een verschil in beleving van de zorgvraag door de patiënt en hoe de huisarts hier tegen aan kijkt. Het meest duidelijk wordt dit bij spoedvragen. In theorie zijn de respondenten het eens: "spoed is spoed als de patiënt dit zo ervaart". Toch geven huisartsen aan dat de spoedlijn regelmatig 'oneigenlijk' gebruikt wordt. Het lijkt een paradox, want de patiënt weet pas of hij 'terecht' heeft gebeld als hij te woord is gestaan.

Het piekgedrag – met name bellen in de vroege ochtenduren – lijkt mede te maken te hebben met het beeld van patiënten dat de huisarts alleen in de vroege ochtend uren gebeld mag worden. Terwijl juist de bereikbaarheid buiten de piekuren het probleem vormt. Voor de respondenten van buiten de beroepsgroep is duidelijk dat een praktijk overdag bereikbaar moet zijn.

Door respondenten binnen de beroepsgroep werd opgemerkt dat de (oneigenlijke) zorgvraag, en daarmee de druk op de telefoon, sterk toeneemt.

Bewustzijn huisarts: hoe belangrijk is telefonische bereikbaarheid?

Telefonische bereikbaarheid lijkt volgens de respondenten niet een onderwerp waaraan iedere huisarts systematisch aandacht schenkt. In de opleiding is het geen onderwerp en of er belangstelling voor is, is dan ook sterk persoonsafhankelijk.

Communicatie

Communicatie loopt als een rode draad door de andere thema's, zowel als oorzaak als mogelijke bijdrage in de oplossing. De meningen van de respondenten waren divers. Communicatie is een ondersteunend middel. Door te focussen op de (bekendheid van de) spoedlijn wordt de aandacht afgeleid van de bereikbaarheid in brede zin. De huisarts moet patiënten persoonlijk aanspreken bij oneigenlijk gebruik van mogelijkheden.

2.5 Conclusie

Op basis van een beperkt aantal vraaggesprekken is een beeld verkregen van het belang van telefonische bereikbaarheid voor de huisartsenzorg, alsmede de betekenis van een aantal mogelijke oorzaken en oplossingsrichtingen. Op basis van de gespreksronde is een vragenlijst opgesteld die aan huisartsen is voorgelegd.

HOOFDSTUK 3. ONDERZOEK BIJ HUISARTSEN

3.1 Inleiding

Aansluitend op de vraaggesprekken is een kwantitatieve toetsing uitgevoerd om een betrouwbaar beeld te krijgen van de situatie in de praktijk. Door de LHV is op 19 mei 2009 een vooraankondiging verzonden aan representatieve steekproef van 1000 praktijkhouders. Na verwerking van de reacties is 25 mei 2009 de gestructureerde vragenlijst online aangeboden aan 966 praktijken.

In de vragenlijst [zie bijlage] was een vraag opgenomen of een praktijk zich zelf beschouwde als 'goed voorbeeld' voor telefonische bereikbaarheid, en of men bereid was aan een telefonisch interview mee te werken. De uitkomsten van die gesprekken staan in hoofdstuk 4.

3.1 Response

Van de 966 benaderde praktijken hebben 610 praktijken aan het onderzoek meegedaan. Dit is een respons van 63,1% (zie tabel 1).

Tabel 1. Responstabel

	n	%
totaal bruto steekproefkader	999	100,0
bouncing uitnodiging	30	
zelf geen huisarts meer	2	
VZH patiënten	1	
totaal netto steekproefkader	966	96,7
weigering deelname	2	
internet vragenlijst geopend, maar niet ingevuld (code 22)	29	
totaal netto steekproef	935	93,6
volledig ingevuld (code 31)	570	
volledig ingevuld na onderbreking (code 32)	40	
totaal response netto steekproefkader (netto steekproefkader/totaal response)	610	63,1
totaal response bruto steekproefkader (bruto steekproefkader/totaal response)		61,1

De hoge respons kan worden toegeschreven aan een aantal factoren.

- het onderwerp 'leeft' bij de huisartsen;
- een vooraankondiging van de LHV;
- persoonlijke benadering via email;
- een korte, overzichtelijke vragenlijst.

Tabel 2. Soort huisartsenpraktijk

Praktijktype	n	%
Solopraktijk	301	49,3
Duopraktijk	186	30,5
Groepspraktijk	125	20,5
totaal	610	100,0

In tabel 2 is de praktijkvorm weergegeven. Deze is gebaseerd op een bewerking van de opgave door de huisarts. Huisartsen die alleen aangaven in een centrum of als apotheekhoudend te werken, zijn op basis van de opgave van het aantal fte ingedeeld als solo, duo of groepspraktijk.

Vergelijking met cijfers op basis van de definitie van praktijkvorm van het Nivel (2009) is niet goed mogelijk, want deze definitie is gebaseerd op het *aantal* werkzame huisartsen; onze data bevat het aantal *FTE's*. De steekproef bevat relatief meer solopraktijken (49,3% vs 42,3% Nivel) en minder groepspraktijken (20,5% vs 26,1% Nivel). Dit lijkt toe te schrijven aan een verschil in interpretatie.

Dit blijkt mede uit tabel 3. Ook als een huisarts zichzelf typeert als 'solopraktijk' is er gemiddeld 1,7 fte huisarts werkzaam. Het gaat dan bijvoorbeeld om de aanwezigheid van een huisarts in dienstverband (HIDHA).

Het grootste deel van de praktijken heeft een omvang van 2000-4000 patiënten (64,5%). De omvang van de solo- en duopraktijken ontloopt elkaar niet veel: gemiddeld is hier zo'n 1.7 tot 1.9 FTE aan huisarts en assistente werkzaam, aangevuld met ongeveer 1,0 FTE ondersteuning door POH, financieel/administratieve of andere krachten. De groepspraktijken en de praktijken in gezondheidscentra zijn gemiddeld ongeveer 2x zo groot.

Tabel 3. Gemiddelde FTE per discipline naar type praktijk

Type praktijk	huisarts	ass	POH	fin-adm	anders
Solo	1,74	1,85	0,42	0,29	0,55
Duo	1,73	1,71	0,55	0,21	0,65
Groep	3,46	3,83	1,16	0,45	0,66

De praktijk kon op een aantal aspecten (leeftijdsofbouw, opleidingsniveau en stad/platteland) globaal worden getypeerd. De resultaten staan in tabel 4. Omdat meer dan één kenmerk kon worden aangekruist, is het totaal groter dan n=610.

Tabel 4. Kenmerken huisartsenpraktijk

kenmerken huisartspraktijk	n	%
Relatief veel ouderen (65+)	307	50,6
Relatief veel gezinnen met jonge kinderen	132	21,7
Relatief veel jongeren (21-)	38	6,3
Relatief laag opleidingsniveau	144	23,7
Relatief hoog opleidingsniveau	152	25,0
Stedelijk	274	45,1
Platteland	264	43,5
Module achterstandsfonds	35	5,8
totaal	607	100,0

(missing n=3)

De helft van de deelnemende praktijken typeert zichzelf als een praktijk met 'relatief veel ouderen'. Bij een kwart is sprake van een relatief hoog opleidingsniveau; bijna een kwart van de respondenten geeft aan dat de praktijk een populatie met een relatief laag opleidingsniveau bedient.

Op basis van de hoge respons op de random getrokken steekproef van praktijken, en de verklaarbare verschillen met de indeling naar praktijkvorm door Nivel, concluderen we dat de resultaten een betrouwbaar beeld geven van de opvattingen van de huisartsen in Nederland.

3.2 Organisatie van de telefonische bereikbaarheid

De wijze waarop de telefonische bereikbaarheid is vormgegeven, is met twee items onderzocht. Ten eerste is nagegaan welke kenmerken het telefoonsysteem in de praktijk heeft; ten tweede is gevraagd naar de aanwezigheid een aantal maatregelen om de bereikbaarheid te organiseren.

Bij ongeveer een-derde van de praktijken is een keuzemenu aanwezig. Er wordt veelvuldig melding gemaakt van een aparte spoedlijn (85,3%). Een aparte lijn voor collegiaal overleg is bij 65,1% aanwezig en een speciale receptenlijn bij 49,6%.

In tabel 5 is de organisatie van de telefonische bereikbaarheid weergegeven.

Tabel 5. Organisatie telefonische bereikbaarheid

Organisatie telefonische bereikbaarheid	n	%
Patiënt kan alleen 's ochtends bellen voor afspraak	247	40,6
Patiënt kan 's ochtends en 's middags bellen voor afspraak	369	60,6
Terugbelspreekuur	395	64,9
Telefonisch spreekuur	216	35,5
'Bandje' tijdens lunchpauze	421	69,1
'Bandje' op andere tijdstippen (buiten lunch)	271	44,5
Recepten aanvragen via internet is mogelijk	263	43,2
Afspraken maken via internet is mogelijk	32	5,3
totaal	609	100,0

(missing n = 1)

Bij 60,6% van de praktijken kunnen patiënten zowel 's ochtends als 's middags bellen voor een afspraak. Beperkingen in de bereikbaarheid door middel van het opzetten van een bandje worden in de middagpauze bij 69,1% getroffen en bij 44,5% ook op andere tijdstippen dan de lunchpauze. Bij 40,6% van de praktijken is alleen 's ochtends de mogelijkheid om afspraken te maken.

3.3 Kwaliteit van de telefonische bereikbaarheid

Hoe goed is – naar de mening van de huisarts - de telefonische bereikbaarheid van de praktijk, en hoe wordt dat vastgesteld? Om met dat laatste te beginnen: de overgrote meerderheid van de huisartsen baseert zich op kwalitatieve informatie. Zo'n 82% geeft aan zich hierop te baseren. Het gaat dan vooral om opmerkingen en klachten van patiënten (98,9%), onder meer naar voren gebracht door patiënten aan de balie (84,2%). Daarnaast merkt een aanzienlijke groep (28,4%) dit aan een toenemend gebruik van de spoedvoorziening. Een kleine groep verricht permanente monitoring van de bereikbaarheid (10,6%). Het gaat dan met name om de wachttijd van de patiënt nadat de telefoon is opgenomen (66,7%).

De telefonische bereikbaarheid is goed, aldus 46,4% van de respondenten. Zij geven een waardering 8 of hoger op een schaal van 0-10. Bij 37,4% van de praktijken is sprake van een 'redelijke' bereikbaarheid (zie tabel 6).

Tabel 6. Beoordeling telefonische bereikbaarheid eigen huisartsenpraktijk

		n	%
Slechtst denkbare telefonische bereikbaarheid	1	0	,0
	2	1	,2
	3	5	,8
	4	12	2,0
	5	17	2,8
	6	64	10,5
	7	228	37,4
	8	208	34,2
	9	65	10,7
Best denkbare telefonische bereikbaarheid	10	9	1,5
	totaal	609	100,0

(missing n=1)

Ongeveer 16% van de huisartsen vindt dat de eigen praktijk niet goed bereikbaar is; men drukt dit uit in een cijfer 6 of lager.

Bijna de helft van de respondenten (48,2%) is van mening dat de telefonische bereikbaarheid de afgelopen 12 maanden is verbeterd. Een vergelijkbare groep denkt dat hierin niets is veranderd. Een klein percentage, 4,9% van de huisartsen, meent dat de bereikbaarheid het afgelopen jaar is verslechterd.

3.4 Telefonische bereikbaarheid en praktijkenmerken

Nagegaan is in hoeverre praktijkenmerken en praktijkvorm samenhang vertonen met de beoordeling van de telefonische bereikbaarheid, uitgedrukt in een cijfer van 0-10.

In tabel 7 zijn de resultaten weergegeven.

