



Definities en condities van telefonische bereikbaarheid

Een onderzoek naar variatie en verbeterpunten op basis van 100 huisartspraktijken

December 2016

W. Schäfer
J. Korevaar
R. Batenburg

Het NIVEL onderzoekt de gezondheidszorg. Dat onderzoek kijkt mee met de mensen die zorg krijgen en de mensen die de gezondheidszorg vormgeven en leveren: patiënten, de overheid, zorgverleners en verzekeraars, zorgorganisaties en toezichthouders. Zij bepalen de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. NIVEL-onderzoek heeft maatschappelijke en wetenschappelijke impact. Dat is de dubbele missie van het NIVEL. Wetenschap en praktijk versterken elkaar. Het onderzoeksproces van het NIVEL is ISO 9001 gecertificeerd. Elk NIVEL onderzoek leidt tot een openbare publicatie. Dat is vastgelegd in de statuten. Tegelijkertijd zoekt het NIVEL voortdurend naar interactie met de mensen die de resultaten van zijn onderzoek kunnen gebruiken. Bij het NIVEL werken ruim 150 mensen, van wie ruim honderd onderzoekers.

ISBN: 978-94-6122-422-4

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2016, NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Samenvatting

Huisartspraktijken zijn goed bereikbaar voor niet-spoed oproepen; praktijkvariatie is lastig verklaarbaar

Huisartspraktijken zijn tijdens kantooruren in 94% van de gevallen telefonisch bereikbaar als we dit breed definiëren: men krijgt binnen 10 minuten een assistent aan de lijn, óf informatie wanneer de assistent wel weer bereikbaar is. Hanteren we een nauwere definitie (krijgt een beller binnen 10 minuten de assistent aan de lijn?) dan zijn praktijken in 64% van de gevallen telefonisch bereikbaar. Als de assistent opneemt dan is dat in 72% van de gevallen binnen 2 minuten, in 50% van de gevallen binnen 1 minuut.

Variatie in telefonische bereikbaarheid bij reguliere oproepen hangt af van het tijdstip op de dag, vooral als we de nauwe definitie hanteren. Tussen de middag krijgt de beller minder vaak de assistent aan de telefoon en wordt minder vaak informatie gegeven over wanneer de assistent wel weer bereikbaar is. Tussen 8 en 9 krijgt men bijna niet een bandje, maar is de gemiddelde snelheid van opnemen wel lager dan op andere tijdstippen. Telefonische bereikbaarheid, breed of nauw gedefinieerd, hangt niet systematisch samen met kenmerken van de praktijk. De omvang en samenstelling van de patiëntenpopulatie maakt geen verschil, en ook niet het absolute of relatieve aantal assistentes. Wel blijkt uit aanvullende interviews dat de taken en planning van assistenten een belangrijke factor is.

Het onderzoek

Dit onderzoek is gebaseerd op 100 huisartspraktijken die zich in 2015 hebben opgegeven voor deelname aan een studie naar hun telefonische bereikbaarheid bij reguliere oproepen (TBRO). De 100 deelnemende praktijken werden op vier momenten op vier verschillende weekdays gebeld in een periode van 6 weken. Het veldwerk werd verricht in het voorjaar van 2016. Elke praktijk is één keer gebeld tussen 8.00 en 9.00 uur, tussen 10.00 en 12.00, tussen 12.30 en 13.30 en tussen 16.00 en 17.00. De resultaten zijn via individuele spiegelrapporten teruggekoppeld aan de praktijken en zijn vervolgens besproken met de praktijkhouder.

In deze studie is telefonische bereikbaarheid bij reguliere oproepen (TBRO) als volgt gedefinieerd:

- Nauwe definitie van TBRO: de praktijk is bereikbaar als de beller een assistent aan de lijn krijgt binnen 10 minuten;
- Brede definitie van TBRO: de praktijk is bereikbaar als de beller een assistent aan de lijn krijgt binnen 10 minuten, óf als de beller een bandje heeft gekregen met informatie over wanneer de praktijk weer bereikbaar is.

In de brede definitie wordt geaccepteerd dat assistentes op bepaalde tijden de telefoon niet kunnen opnemen vanwege andere werkzaamheden, rustmomenten of onvoorziene omstandigheden. In de nauwe definitie van TBRO wordt er vanuit gegaan dat tijdens de gangbare praktijkopenings tijden assistentes continue telefonisch bereikbaar zijn.

Verbetermogelijkheden van TBRO

Het komt weinig voor, maar bij 6% van de belacties kregen we een bandje met de mededeling dat de praktijk gesloten was zonder informatie over wanneer we wel konden bellen. Toevoegen van deze informatie aan het bandje is een eenvoudige stap om de TBRO te verbeteren. Het verder verbeteren van de bereikbaarheid ligt minder in het aanpassen van de omvang of samenstelling van de praktijk. Het aantal FTE assistenten per huisarts of praktijk hangt niet samen met de bereikbaarheid. Echter, praktijkhouders gaven wel aan dat bereikbaarheid mede bepaald wordt door de hoeveelheid andere taken die de assistent uitvoert. Men zoekt dan ook naar de ideale inzet van assistentes in relatie tot een optimale bereikbaarheid. Dit is een punt voor vervolgonderzoek. Hoe roostering moeten worden afgestemd op de dag, het tijdstip en de praktijkbezetting, maar ook wat de taak- en tijdsverdeling tussen de verschillende taken van assistentes kan en moet zijn.