Tabel 7. Kenmerken praktijk en oordeel over bereikbaarheid

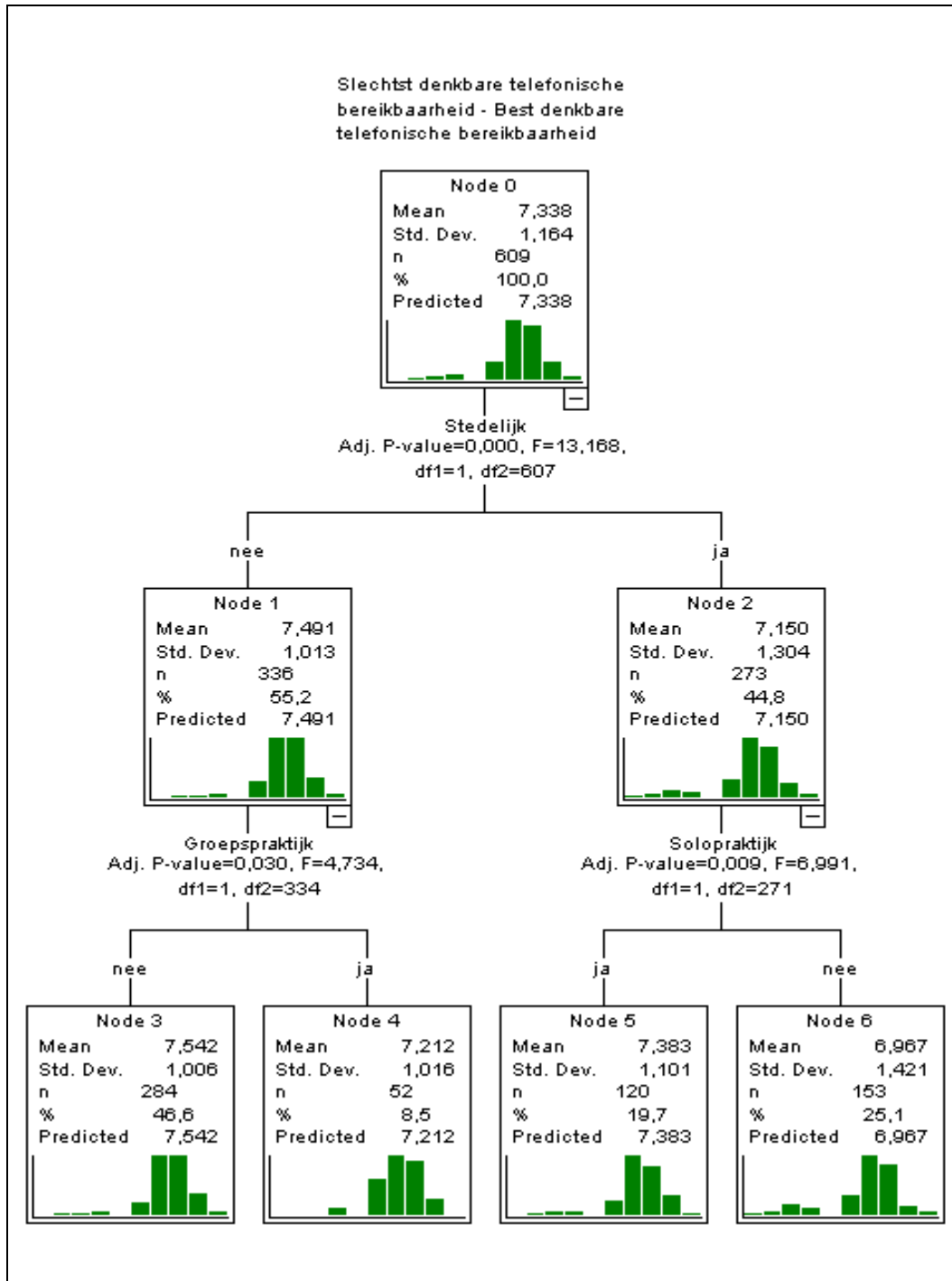
		Gemiddeld cijfer 0-10
praktijkvorm	Solopraktijk	7,5
	Duopraktijk	7,3
	Groepspraktijk	7,1
kenmerken huisartspraktijk	Relatief veel ouderen (65+)	7,3
	Relatief veel gezinnen met jonge kinderen	7,4
	Relatief veel jongeren (21-)	7,5
	Relatief laag opleidingsniveau	7,3
	Relatief hoog opleidingsniveau	7,4
	Stedelijk	7,2
	Platteland	7,4
	Module achterstandsfonds	6,7
totaal		7,3

Uit de univariate weergave in tabel 7 komt naar voren dat de telefonische bereikbaarheid – naar oordeel van de huisarts zelf – het beste is in solopraktijken met relatief veel jongeren. Naarmate er meer huisartsen in de praktijk werken, wordt de telefonische bereikbaarheid door de huisarts als slechter beoordeeld. Deze variabelen zijn in een multivariate TREE-analyse betrokken om de unieke bijdrage aan het oordeel over bereikbaarheid te toetsen (zie schema 1).

Toelichting: TREE analyse

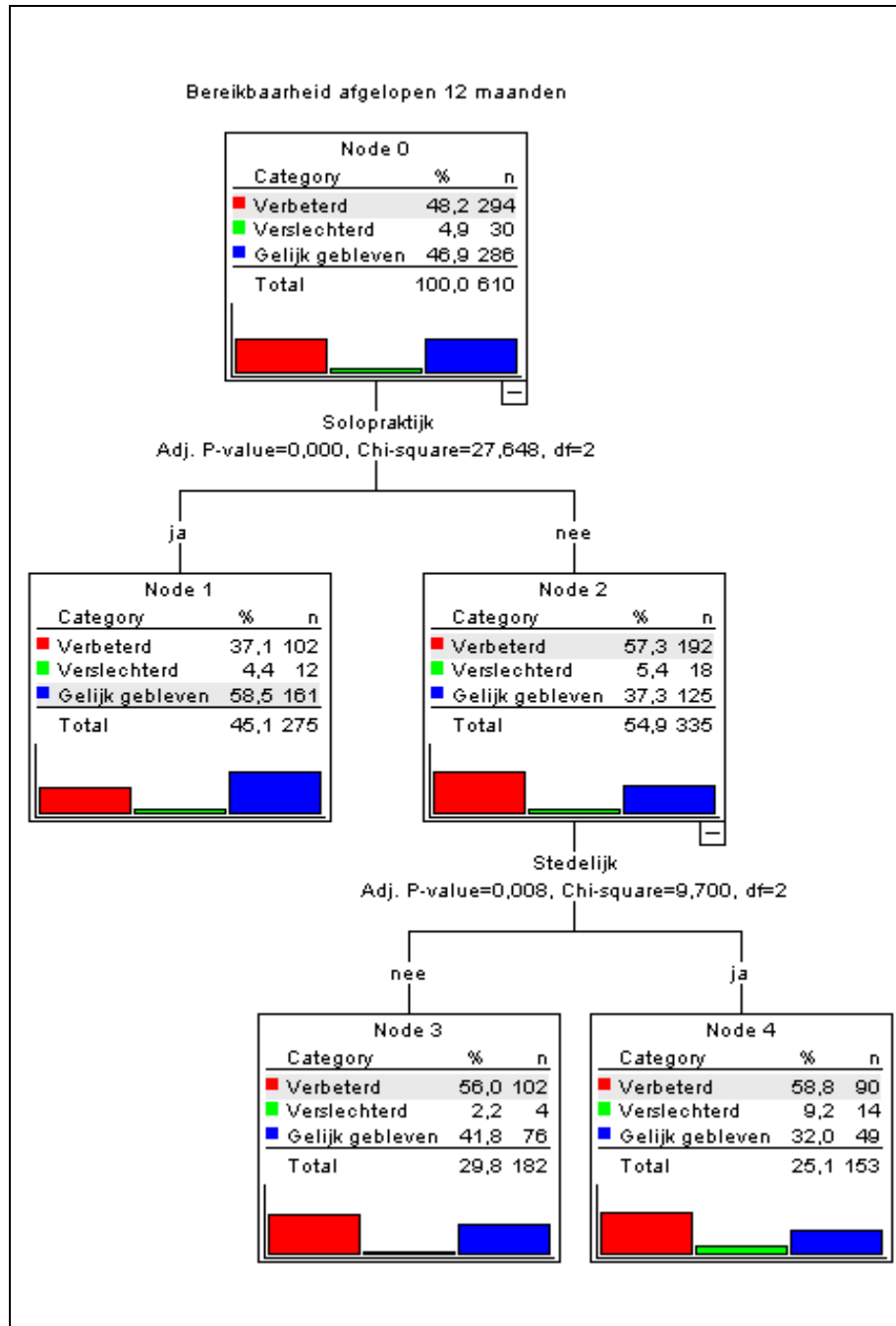
Een 'TREE'analyse is een statistische methode om gegevens te segmenteren en te classificeren. De methode zoekt de 'beste' voorspeller voor een afhankelijke variabele door te zoeken naar de variabele waarmee het grootste verschil tussen subgroepen wordt bereikt. Het verschil wordt hierbij bepaald als de hoogste waarde voor een X^2 – test. Binnen elke gevonden subgroep wordt wederom naar alle gegevens gekeken of binnen een subgroep nog via de X^2 –test kan worden gesplitst totdat er bepaalde stopregels worden bereikt.

Schema 1. Oordeel over telefonische bereikbaarheid naar praktijkkenmerken



De bereikbaarheid wordt als het minst positief beoordeeld door stedelijke duo- en groepspraktijken. Gemiddeld geeft deze groep zichzelf 6,97. De solo- en duopraktijk op het platteland waardeert de bereikbaarheid met 7,50. Dezelfde analyse is uitgevoerd voor de vraag in hoeverre het afgelopen jaar *verandering* in de telefonische bereikbaarheid is opgetreden [zie schema 2].

Schema 2. Veranderingen telefonische bereikbaarheid naar praktijkkenmerken



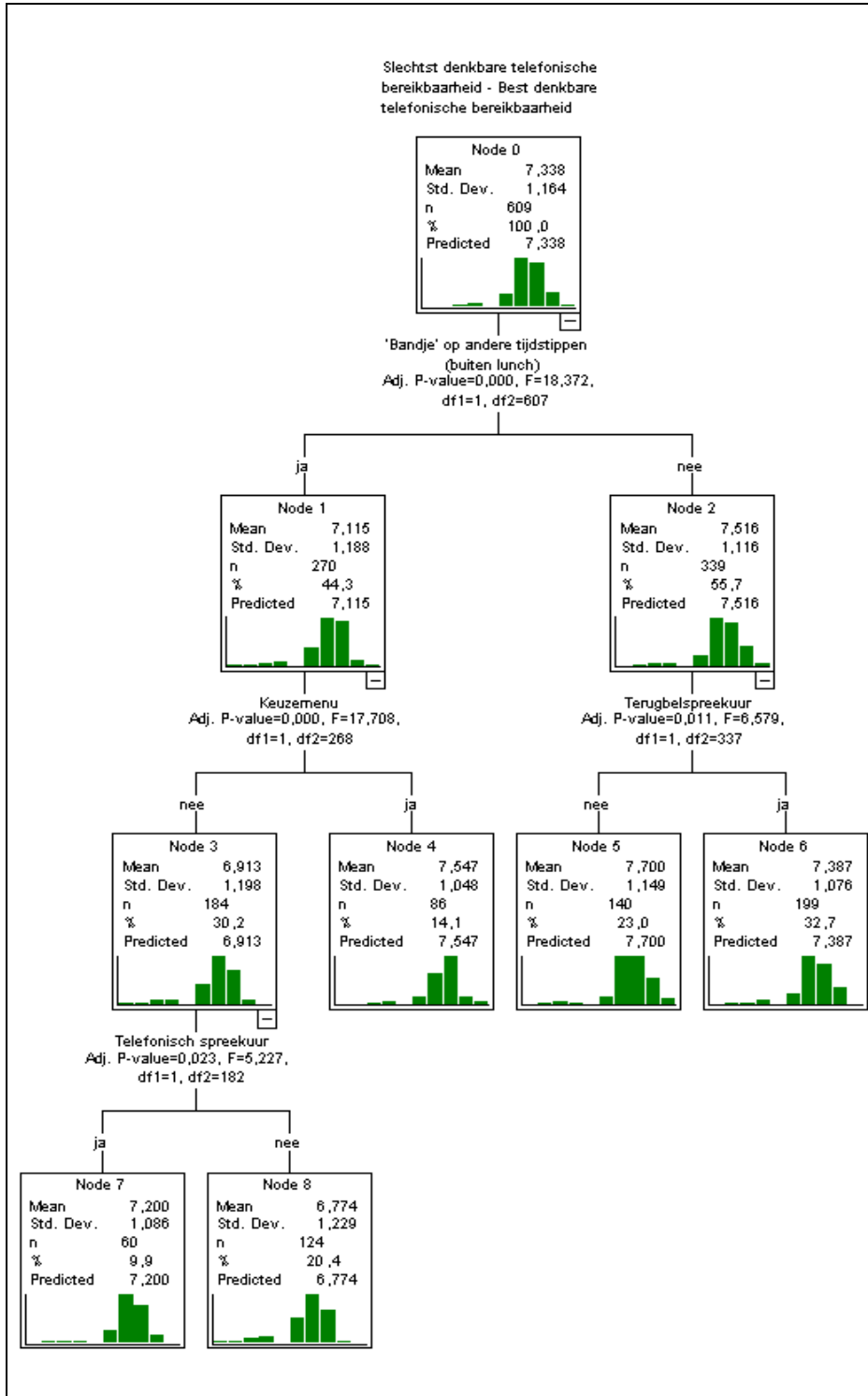
Duo- en groepspraktijken zijn – naar eigen oordeel – het afgelopen jaar in sterkere mate verbeterd: 57,3% geeft aan dat er verbetering optrad, tegenover 37,1% van de solopraktijken.

Opvallend is het verschil tussen stedelijke en niet-stedelijke praktijken: in stedelijke gebieden is de bereikbaarheid bij 9,2% verslechterd. Bij 58,8% trad verbetering op.

3.5 Samenhang kwaliteit en organisatie

Tot besluit van deze verkenning is de samenhang tussen het eigen oordeel over bereikbaarheid en aspecten van de organisatie onderzocht. De vraag is hierbij of de kwaliteit van de bereikbaarheid verschilt naarmate deze op verschillende wijze is georganiseerd. De resultaten van de TREE-analyse staan in schema 3.

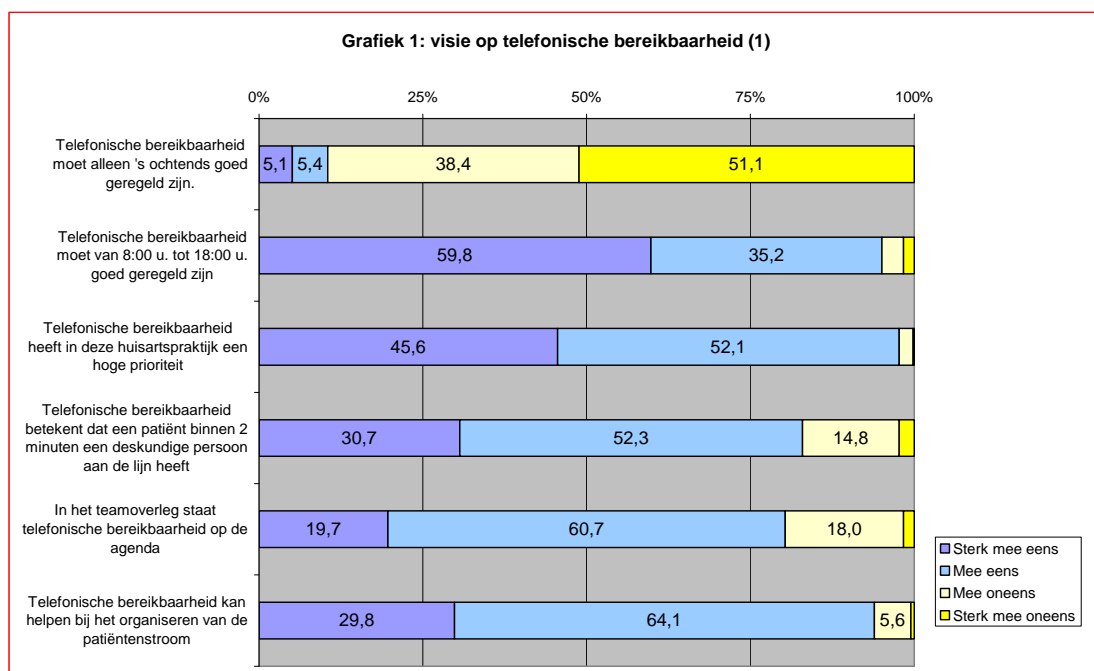
Schema 3. Oordeel over telefonische bereikbaarheid naar praktijkorganisatie



Uit deze TREE-analyse komt naar voren dat men zichzelf een lager rapportcijfer geeft indien er buiten middagpauze een 'bandje' wordt opgezet in combinatie met de afwezigheid van een keuzemenu én een telefonisch spreekuur. Het rapportcijfer is dan gemiddeld 6,8. Als ondanks het bandje een keuzemenu aanwezig is, wordt het lagere rapportcijfer als het ware gecompenseerd. Het resultaat is een 7,5. Het hoogste rapportcijfer wordt aangetroffen bij praktijken die géén bandje opzetten. De praktijken die geen bandje opzetten, vinden dat een terugbelspreekuur geen bijdrage levert aan de telefonische bereikbaarheid. Als er geen terugbelspreekuur is én geen bandje wordt opgezet, geeft men zichzelf gemiddeld het hoogste rapportcijfer (7.7).

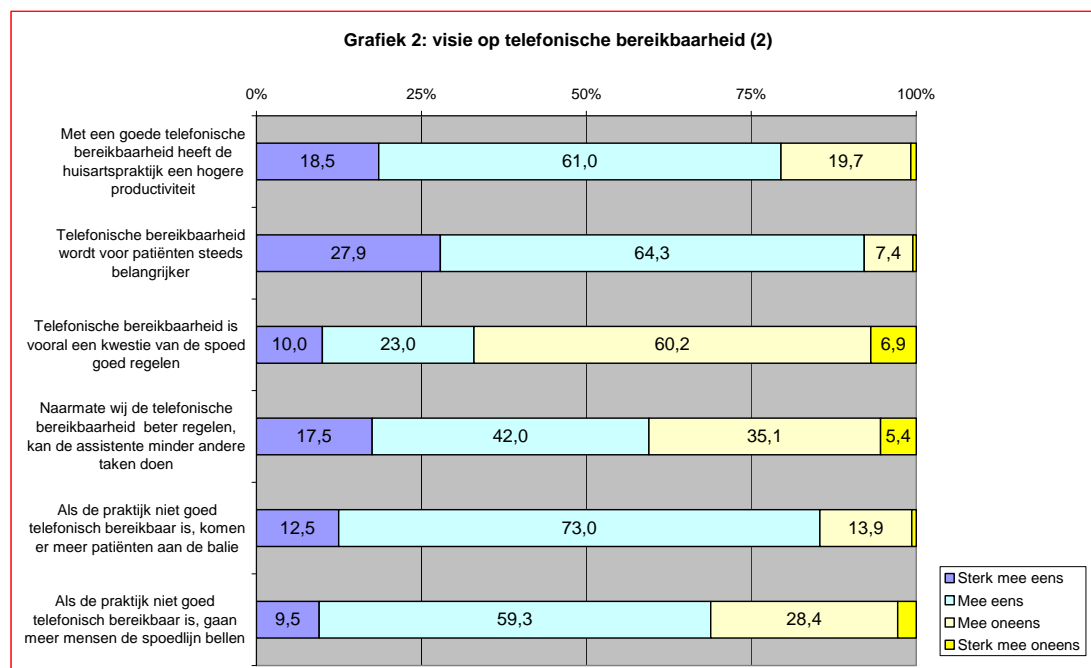
3.6 Visie op telefonische bereikbaarheid

Aan de hand van een aantal uitspraken is een indruk verkregen van de visie van huisartsen op telefonische bereikbaarheid. De resultaten worden in twee grafieken gepresenteerd.



Er is bij huisartsen een grote mate van overeenstemming over wat onder telefonische bereikbaarheid wordt verstaan: het gaat om de bereikbaarheid tussen 8 en 18 uur en dat de patiënt binnen 2 minuten een deskundig persoon aan de lijn heeft. Bereikbaarheid heeft bij bijna alle praktijken een hoge prioriteit en staat bij 80% op de agenda van het teamoverleg.

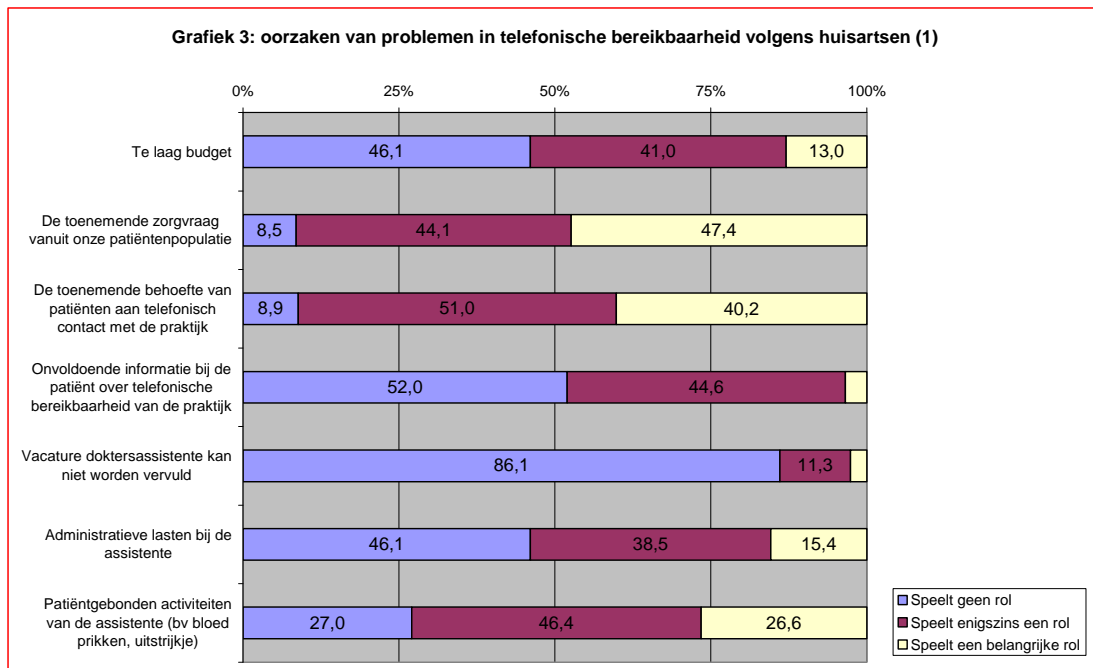
Tweederde van de huisartsen vindt dat telefonische bereikbaarheid meer is dan 'de spoed goed regelen' (grafiek 2).