Normen voor TBRO

Richtlijnen van de LHV stellen als norm dat de praktijk tenminste 6 uur per dag bereikbaar moet zijn. Ons belonderzoek heeft deze bereikbaarheid niet gemeten, maar uit de interviews blijkt dat vooral de kleinere en solopraktijken deze norm te streng vinden. Ook geeft een aantal praktijkhouders aan dat zij in de problemen kunnen komen bij onverwachtse situaties, zoals ziekte van de assistent. Hoe kleiner de praktijk, hoe kwetsbaarder deze is voor uitval in de bezetting. Over de zogenaamde 'twee-minuten-norm' zijn veel huisartsen kritisch. Bijna twee-derde (61%) gaf aan zich niet te kunnen vinden in deze norm, ze achten dit niet reëel op de piekmomenten. Ook vindt een aantal praktijkhouders dat het budget voor het aantal assistentes niet toereikend is om deze norm te halen.

Telefonische bereikbaarheid leeft bij huisartsen

De deelnamebereidheid voor dit onderzoek was hoog. Huisartsen gaven in de interviews aan TBRO een belangrijk onderwerp te vinden. De beleidsaanbeveling op basis van dit onderzoek is ten eerste dat de relevante stakeholders de discussie voort moeten zetten over de definitie cq. de normen voor de TBRO. Wordt bereikbaarheid gedefinieerd als het aan de lijn krijgen van de assistent gedurende alle uren van de werkdag, of kan een aantal uren per dag volstaan worden met een bandje met informatie wanneer de patiënt wel kan bellen om de assistent te spreken? En zijn er uitzonderingen op deze definities mogelijk? In dit rapport laten we zien wat het hanteren van een nauwe of brede definitie van TBRO betekent. De tweede aanbeveling is dat bij deze discussie de verhouding tussen kosten en opbrengsten meegenomen moet worden. Huisartsenpraktijken zijn kleine organisaties. Voor hen betekent meer budget voor assistenten mogelijk dat het budget voor het leveren van de zorg onder druk komt te staan. Dit dient tegen elkaar afgewogen te worden bij investeringen in een betere TBRO.

Inhoud

Samenvatting	3
1 Inleiding	6
1.1 Achtergrond van het onderzoek	6
1.2 Probleemstelling	9
1.3 Onderzoeksopzet	10
1.4 Leeswijzer	10
2 Telefonische bereikbaarheid in praktijk; de invloed van definities en condities	11
2.1 Bereikbaarheid in dit onderzoek	11
2.2 Bereikbaarheid volgens de twee definities	12
2.3 Toetsing: zijn er determinanten van telefonische bereikbaarheid?	14
2.4 Nota bene	20
3 Normen voor telefonische bereikbaarheid	21
3.1 Definities van telefonische bereikbaarheid	21
3.2 Bestaande normen	21
3.3 Wat vinden huisartsen van TBRO-normen?	23
4 Conclusies en aanbevelingen	26
Referentielijst	28
Bijlagen	
Bijlage 1 Methodische verantwoording	29
Bijlage 2 Instructies en scoringslijst telefoontjes	34
Bijlage 3 Stroomschema mogelijk verloop van een telefoontje	38
Bijlage 4 Voorbeeld van een individueel spiegelrapport	39
Bijlage 5 Vragen interviews huisartsen	43

1 Inleiding

In dit rapport beschrijven we de resultaten van een onderzoek naar telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken voor reguliere oproepen (TBRO). Om aanbevelingen te kunnen doen omtrent verbeteringen en de normen heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) het NIVEL gevraagd onderzoek te doen naar praktijkvariatie in telefonische bereikbaarheid.

De behoefte aan inzicht in de actuele bereikbaarheid is groot omdat er veel discussie is rond de wenselijkheid en haalbaarheid van telefonische bereikbaarheidsnormen van huisartsenpraktijken. Bij deze discussie is de definitie van telefonische bereikbaarheid van essentieel belang. Dit onderzoek gaat over de bereikbaarheid bij reguliere oproepen tijdens kantooruren (8.00-17.00); en dus niet over bereikbaarheid bij spoedoproepen of tijdens diensturen. Gegeven deze afbakening zijn er verschillende definities van bereikbaarheid mogelijk.

1.1 Achtergrond van het onderzoek

1.1.1 Het belang van telefonisch goed bereikbaar zijn

Bij een gezondheidsklacht of -probleem, zullen patiënten in eerste instantie de huisartsenpraktijk bellen voor het maken van een afspraak met de huisarts of andere zorgverlener binnen de praktijk. In de regel heeft de patiënt het eerste telefonische contact met de assistent. Op basis van triage-richtlijnen leidt de assistent de patiënt verder naar een zorgverlener binnen de praktijk.