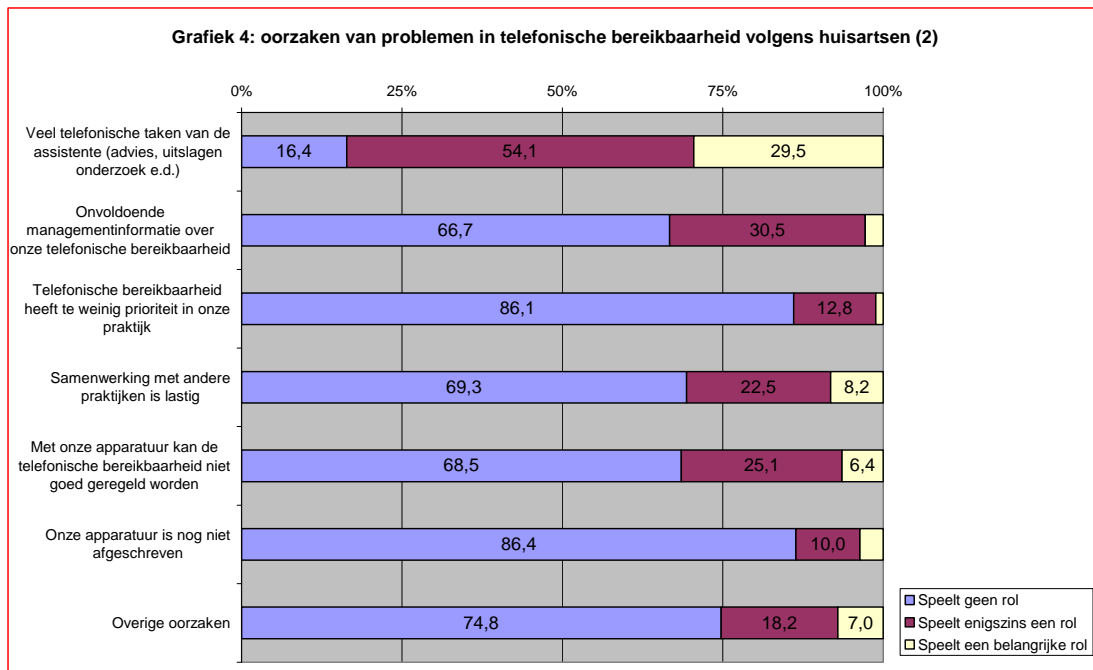
Huisartspraktijken ondervinden de gevolgen van slechte telefonische bereikbaarheid aan den lijve. Patiënten gaan de spoedlijn bellen (68,5%) of verschijnen aan de balie (85,5%). Een goede bereikbaarheid biedt een aantal kansen: de productiviteit van de praktijk wordt hoger (79,5%) en de stroom patiënten kan beter worden georganiseerd (93,9%), aldus de huisartsen.

3.7 Oorzaken van problemen in telefonische bereikbaarheid

Op basis van de voorgesprekken is een aantal mogelijke oorzaken van knelpunten in telefonische bereikbaarheid aan de respondenten voorgelegd, met de vraag in hoeverre deze in de eigen praktijk een rol spelen. In deze paragraaf wordt eerst ingegaan op de algemene resultaten, waarbij tevens wordt gekeken naar het belang dat aan verschillende oorzaken worden toegeschreven. Vervolgens wordt de samenhang tussen oorzaken en achtergrondkenmerken onderzocht: geven bepaalde typen praktijken ook bepaalde knelpunten aan?



Oorzaken die door huisartsen het meest naar voren worden gebracht liggen bij de patiënt: vooral wordt gewezen op de toenemende zorgvraag en de toenemende behoefte aan telefonisch contact. In 40-50% van de praktijken speelt dit een belangrijke rol. Daarnaast wordt de rol van de assistente genoemd: zij verricht veel patiëntgebonden en telefonische taken. In ongeveer 30% van de praktijken speelt dit een belangrijke rol. Technische oorzaken, met betrekking tot apparatuur en onvoldoende managementinformatie, spelen bij 3-6% van de huisartspraktijken een belangrijke rol in knelpunten rond de bereikbaarheid. Van de als 'belangrijk' genoemde oorzaken op strategisch gebied komt samenwerking het sterkst naar voren: 8,2% van de respondenten noemt 'samenwerking is lastig' als belangrijke oorzaak van slechte telefonische bereikbaarheid. 'Onvoldoende prioriteit' wordt door slechts 1,1% van de praktijken als belangrijke oorzaak genoemd, maar speelt bij 12,8% van de praktijken 'enigszins' een rol.



Op basis van een prioriteringsopdracht zijn de voornoemde oorzaken door de gerangschikt tot een 'top-14' die in grafiek 5 is weergegeven.



De rangorde sluit aan op de weergave in grafiek 3 en 4.

Bovenaan staat de zorgvraag vanuit de patiëntenpopulatie en de toenemende behoefte aan telefonisch contact, gevolgd door taken van de assistente. Er is een duidelijke kloof met andere oorzaken, zoals technische en strategische aspecten.

Samenhang met praktijkvorm en – kenmerken

Zijn de oorzaken van verminderde telefonische bereikbaarheid gerelateerd aan kenmerken van de huisartspraktijk? Daartoe is een serie univariate toetsingen uitgevoerd. De resultaten zijn samengevat in tabel 8.

Tabel 8. Samenhang praktijkvorm en –kenmerken met oorzaken

	Vorm	Locatie	Populatie
Te laag budget		Stad ++ Platt – Gc – Stad –	>65 +
De toenemende zorgvraag vanuit onze patiëntenpopulatie			
De toenemende behoefte van patiënten aan telefonisch contact met de praktijk			
Onvoldoende informatie bij de patiënt over telefonische bereikbaarheid van de praktijk			Laag opl +
Vacature doktersassistente kan niet worden vervuld		Stad + Platt - - Fonds +	
Administratieve lasten bij de assistente	Solo + Duo -	Stad + Platt - - Fonds -	Hoog opl +
Patiëntgebonden activiteiten van de assistente (bv bloed prikken, uitstrijkje)	Groep -	Platt -	Gez ++ <4000 +
Veel telefonische taken van de assistente (advies, uitslagen onderzoek e.d.)			
Onvoldoende managementinformatie over onze telefonische bereikbaarheid	Apo +		
Telefonische bereikbaarheid heeft te weinig prioriteit in onze praktijk			
Samenwerking met andere praktijken is lastig	Groep --		Gez – >65 – <4000 +
Met onze apparatuur kan de telefonische bereikbaarheid niet goed geregeld worden			<4000 +
Onze apparatuur is nog niet afgeschreven			
Overige oorzaken			Gez +

+ rangordeplaats significant hoger ($p < .05$); ++ significant hoger ($p < .00$); - significant lager ($p < .05$)

- - significant lager ($p < .00$)

Gc=praktijk in gezondheidscentrum

Gez=relatief veel gezinnen

>65=relatief veel ouderen

<4000=praktijk kleiner dan 4000 patiënten

Bij stedelijke praktijken wordt een hogere prioriteit toegekend aan financiële aspecten en arbeidsmarktproblemen. Wat betreft de kenmerken van de populatie is het aandeel 65+ significant gerelateerd aan de oorzaak 'zorgvraag', het opleidingsniveau aan de rol van de factor 'informatie', maar ook aan de belasting van de assistente. Het aandeel 'gezinnen met jonge kinderen' hangt samen met meer activiteiten door de assistente én makkelijker samenwerking.

Het gaat hier wellicht om relatief 'moderne' praktijken met veel taakdelegatie en samenwerking. Een samenvatting is opgenomen in de het onderstaande tekstvak.

Samenvatting: oorzaken knelpunten in bereikbaarheid naar praktijkkenmerken

- stedelijke praktijken > vaker oorzaken op gebied financieel/assistenten
- groepspraktijken > geven minder vaak samenwerking als oorzaak
- praktijken met meer 65+ > geven vaker 'meer vraag' als oorzaak aan
- praktijken met meer gezinnen > geven vaker 'meer pat.gebonden act door ass' aan
- praktijken met laag opgeleide populatie wijzen vaker op de oorzaak 'informatie bij de patiënt'
- praktijken met een hoog opgeleide populatie: vaker 'administratieve lasten assist' als oorzaak
- praktijk <4000 > geven vaker oorzaken als 'samenwerking', 'afschrijvingen' en 'meer pat.geb act door ass'

3.8 Acties

Telefonische bereikbaarheid leeft onder huisartsen. Veel praktijken (70,2%) geven aan de afgelopen 12 maanden te hebben gewerkt aan verbetering van de telefonische bereikbaarheid: Er zijn 118 praktijken (19,5%) die op korte termijn verbeteracties plannen en 62 praktijken (10,2%) die geen acties hebben uitgevoerd en tevens niets van plan zijn.

In tabel 9 is een overzicht van de verschillende maatregelen gegeven. Daarbij is een combinatie gemaakt van uitgevoerde en geplande acties. Ter illustratie: van de 425 praktijken die actie hebben ondernomen, heeft 52,0% geïnvesteerd in een nieuwe telefooncentrale; van de 180 praktijken die géén actie ondernamen, is 16,7% van plan om te investeren.

Tabel 9. Geplande acties en ondernomen acties

(geplande) acties	Acties ondernomen			
	Ja		Nee	
	n	%	n	%
Investeren in nieuwe telefooncentrale	221	52,0	30	16,7
Realisatie keuzemenu	157	36,9	18	10,0
Realisatie aparte spoedlijn	86	20,2	11	6,1
Realisatie aparte lijn voor herhaalrecepten	144	33,9	25	13,9
Uitbreiden aantal fte ass./praktijkonderst.	234	55,1	13	7,2
Verminderen gebruik antwoordapparaat	146	34,4	15	8,3
Informereren patiënten	266	62,6	42	23,3
Informereren collega zorgverleners	75	17,6	9	5,0
Realiseren contactmogelijkheden internet	171	40,2	37	20,6
Uitbreiden aantal uren tel. ber.	104	24,5	9	5,0
Scholing ass./praktijkonderst. m.b.t. triage	214	50,4	25	13,9
Samenwerking collega-praktijken	67	15,8	19	10,6
Onderzoek patiëntervaringen	117	27,5	17	9,4
Anders, nl:	131	30,8	22	12,2
Geen activiteit ingevuld	1	,2	62	34,4
Totaal	425	100,0	180	100,0

(missing = 5)

De meeste verbeteringsactiviteiten hebben betrekking op:

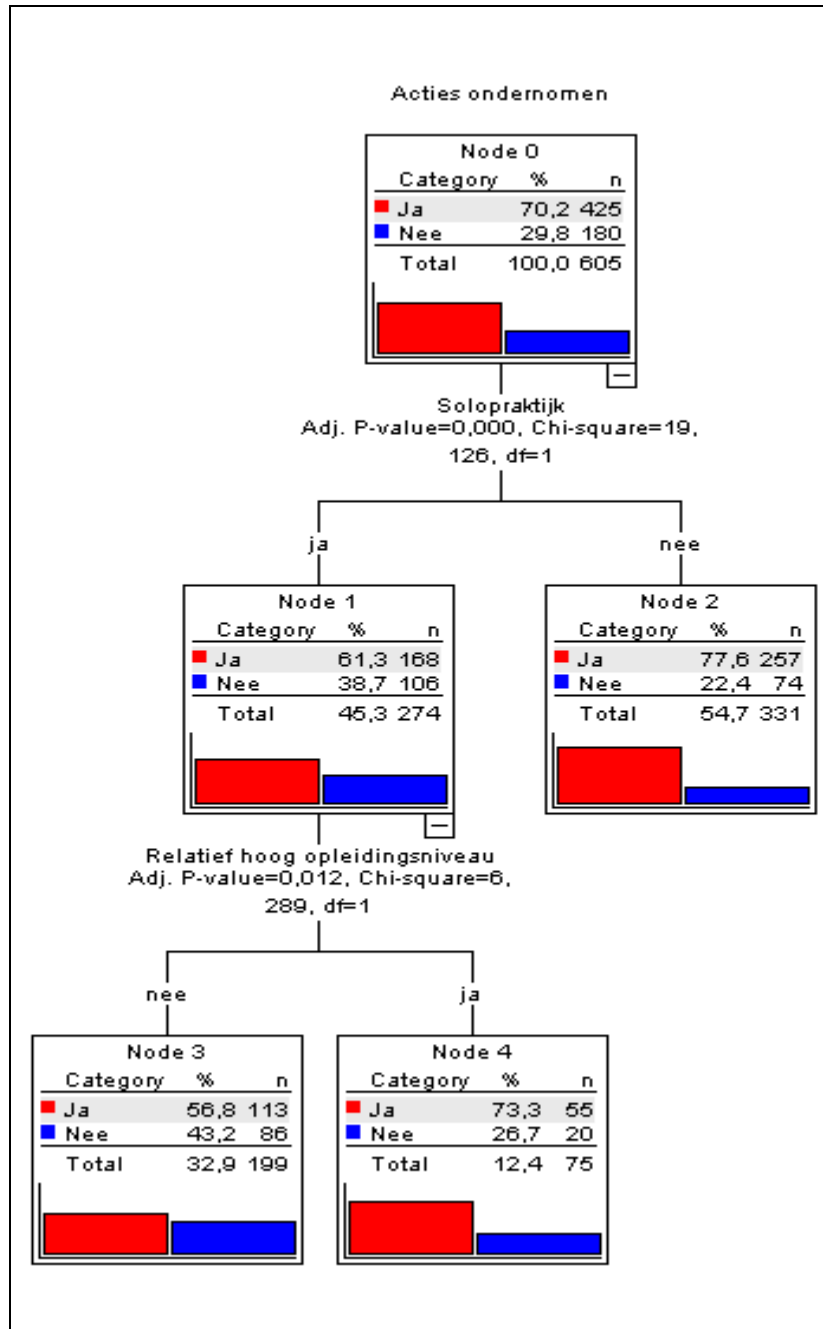
- telefooncentrale;
- informeren van patiënten;
- uitbreiding formatie;
- scholing assistente;
- realiseren contactmogelijkheden via internet;
- realisatie keuzemenu.

Op deze onderwerpen zijn zowel de meeste acties ondernomen en de meeste acties gepland.

Zijn bepaalde praktijken vaker actief met verbetering bezig geweest? De onafhankelijke bijdrage van praktijkenmerken is getoetst met een TREE analyse (schema 4).

De afgelopen 12 maanden zijn met name acties ondernomen door duo- en groepspraktijken (77,6%) en solopraktijken met een relatief hoog opgeleide populatie (73,3%).

Schema 4. Actie ondernomen naar praktijkkenmerken



3.9 Effectiviteit van ondernomen acties

Onderzocht is of acties samenhangen met gerealiseerde verbetering. In deze paragraaf wordt eerst gekeken naar de effectiviteit van afzonderlijke maatregelen. Vervolgens worden de opbrengsten van acties in samenhang beschouwd.

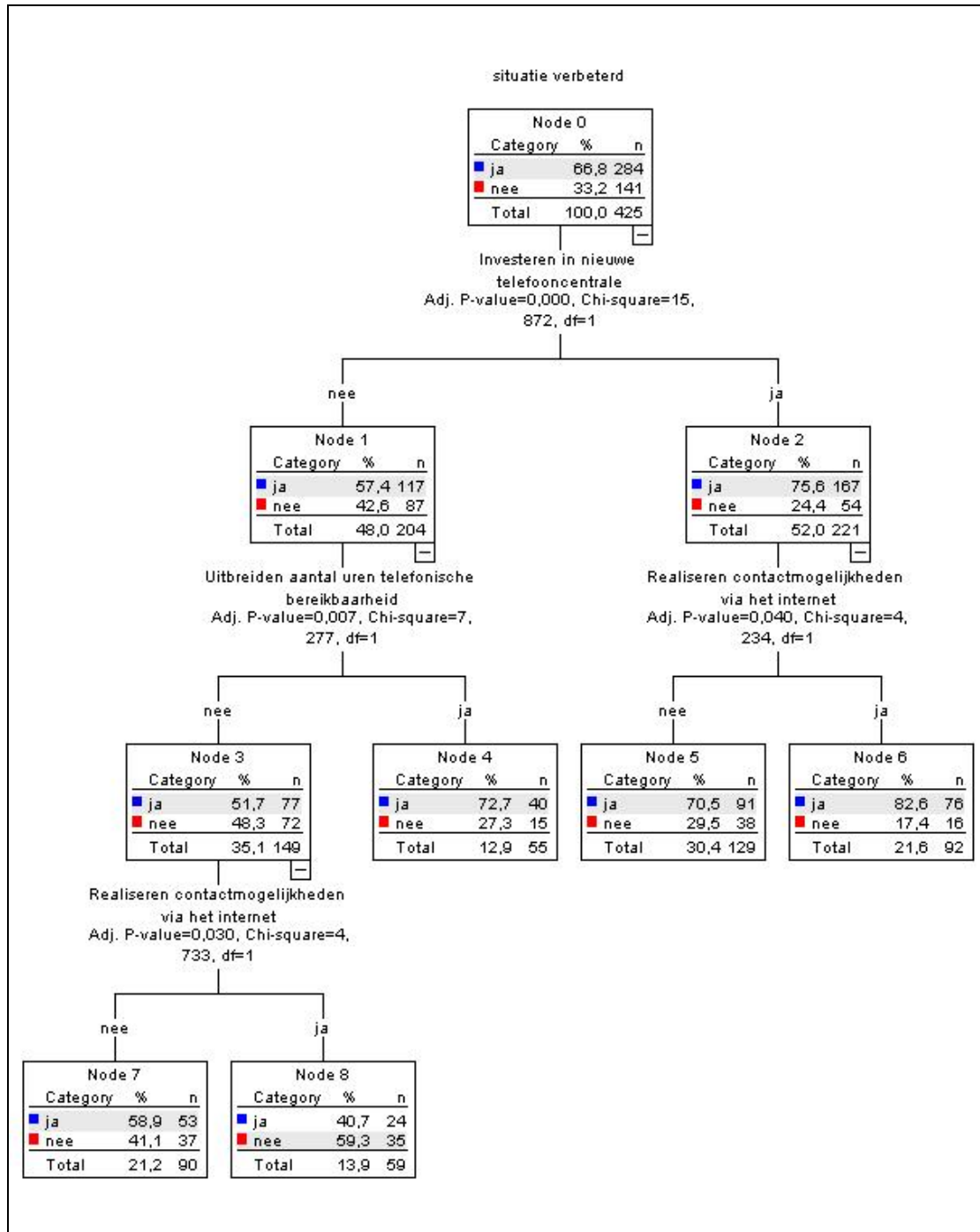
Voor het overzicht in tabel 10 zijn de respondenten geselecteerd die naar eigen zeggen de afgelopen 12 maanden zijn verbeterd. Vervolgens is onderzocht welke acties men de afgelopen 12 maanden heeft ondernomen. Daarbij is meer dan één actie mogelijk; hier wordt verderop in deze paragraaf ingegaan.

Tabel 10. Ondernomen acties door praktijken die zijn verbeterd

Actie	n	%
Informeren patiënten	181	63,7
Investeren in nieuwe telefooncentrale	167	58,8
Uitbreiden aantal fte assistenten/praktijkondersteuning	164	57,7
Scholing assistente/praktijkondersteuning m.b.t. triage	150	52,8
Realisatie keuzemenu	118	41,5
Realiseren contactmogelijkheden via het internet	113	39,8
Verminderen gebruik antwoordapparaat	105	37,0
Realisatie aparte lijn voor herhaalrecepten	98	34,5
Onderzoek patiëntervaringen m.b.t. telefonische bereikbaarheid	81	28,5
Uitbreiden aantal uren telefonische bereikbaarheid	77	27,1
Realisatie aparte spoedlijn	65	22,9
Informeren collega zorgverleners (eerste lijn, tweede lijn)	54	19,0
Realiseren samenwerking met collega-praktijken	41	14,4
Anders, nl:	80	28,2

De op telefonische bereikbaarheid verbeterde praktijken hebben veelal actie ondernomen op het gebied van het informeren van patiënten, investeringen in apparatuur, uitbreiding van de praktijkbezetting en/of scholing m.b.t. triage. In een TREE-analyse (schema 5) is nagegaan welke combinatie van acties het meeste effect sorteert. Daaruit blijkt dat het gelijktijdig investeren in een nieuwe centrale én het uitbreiden van contactmogelijkheden via internet significant bijdragen aan verbetering: praktijken die deze twee acties hebben uitgevoerd, geven aan in 82,6% van de gevallen te zijn verbeterd.

Schema 5. Ondernomen acties door praktijken die zijn verbeterd door telefonische bereikbaarheid



3.10 Tips

Respondenten werden met een open tekstveld uitgenodigd met de vraag: *Wat is wat u betreft de beste tip om de telefonische bereikbaarheid van de huisartspraktijk te verbeteren?* Er werd door de respondenten in groten getale gebruik is gemaakt van de mogelijkheid om collega's van tips te voorzien. Hieronder worden de meest genoemde uitgewerkt en waar mogelijk aangevuld met aansprekende voorbeelden, adviezen en waarschuwingen.

3.10.1 Techniek

Verreweg de meeste opmerkingen en tips hebben te maken met techniek:

- werk met een keuze menu
- aparte spoedlijn
- aparte receptenlijn
- apart overleg lijn collega's
- toenemende inzet van internetmogelijkheden.

Tabel 11. Tips op gebied van techniek

<p><i>'ik had veel eerder die –weliswaar dure- telefooncentrale moeten kopen!'</i></p> <p><i>'de Ex-telefooncentrale. Goud waard!'</i></p> <p><i>'Wij vinden het belangrijk dat de praktijklijn altijd open is van 8 tot 17 uur. Daarna wordt de telefoon overgenomen door de dokterspost. Tijdens de lunchpauze schakelen we de telefoon door naar de mobiel van de huisarts''</i></p> <p><i>'veel lijnen en oren!'</i></p> <p><i>'meer lijnen onder 1 nummer gaf ons een duidelijke verbetering ten opzichte van 3 nummers voor 3 praktijken'</i></p> <p><i>'afspraken voor spreekuur en uitslagen van onderzoeken via internet, gaat bij ons bijna perfect met 'Webdokter'</i></p>

3.10.2 Meer personeel

Daarnaast werd uitbreiding van het aantal FTE's vaak genoemd. Bij de uitwerking van 'meer personeel' werd regelmatig gewezen op de budgettaire consequenties en de rol van scholing van assistentes (in met name adequate gespreksvoering en triagevaardigheden).

Enkele citaten:

Tabel 12. Tips op gebied van personeel

<p><i>'het budget van assistentes opkrikken. Kunnen we permanent iemand back office laten doen'</i></p> <p><i>'probeer een telefoontje in 1 keer af te handelen, laat de patiënt niet 2 of 3 keer terug bellen'</i></p> <p><i>'snelle telefonische triage zodat de hulpvraag goed boven tafel komt. De praktijk is vaak slecht bereikbaar omdat de assistentes te lang van stof zijn. Telefoontraining dus'</i></p> <p><i>'budget voor extra assistentie. Technische oplossingen ten spijt, hier zit de bottleneck'</i></p> <p><i>'Aan de heer Klink; zorg voor voldoende budget voor assistentes. Dit geeft minder patiënten die door slechte bereikbaarheid 's avonds naar de HAP of SEH gaan'.</i></p>

3.10.3 Communicatie

Als derde werd veel aandacht besteed aan het onderwerp communicatie.

Tabel 13. Tips op gebied van communicatie

<p><i>'Telefonische bereikbaarheid is een radertje in de communicatie. Deze praktijk gebruikt ook andere vormen van communicatie'</i></p> <p><i>'blijven communiceren hoe je te bereiken bent, niet denken dat uitbreiding van bereikbaarheid automatisch beter is. De vraag naar bereikbaarheid overstijgt altijd de tot dan gerealiseerde bereikbaarheid. Steeds weer de bereikbaarheid uitleggen.'</i></p> <p><i>'de hele dag telefonisch bereikbaar zijn, draagt bij aan spreiding van de druk op de telefoon'.</i></p> <p><i>'maak bereikbaarheid een prioriteit in de praktijk'</i></p> <p><i>'De telefooncentrale kan ook gebruikt worden voor het inspreken van bericht, over bijvoorbeeld de griepvaccinatie'</i></p> <p><i>'informereren van publiek! Inspannen om de telefoonstroom te verdelen over de week. Niemand vindt het vreemd dat je op maandagochtend in de file staat tussen Utrecht en Breda, maar dat vindt men wel als je maandagmorgen de huisarts belt.'</i></p> <p><i>'vergroten bewustzijn aan de patiëntkant'</i></p>

3.10.4 Praktijkvoering

Onder de onderwerpen die met de praktijkvoering hebben te maken gaven respondenten onder meer als tip: flexibele inzet van personeel, samenwerking met andere huisartsen(praktijken) en het invoeren van een terugbelspreekuur.

Daarbij maken respondenten opmerkingen zoals:

Tabel 14. Tips op gebied van praktijkvoering

'in plaats van telefonisch spreekuur hebben wij een terugbelspreekuur ingesteld. Dit levert rust en tijdswinst op'

'durf te vernieuwen, bv andere taakverdeling van de assistentes gedurende de dag, internet gaan gebruiken en een nieuwe telefooncentrale.'

'inloopspreekuur vlak voor en vlak na weekend'

'laagdrempelig en flexibel zijn (zoals geen vaste tijden voor afspraken bv) levert niet meer werkdruk op, is de ervaring'

'wens tot dienstverlening'

'medicatie chronische aandoeningen voorschrijven met herhaling tot datum volgende controle, dan hoeft er tussendoor niet gebeld te worden. Scheelt héél véél tijd, net als receptenlijn'

'spreiding en souplesse: in drukke tijden meer telefoontijd toelaten. Als bv voor afspraken slechts 1 uur beschikbaar is, is de lijn per definitie contant bezet'

'inloopspreekuur door 2 huisartsen en 1 assistente voorafgaand aan het afsprakenspreekuur. In onze praktijk hebben we voor 10.00 30 patiënten gezien, dit scheelt 30 telefoontjes'

3.11 Conclusie

In dit hoofdstuk werden de resultaten van een peiling onder 610 huisartsen (praktijkhouders) gepresenteerd. Hieruit blijkt dat telefonische bereikbaarheid voor huisartsen volop leeft. Veel praktijken hebben actie ondernomen om de bereikbaarheid te verbeteren, en ervaren die verbetering aan den lijve. Het meest effectief zijn investeringen in de techniek, gecombineerd met verbetering in bereikbaarheid via internet.

HOOFDSTUK 4. GOEDE VOORBEELDEN

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden goede voorbeelden uit vijf huisartspraktijken geschetst. De beschrijving is gebaseerd op een telefonisch interview met respondenten die hoog scoren op telefonische bereikbaarheid én daartoe hun bereidheid in de vragenlijst hadden aangegeven. De selectie van deze goede voorbeelden vond als volgt plaats. Eerst zijn respondenten geselecteerd met een rapportcijfer 10 of 9 op telefonische bereikbaarheid. Vervolgens is in praktijkvorm en –kenmerken een maximale variatie nagestreefd. Deze voorbeelden uit de voorhoede van huisartspraktijken geven weer hoe een aantal huisartsen op een bijzondere wijze de telefonische bereikbaarheid heeft verbeterd. Deze voorbeelden kunnen dienen als ideeën voor andere huisartsen. De haalbaarheid van deze ideeën voor andere huisartsen is niet vanzelfsprekend.

4.2 Voorbeelden

Huisarts W.: ‘Iedereen mailt behalve de huisdokter’

Huisarts W is sinds 2007 gevestigd in een HOED. De praktijk is gevestigd in een plattelands gemeente in het noorden van het land. De huisarts heeft zijn eigen telefonische bereikbaarheid beoordeeld met een 9.

‘De grootte van de praktijk (3500 patiënten) dwingt ons tot een efficiënte praktijkorganisatie. Bij de start hebben we meteen afspraken gemaakt over onze telefonische bereikbaarheid: de praktijk is van 08.00 tot 17.00 bereikbaar en er wordt nooit een antwoordapparaat ingezet. Recepten gaan via de receptenlijn. De focus van de assistenten is gericht op triage en afspraken maken’.

W. houdt, in het kader van de NHG accreditatie jaarlijks een enquête onder patiënten en haalt daarnaast sturingsinformatie via de telecom-provider op. Hiermee blijft het punt op de agenda staan. ‘Onze telefonische bereikbaarheid is enorm verbeterd: zo is de wachttijd gedaald van zeven minuten naar iets meer dan 2 minuten’. W. benoemt als succesfactoren: heldere keuzes in de praktijkorganisatie. Dit leidt tot focus bij patiënt en medewerkers. En het

investeren in techniek en e-mail resulteert in greep op de verschillende processen in de praktijk.

Hij heeft zelf veel energie gestoken in het promoten van het e-mailen met patiënten. Gezien de vertrouwelijkheid van de informatie is de mail (nu nog) alleen toegankelijk voor hemzelf. Het beantwoorden van de mail doet hij op een moment dat het goed uitkomt en het ontlast de telefoon. 'Dat patiënten veel waardering hebben voor de geboden contact mogelijkheid blijkt ook uit het feit dat nieuwe patiënten momenteel zelf kiezen voor mijn praktijk *omdat* we veel met e-mail doen'.

Om regelmatig met de patiënten te communiceren wordt de website van de praktijk voorzien van actuele informatie en verschijnt ieder kwartaal een nieuwsbrief.

De gouden tip aan collega's: 'Organiseer je praktijkvoering, dat geeft greep op de zaak, orde en overzicht en ga vooral mailen!'

Huisarts R.: 'Een antwoordapparaat is bezuinigen op de verkeerde manier'

Huisarts R. werkt in een duopraktijk met ongeveer 2000 patiënten, gevestigd in een gemeente in de Randstad. De huisarts is tevreden over de bereikbaarheid van de praktijk en heeft dit met een 10 beoordeeld.

R.: 'Voordat ik hier begon heb ik in andere praktijken gewerkt. De reden dat ik ging investeren in nieuwe apparatuur lag in mijn ervaringen met de bereikbaarheid in die tijd. Zo moesten assistentes er bijvoorbeeld voor zorgen dat de juiste bandjes op het juiste moment aan en uit gezet werden. Van al die verschillende handelingen werd er wel eens een vergeten en dat leidde regelmatig tot klachten over de bereikbaarheid.

Toen de huisarts, samen met een collega, een eigen praktijk ging voeren was er nadrukkelijk de wens geen antwoordapparaat te gebruiken. We wilden over een telefooncentrale te beschikken die automatisch zo veel mogelijk regelt. Daarbij is het LHV advies om met één telefoonnummer te werken opgevolgd. Het oude spoednummer werd opgeheven en spoed werd als keuze in het keuzemenu meegenomen. Dit laatste was voor patiënten een verandering. Er is dan ook tijd en energie in de communicatie richting patiënten gestoken.

Huisarts R. heeft een aantal tips. 'Onderzoek of je op een goede manier bereikbaar bent. Goede bereikbaarheid kost geld, maar volgens mij is het

inzetten van een antwoordapparaat bezuinigen op een verkeerde manier. Mensen in paniek moeten bij de huisarts terecht kunnen.

Ook zelf vind ik het irritant als ik een collega moet bellen en ik een bandje krijg. Kijk vervolgens goed naar het servicepakket van de leverancier. Wij hadden slechte ervaringen met de vorige aanbieder, dus het serviceaanbod was voor ons een aandachtspunt. Wij zijn bijvoorbeeld erg tevreden over het feit dat we bij problemen niet hoeven te wachten op een monteur. Problemen worden online aangepakt.'

Huisarts P.: 'Patiënt én huisarts hebben plezier van moderne apparatuur'

Huisarts P. is werkzaam in een gezondheidscentrum in een stad in het zuiden des lands. De praktijk bestaat uit circa 8000 patiënten, waarvan relatief veel gezinnen met jonge kinderen en een relatief hoog opleidingsniveau. De praktijk bestaat uit 4,1 fte huisartsen en 4,1 fte assistenten.

"Eén van de aanleidingen om enkele jaren geleden met de bereikbaarheid aan de slag te gaan was een uitkomst uit het NHG-accreditatietraject. Hierin werd duidelijk dat patiënten het aparte nummer voor de spoedlijn onvoldoende kenden. Er was al jaren geleden geïnvesteerd in een digitale installatie, maar het oude spoednummer hadden we in stand gehouden. Uit het onderzoek bleek dat veel patiënten niet wisten dat we 2 nummers hadden. Daarvan waren we ons niet bewust. Nu is de spoed in het keuzemenu opgenomen. Patiënten hoeven geen apart nummer meer te kennen."

De uitgebreide triage door de assistentes waarmee gewerkt wordt kost zeker meer telefoontijd, maar het levert ook een verbetering in de patiëntenstroom op, aldus P. Maandagochtend tussen 08.00 en 09.00 blijft een probleem. Op dat tijdstip worden 4 assistentes ingezet maar dat lijkt nog niet genoeg. Er wordt op dergelijke extreem drukke momenten minder tijd aan een uitgebreide triage besteed dan gewoonlijk.

Naast goede telefonische bereikbaarheid heeft de praktijk veel voordelen van internet. Patiënten kunnen sinds anderhalf jaar herhalingsmedicatie via internet bestellen. Op dit moment gaat een kwart van de herhalingsmedicatie op deze wijze en het aandeel groeit gestaag. De rest gaat via de assistente, of wel telefonisch of men komt naar de balie. P.: 'een groot deel van de telefoontjes gaat over herhalingsmedicatie. Het 'bestellen' via internet draagt bij aan minder telefoontjes, en ik denk dat dit de komende jaren alleen maar zal toenemen.'

De tip van huisarts P.: 'Investeer in moderne apparatuur. Het is allemaal niet zo duur meer en zowel de huisarts als de patiënt heeft er veel plezier van!'

Huisarts G. levert herhaalmedicatie via de apotheek

Huisarts G. werkt in een solopraktijk in een dorp in Midden-Nederland met een relatief oude, hoog opgeleide populatie. In de praktijk zijn één huisarts, één praktijkverpleegkundige en twee (deeltijd) assistentes werkzaam. Wat is er gedaan om de bereikbaarheid te optimaliseren en de druk aan de telefoon te verminderen?

'Al jaren geleden hebben we een telefooncentrale met meerdere lijnen aangeschaft. We kregen signalen dat patiënten lang moesten wachten voordat ze er door kwamen". De telefoon wordt tot 12.00 opgenomen door de assistente. Het gaat dan met name om het maken van afspraken. Van 12.00 tot 17.00 word je doorgeschakeld naar de huisarts zelf. De beller krijgt te horen dat als het om spoed gaat hij aan de lijn moet blijven.' De enkeling die wel na 12.00 belt krijgt van de huisarts de regels van de praktijk te horen. Na 17.00 neemt de HAP de telefonische bereikbaarheid over. Daarnaast heeft de praktijk eenmaal per week een avondspreekuur van de praktijkondersteuner voor diabetescontrole en dergelijke. De aanleiding hiervoor was gelegen in een ruimteprobleem. In de loop van de tijd blijkt het een prima oplossing voor werkende patiënten. Zij hoeven voor regelmatige controles niet meer vrij te nemen. Samenwerking met collega-huisartsen komt niet goed van de grond en dat maakt dat men in de solopraktijk steeds goed moet nadenken over hoe je de fysieke en telefonische toestroom organiseert.

De ochtend begint met een inloopspreekuur. Hiervoor hoeven patiënten al niet te bellen. 'Patiënten kunnen zelf de keuze maken: of kort en snel dan naar dit spreekuur, hebben ze meer tijd nodig dan maken we een afspraak.' Wel wordt opgemerkt dat je het als huisarts wel prettig moet vinden om op deze manier te werken. "Je weet niet wat er op het spreekuur komt, dat vind niet iedere huisarts prettig". Na het inloopspreekuur is het telefonisch spreekuur. Vervolgens het visite-rijden. Het afsprakenspreekuur, waarvoor patiënten wel een (telefonische) afspraak maken is in de middag.

Welke maatregelen zijn effectief volgens huisarts G.? 'Wat in onze praktijk, naast het inloopspreekuur, echt heel veel telefoonwinst heeft opgeleverd is het feit dat patiënten herhaalmedicatie zelf bij de apotheek aanvragen. De apotheek

verifieert het bij mij. Patiënten weten dat het een dag duurt en bij spoed wordt het uiteraard sneller geregeld’.

Wat is de belangrijkste tip van huisarts G? ‘De wijze waarop we de praktijk hebben georganiseerd én het beleid rond herhaalmedicatie hebben bijgedragen tot aanzienlijke afname van het aantal telefoontjes!’

Huisarts de G.: ‘Investeer in techniek én in informatie aan de patiënt’

Huisarts de G. werkt in een praktijk met 4200 patiënten, drie deeltijdhuisartsen en drie deeltijdassistentes. De praktijk is gevestigd in een stad. De reden om met de bereikbaarheid aan de slag te gaan kwam enerzijds door opmerkingen en klachten van patiënten en anderzijds omdat de assistentes het voor de uitvoering van hun verschillende taken niet optimaal vonden dat patiënten de hele dag konden bellen.

De belangrijkste verbetering in de bereikbaarheid is volgens de G. gerealiseerd door te investeren in een nieuwe centrale met één telefoonnummer, acht binnenkomende lijnen, een aparte lijn voor spoed, recepten, en collegiaal overleg. Bij normale drukte werken twee assistentes op twee toestellen de inkomende telefoontjes af. Bij te voorziene grote drukte, bijvoorbeeld na de vakantie, kan de derde assistente op een derde toestel bijspringen.

De triage aan de telefoon heeft een steeds belangrijker plek gekregen en is cruciaal voor het managen van de patiëntenstroom. Er is dan blijvend aandacht voor scholing op dit gebied. De praktijk is tevreden over de bereikbaarheid zoals het op dit moment geregeld is en heeft vooralsnog geen ambitie om e-mail mogelijkheden voor het maken van afspraken te bieden.

Huisarts de G.: ‘We zijn tot de investering overgegaan na signalen van patiënten over problemen met de bereikbaarheid. Ook uit onderzoek van stagiaires, die in het kader van hun opleiding vragen aan patiënten stellen, bleek dat we aan de slag moesten met de bereikbaarheid’. Patiënten kunnen tot 11.00 bellen. Patiënten die na 11.00 bellen voor een afspraak worden geholpen, maar ze worden tevens gewezen op de regels. ‘Patiënten die ten onrechte de spoedlijn bellen, en dat zijn er drie van de vier per dag, worden vriendelijk verzocht snel op te leggen en terug te bellen via de normale route, om de spoedlijn niet onnodig bezet te houden.’ Door vriendelijke steeds dezelfde boodschap te communiceren wennen patiënten aan de werkwijze en snappen ze het ook.

Stagiaires zorgen er mede voor dat het punt op de agenda blijft staan, zij vragen in het kader van hun opleiding aan patiënten hoe het met de telefonische bereikbaarheid is gspeld.

Huisarts de G.: 'Onze gouden tip? We zijn zeer tevreden over het effect van de investering in techniek op de verbetering van de bereikbaarheid!. Er verandert veel in de mogelijkheden en het is goed om je hier af en toe over te informeren'

4.3 Conclusie

In dit hoofdstuk kwamen vijf huisartsen aan het woord die erg tevreden zijn over de telefonische bereikbaarheid van hun praktijk. Ze hebben opmerkingen van patiënten en medewerkers opgepakt en met behulp van techniek, communicatie en praktijkorganisatie oplossingen gezocht. Uit de beknopte schets van deze 'goede voorbeelden' blijkt dat huisartsen zelf als tips hebben:

- Investeer in moderne apparatuur en zorg daarbij voor een goed servicecontract.
- Biedt waar mogelijk alternatieven om de vraag naar telefonische bereikbaarheid te verminderen:
 - Herhaalmedicatie;
 - bereikbaarheid via email;
 - andere spreekuurtvormen.
- Communiceer met de patiënt: informeer over (en creëer begrip voor) de wijze waarop de telefonische bereikbaarheid is georganiseerd.

HOOFDSTUK 5. SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN

5.1 Inleiding

In april- juni 2009 heeft ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) een onderzoek uitgevoerd naar de knelpunten in de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg. Het onderzoek had als doel een beeld te krijgen van de mate waarin dit thema bij huisartsen zelf speelt, en wat huisartsen zelf zien als oorzaken van de matige bereikbaarheid en mogelijke oplossingen daarvoor. Het onderzoek vond bij een representatieve random steekproef van 969 praktijken plaats. De respons was 63,1% (610 praktijken).

Op deze plaats worden de conclusies samengevat en worden aanbevelingen gedaan. De aanbevelingen zijn gebaseerd op een discussiebijeenkomst met het veld op 18 juni 2009.

5.2 De belangrijkste uitkomsten op een rij:

1. Bereikbaarheid prioriteit voor huisarts

Telefonische bereikbaarheid 'leeft' bij de huisarts. Dit valt op te maken uit de omvang en de kwaliteit van de respons, die met meer dan 63% uitstekend genoemd kan worden. 70% van de praktijken heeft het afgelopen jaar actie ondernomen om de telefonische bereikbaarheid te verbeteren, 20% is dat op korte termijn van plan.

2. Organisatie van de bereikbaarheid

Bij 60,6% van de praktijken kunnen patiënten zowel 's ochtends als 's middags bellen voor een afspraak. Beperkingen in de bereikbaarheid door middel van het opzetten van een bandje worden in de middagpauze bij 69,1% getroffen en bij 44,5% ook op andere tijdstippen dan de lunchpauze. Bij 40,6% van de praktijken is alleen 's ochtends de mogelijkheid om afspraken te maken.

3. Huisartsen zijn kritisch over eigen bereikbaarheid

Meer dan de helft, 54% van de praktijken, is kritisch over de telefonische bereikbaarheid van de eigen praktijk; men drukt dit uit in een cijfer 7 of lager. Bijna de helft van de respondenten (48,2%) is van mening dat de telefonische bereikbaarheid de afgelopen 12 maanden is verbeterd.

4. Stedelijke duo- en groepspraktijken minst positief

De telefonische bereikbaarheid wordt het minst positief beoordeeld door stedelijke duo- en groepspraktijken. De solo- en duopraktijk op het platteland waardeert de bereikbaarheid gemiddeld het meest positief. Hoewel huisartsen in duo- en groepspraktijken minder positief zijn over de bereikbaarheid van de praktijk, geven zij wel aan het afgelopen jaar meer te zijn verbeterd (57,3% tegenover 37,1% van de solopraktijken).

5. Gevolgen matige bereikbaarheid

Huisartspraktijken ondervinden de gevolgen van matige telefonische bereikbaarheid aan den lijve. Mensen gaan de spoedlijn bellen (68,5%) of verschijnen aan de balie (85,5%). Bereikbaarheid heeft bij bijna alle praktijken dan ook een hoge prioriteit (97,8%) en staat bij 80% op de agenda van het teamoverleg.

6. Oorzaken voor matige bereikbaarheid

De door huisartsen aangegeven belangrijkste oorzaken van matige telefonische bereikbaarheid liggen op twee gebieden: (1) de toegenomen zorgvraag en behoefte aan telefonisch contact (door 40-50% als 'belangrijke oorzaak' aangegeven) en (2) de telefonische en patiëntgebonden taken van de doktersassistente (door ongeveer 30% als 'belangrijke oorzaak' aangegeven). De rol van verschillende oorzaken verschilt naar praktijkvorm en praktijkenmerken.

7. Verbeteringsactiviteiten

De praktijken die in het afgelopen jaar zijn verbeterd, hebben de volgende verbeteringsactiviteiten ondernomen:

- informeren van patiënten (63,7% van de praktijken die zegt te zijn verbeterd heeft deze actie ondernomen)
- nieuwe telefooncentrale (58,8%);
- uitbreiding formatie (57,7%);

- scholing assistente (52,8%);
- realisatie keuzemenu (41,5%).
- realiseren contactmogelijkheden via internet (39,8%);

Het meest effectief is de combinatie van investeren in een nieuwe telefooncentrale én het realiseren van contactmogelijkheden via internet.

8. Veel tips

Huisartsen leverden via het onderzoek veel tips aan om de telefonische bereikbaarheid te verbeteren. Ook uit de beschrijving van een aantal goede voorbeelden komen concrete aanknopingspunten naar voren.

5.3 Aanbevelingen discussiebijeenkomst

Het rapport is besproken op een discussiebijeenkomst in juni 2009. Dit leverde de volgende aanbevelingen op:

Over de oorzaken en oplossingen

- De verschillende oorzaken spelen tegelijkertijd een rol. Voor huisartsen vormt de vraag van de patiënt het uitgangspunt. Om deze vraag op te vangen, moet voldoende bezetting achter de telefoon worden georganiseerd. Dit kan een probleem vormen, bijvoorbeeld omdat de assistente bezig is met patiëntgebonden taken of omdat het budget dit niet toelaat.
- Technische oplossingen (telefooncentrale, keuzemenu) en bezetting vormen één geheel. Een nieuwe telefooncentrale alleen is geen oplossing als er geen mensen zijn om de telefoon op te nemen. De telefonische bereikbaarheid zal alleen verbeteren als deze twee aspecten in samenhang worden aangepakt.
- De zorgvraag vanuit de populatie vormt de belangrijkste factor in telefonische bereikbaarheid. Om de bereikbaarheid in de toekomst te waarborgen is het van belang dat huisartsen nog beter gaan kijken naar de ontwikkelingen in hun populatie, zodat zij kunnen proberen het aanbod zo goed mogelijk af te stemmen op de vraag van de populatie. Analyse van informatie die wordt gegenereerd via het telefoonsysteem kan hierbij handig zijn.
- Internet: aanbevolen wordt dat alle praktijken de bereikbaarheid vergroten met internet. Het invoeren van een e-mailconsult is een overweging die de huisarts zelf moet maken, maar in ieder geval kan internet worden ingezet voor:
 - Herhaalmedicatie aanvragen
 - Afspraken maken
 - Informatie vragen

- Het informeren van patiënten is een belangrijk aandachtspunt. Eenmalige communicatie volstaat niet. Permanente informatievoorziening is heel belangrijk. De patiënt heeft vaak een bepaald beeld van de bereikbaarheid, ook al is de realiteit anders. Mogelijk ervaren patiënten overdag een hogere drempel om de spoedlijn te gebruiken dan tijdens ANW-uren. Nagegaan moet worden in hoeverre hierover meer gezamenlijk - met patiëntenorganisaties en mogelijk ook met andere partijen binnen de acute zorg - kan worden gecommuniceerd.

Norm voor opnemen normale oproepen?

- De zorgvraag neemt toe. Door de aanwezige partijen wordt dit ervaren als een terechte zorgvraag die zo mogelijk in de eerste lijn worden opgevangen.
- Er moet naar oordeel van de deelnemers niet worden gefocust op het behalen van een '2 minuten norm'. Dit zou onevenredig veel inspanning en middelen vragen. Bovendien is een norm van 2 minuten voor de meerderheid van de praktijken niet haalbaar. Met creatieve maatregelen kan de telefonische bereikbaarheid sterk verbeteren. Aanbevelingen zijn:
 - Leidt de patiënt zo snel mogelijk in een keuzemenu. Dit verkort de beleving van de wachttijd;
 - Als eerste optie wordt de spoedkeuze aangeboden, vervolgens het maken van een afspraak, aanvraag herhaalmedicatie en andere veelvoorkomende vragen. Een keuzemenu kan bovendien flexibel worden ingevuld, afhankelijk van de actualiteit (bv griep);
 - In het keuzemenu kunnen patiënten ook worden gewezen op andere kanalen om de praktijk te bereiken, zoals internet.

Vervolgonderzoek

- In dit project stond het perspectief van de huisarts centraal. Aanvullende informatie is nodig over de visie vanuit patiënten. Hoe kijken zij aan tegen kwaliteit van telefonische bereikbaarheid? Hoe variëren deze opvattingen in verschillende patiëntencategorieën (65+, gezinnen, hoog/laag opgeleiden)?

Bijlage 1. Respondenten

Dhr. R. Sardeman, Inspectie voor de Gezondheidszorg

Mw. H. Paans, Zorgverzekeraars Nederland

Mw. P. Brands, regiomanager LHV en voorzitter van de werkgroep bereikbaarheid en beschikbaarheid.

Mw. M. de Jong, huisarts in Waspik, bestuurslid Kring Midden-Brabant

Mw. E. Buursma, Zorgbelang Drenthe

Mw. F. Meulink, huisarts te Utrecht

Dhr. H. Broens, Advitronics

Dhr. W. van Beurden, huisarts te Nijmegen

Bijlage 2. Leidraad interviews

1. Definitie bereikbaarheid. Hebben we het over hetzelfde?

- IGZ: Bij normale oproep binnen 2 minuten live persoon. Niet door LHV onderschreven
- Bij spoed binnen 30 seconden live persoon
- overdag: tussen 8 en 17 (er van uitgaand dat de HAP vanaf 17.00 overneemt)

Belang van goede telefonische bereikbaarheid

Wat is goede telefonische bereikbaarheid?

Wat mogen we van de huisartspraktijk verwachten?

2. Mogelijke oorzaken

Uit onderzoek IGZ/NPCF blijkt:

- grote verschillen in bereikbaarheid over de dagen en over de week
- verschillen in bereikbaarheid tussen stedelijk en minder stedelijk gebied

Welke factoren zouden dit kunnen verklaren?

Mogelijke oorzaken van de slechte bereikbaarheid:

- arbeidsmarktproblematiek
- taakverdeling en – delegatie
- samenwerking
- financieringsstructuur huisartsenzorg
- administratieve lasten
- technische ontwikkelingen

- factoren bij de patiënt: gedrag, piekbelasting, kennis van spoedlijn
- bewustzijn huisarts, hoe belangrijk is het?
- communicatie; kennis bij de patiënt over diverse manieren om contact met HA te zoeken: weten vaak niet dat er een spoedlijn is.

a. Wat is de rol van deze factoren – zowel als oorzaak als oplossing

b. Zijn er nog andere oorzaken denkbaar?

4. Oplossingen

Wat zou er moeten gebeuren?

Bijlage 3. Internet vragenlijst

De weergave wijkt af van de online lay-out

Introductietekst

Welkom bij het onderzoek 'Telefonische bereikbaarheid van huisartsenzorg', dat door ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV wordt uitgevoerd in opdracht van de LHV.

Met de vragenlijst willen we onderzoeken hoe u aankijkt tegen telefonische bereikbaarheid in de praktijk en mogelijke oorzaken van problemen in de bereikbaarheid.

Het einddoel is om de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg te verbeteren. Daarom zijn we ook benieuwd naar uw tips en adviezen! Het onderzoek wordt op 26 juni afgerond met een rapportage aan de LHV.

We benadrukken dat het onderzoek anoniem is. Uw emailadres is uitsluitend voor gebruik in dit onderzoek verkregen via de LHV.

Tot slot

In deze vragenlijst wordt met de term 'Telefonische bereikbaarheid' bedoeld: de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg overdag (8-18 uur) voor zowel spoed, afspraken, advies én recepten.

Alle vragen hebben betrekking op de praktijk als geheel.

We adviseren u om de vragenlijst in één keer af te ronden. Maar soms is het onvermijdelijk om het invullen te onderbreken en in een later stadium verder gaan. Gebruik dan dezelfde link om in de vragenlijst te komen. U komt vanzelf terug op de pagina waar u bent gestopt.

Als u vragen heeft naar aanleiding van dit onderzoek kunt u mailen naar argo@med.umcg.nl of contact opnemen met het secretariaat via 050 – 3637464

Veel succes met het invullen van de vragenlijst!

Kenmerken praktijk en populatie

x. Wat is de praktijkvorm?

(meer dan één antwoord mogelijk)

- solopraktijk
- duopraktijk
- groepspraktijk
- huisartspraktijk in gezondheidscentrum
- apotheekhoudende huisarts
- anders nl

x. Wat is de totale omvang van de patiëntenpopulatie in deze praktijk?

- < 2000 patiënten
- 2000 – 4000
- 4000 – 6000
- 6000 – 8000
- 8000 – 10.000
- > 10.000 patiënten

x. Hoe zou u de patiëntenpopulatie in uw praktijk globaal typeren?

(meer dan één antwoord mogelijk)

- relatief veel ouderen (65+)
- relatief veel gezinnen met jonge kinderen
- relatief veel jongeren (21-)
- relatief laag opleidingsniveau
- relatief hoog opleidingsniveau
- stedelijk
- platteland
- module achterstandsfonds

x. Hoeveel fte is er in deze praktijk werkzaam?

- Xx,x fte huisarts
- Xx,x fte doktersassistente
- Xx,x fte POH
- Xx,x financieel-administratieve ondersteuning
- Xx,x fte anders, nl

Bereikbaarheid van uw praktijk

x. Welke kenmerken heeft het telefoonsysteem dat in de praktijk wordt gebruikt?

(meer dan één antwoord mogelijk)

- keuzemenu met de volgende optie(s)
 - spoed
 - afspraak maken/advies
 - herhaalrecept
 - collegiaal overleg
 - anders, namelijk ...
- aparte spoedlijn
- aparte receptenlijn
- aparte lijn voor collegiaal overleg
- anders, namelijk....

x. Hoe heeft u de telefonische bereikbaarheid georganiseerd?

(meer dan één antwoord mogelijk)

- patiënt kan alleen 's ochtends bellen voor afspraak
- patiënt kan 's ochtends en 's middags bellen voor afspraak
- terugbelspreekuur
- telefonisch spreekuur
- 'bandje' tijdens lunchpauze
- 'bandje' op andere tijdstippen (buiten lunch)
- recepten aanvragen via internet is mogelijk
- afspraken maken via internet is mogelijk

Uw mening over telefonische bereikbaarheid

x. Hieronder staat een aantal uitspraken over telefonische bereikbaarheid. Kunt u aangeven in hoeverre u het met de uitspraken (sterk) eens of (sterk) oneens bent?

TB = telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg overdag (8-18 uur) voor zowel spoed, afspraken, advies én recepten.

(1= sterk mee eens / 2 = mee eens / 3 = mee oneens / 4 sterk mee oneens)

- TB moet alleen 's ochtends goed geregeld zijn.
- TB moet van 8.00u tot 18.00u goed geregeld zijn
- TB heeft in deze huisartspraktijk een hoge prioriteit
- TB betekent dat een patient binnen 2 minuten een deskundige persoon aan de lijn heeft
- In het teamoverleg staat TB op de agenda
- TB kan helpen bij het organiseren van de patiëntenstroom
- Met een goede TB heeft de huisartspraktijk een hogere productiviteit
- TB wordt voor patienten steeds belangrijker
- TB is vooral een kwestie van de spoed goed regelen
- Naarmate wij de TB beter regelen, kan de assistente minder andere taken doen
- Als de praktijk niet goed TB is, komen er meer patiënten aan de balie
- Als de praktijk niet goed TB is, gaan meer mensen de spoedlijn bellen
- TB is alleen maar een kostenpost
- Goede TB versterkt de positie van de huisarts als poortwachter
- Meer dienstverlening per telefoon vermindert het aantal consulten
- Telefonische bereikbaarheid kan goed met een callcenter
- Een betere financiering leidt tot betere telefonische bereikbaarheid
- TB is goed te organiseren met collegapraktijken (hoet-huisartsen onder één telefoon)
- Ik weet hoe het met de TB van mijn praktijk gesteld is

Oorzaken

x. Hieronder staat een aantal uitspraken over mogelijke oorzaken van slechte telefonische bereikbaarheid. Kunt u aangeven in hoeverre deze oorzaken in uw praktijk een rol spelen?

(1= Speelt geen rol / 2 = enigszins / 3= speelt een belangrijke rol)

- Te laag budget
- De toenemende zorgvraag vanuit onze patiëntenpopulatie
- De toenemende eis van TB in onze populatie

Onvoldoende informatie bij de patient over TB van de praktijk
Vacature doktersassistente kan niet worden vervuld
Administratieve lasten bij de assistente
Patiëntgebonden activiteiten van de assistente (bv bloed prikken, uitstrijkje)
Veel telefonische taken van de assistente (advies, uitslagen onderzoek e.d.)
Onvoldoende managementinformatie over onze TB
TB heeft te weinig prioriteit in onze praktijk
Samenwerking met andere praktijken is lastig
Met onze apparatuur kan de TB niet goed geregeld worden
Onze apparatuur is nog niet afgeschreven
Overige oorzaken (txt)

x. Wat zijn voor uw praktijk de drie belangrijkste oorzaken?

Acties op gebied van telefonische bereikbaarheid

x. Hoe bepaalt u in hoeverre de praktijk telefonisch goed bereikbaar is?
(meer dan één antwoord mogelijk)

- O op basis van permanente registratie in ons systeem
 - O wachttijd per patient na opnemen telefoon
 - O aantal keren overgaan
 - O wachttijd spoed tot opnemen telefoon
 - O anders nl
- O op basis van extern bereikbaarheidsonderzoek
- O op basis van kwalitatieve informatie
 - O opmerkingen/klachten van patiënten
 - O patiënten aan de balie
 - O toenemend gebruik van de spoedvoorziening

x. Hoe beoordeelt u de telefonische bereikbaarheid van uw huisartsenpraktijk momenteel?

1 (slechtst denkbare telefonische bereikbaarheid)

2

3

4

5

6

7

8

9

10 (best denkbare telefonische bereikbaarheid)

x. Is de telefonische bereikbaarheid de afgelopen 12 maanden verbeterd, verslechterd of gelijk gebleven?

- O verbeterd
- O verslechterd
- O gelijk gebleven

x. Heeft uw praktijk de afgelopen 12 maanden actie ondernomen om de telefonische bereikbaarheid te verbeteren?

- O ja
- O nee

x. Met welke actie(s) om de telefonische bereikbaarheid te verbeteren is uw praktijk op dit moment bezig?
(meer dan één antwoord mogelijk)

- investeren in nieuwe telefooncentrale
- realisatie keuzemenu
- realisatie aparte spoedlijn
- realisatie aparte lijn voor herhaalrecepten
- uitbreiden aantal fte assistenten/praktijkondersteuning
- verminderen gebruik antwoordapparaat
- informeren patiënten
- informeren collega zorgverleners (eerste lijn, tweede lijn)
- realiseren contactmogelijkheden via het internet
- uitbreiden aantal uren telefonische bereikbaarheid
- scholing asistente/praktijkondersteuning m.b.t. triage
- realiseren samenwerking met collegapraktijken
- onderzoek patientervaringen m.b.t. TB
- anders, namelijk....

x. Welke maatregelen om de telefonische bereikbaarheid te verbeteren neemt u de komende 12 maanden?

(meer dan één antwoord mogelijk)

- investeren in nieuwe telefooncentrale
- realisatie keuzemenu
- realisatie aparte spoedlijn
- realisatie aparte lijn voor herhaalrecepten
- uitbreiden aantal fte assistenten/praktijkondersteuning
- verminderen gebruik antwoordapparaat
- informeren patiënten
- informeren collega zorgverleners (eerste lijn, tweede lijn)
- realiseren contactmogelijkheden via het internet
- uitbreiden aantal uren telefonische bereikbaarheid
- scholing asistente/praktijkondersteuning m.b.t. triage
- realiseren samenwerking met collegapraktijken
- onderzoek patientervaringen m.b.t. TB
- anders, namelijk....

x. Wat is wat u betreft de beste tip om de telefonische bereikbaarheid van de huisartspraktijk te verbeteren?

x. Vindt u dat uw praktijk een goed voorbeeld is van goede telefonische bereikbaarheid?

- ja
- nee

x. In het kader van dit onderzoek willen wij graag 3 goede voorbeelden van telefonische bereikbaarheid beschrijven.

Mogen wij u tussen 8 en 12 juni benaderen voor een (telefonisch) interview?

- ja (naam) (praktijk) (telefoon)
- nee