Een goede telefonische bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk is essentieel om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te waarborgen. In Nederland wordt dit gezien als een van de belangrijkste pijlers van het gezondheidszorgbeleid, naast goede kwaliteit en betaalbaarheid (van den Berg et al, 2014). In de contracten tussen zorgverzekeraars en huisartsen worden dan ook steeds vaker afspraken opgenomen over telefonische bereikbaarheid (LHV 2013). Ook voor de toekomst richt de beroepsgroep zich op het aanbieden van zorg dichtbij patiënten, een goede bereikbaarheid is en blijft dus van belang (LHV, NHG & IOH, 2012; van Hassel et al, 2015).

1.1.2 Richtlijnen en normen ten aanzien van telefonische bereikbaarheid

De telefonische bereikbaarheid van huisartspraktijken is opgenomen in de beleidsregel 'Toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars Zorgverzekeringswet (Zvw)', opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa 2014). Deze beleidsregel geeft aan hoe de NZa specifiek toezicht houdt op de zorgplicht, die vanuit de Zvw bij zorgverzekeraars ligt. In de beleidsregel staat dat de huisartsenpraktijk in eerste instantie zelf verantwoordelijk is voor de bereikbaarheid en dat de praktijkvoering en organisatie daarop moeten worden aangepast. Ook wordt aangegeven dat, om de huidige telefoondruk te verminderen, huisartsen moderne communicatieapparatuur in kunnen zetten zoals doorschakelaars, voiceresponse-systemen en internet.

De meest besproken norm ten aanzien van telefonische bereikbaarheid is in 2008 door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) samen met de Nederlands Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) opgesteld. Het betreft de zogenaamde twee-minuten-norm voor reguliere oproepen. IGZ en NPCF hebben in 2008 het veld gevraagd deze over te nemen (IGZ & NPCF 2008). Deze norm is overgenomen door de NZa in het hiervoor genoemde 'Toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars Zorgverzekeringswet (Zvw)' en geeft aan dat huisartsenpraktijken tijdens kantooruren voor reguliere oproepen binnen twee minuten 'drempelloos telefonisch bereikbaar' dienen te zijn (NZa 2014). Minister Schippers van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) onderschreef de norm in 2008 in een Kamerbrief en daarna, na aanleiding van Kamervragen, nog eens in 2011 (Min VWS 2011). De twee-minuten-norm wordt door de IGZ en NZa als meetpunt gebruikt, maar weegt minder zwaar dan de 30-seconden-norm die is opgesteld voor bereikbaarheid bij spoedoproepen (IGZ & NPCF, NZa 2014). In de praktijk hanteert de IGZ 10 minuten als 'afkappunt' voor reguliere oproepen en geeft daar praktijken aanwijzingen op als deze na twee maanden daar geen aantoonbare verbeteringen op realiseren.

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft de twee-minuten-norm in 2008 niet overgenomen omdat zij van mening was (en is) dat deze niet haalbaar is en dat gegevens over een haalbare norm nog ontbreken (LHV 2013). Wel heeft de LHV richtlijnen voor "Bereikbaarheid en Beschikbaarheid van de voorziening huisartsenzorg" opgesteld. Relevant voor reguliere oproepen is dat volgens deze richtlijnen de voorziening minimaal zes uur per dag telefonisch bereikbaar moet zijn voor patiënten, wat ook als haalbaar wordt gezien voor huisartsen in solopraktijken (LHV 2013). Daarnaast moet men te woord worden gestaan door medisch deskundig personeel en moeten patiënten voldoende geïnformeerd worden over waar zij terecht kunnen met hun vragen indien het personeel hen niet te woord kan staan. Daarnaast heeft de LHV de 'Toolkit Bereikbaarheid' ontwikkeld (LHV 2016). In deze toolkit staan tips om de bereikbaarheid te verbeteren, zoals het gebruik van een herhaalreceptenlijn, tips voor een goed telefoonsysteem en voorbeeldbrieven waarmee patiënten en collega's geïnformeerd kunnen worden over de bereikbaarheid. Ook biedt het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) een cursus aan waarbij met het praktijkpersoneel een verbeterplan wordt opgesteld voor de telefonische bereikbaarheid (NHG 2016).

1.1.3 Eerdere studies

In de afgelopen jaren is er een aantal onderzoeken geweest naar telefonische bereikbaarheid, het meest grootschalig uitgevoerd door de IGZ. In 2007 zijn alle huisartsenpraktijken gebeld door de IGZ op het reguliere nummer en een steekproef op de spoednummers (IGZ & NPCF 2008). In 2010 was de onderzoekszet omgekeerd; toen zijn alle huisartsenpraktijken gebeld met een spoedoproep, en een steekproef op het reguliere nummer (IGZ 2011). Uit het onderzoek uit 2007 bleek dat 48% van de praktijken voldeed aan de 2-minuten-norm voor reguliere oproepen, in 2010 was dat 42%. In 2010 werd daarnaast geconstateerd dat bij 33% van de oproepen op het regulier nummer, de huisartsenpraktijk niet binnen 10 minuten werd bereikt, het afkappunt dat gehanteerd wordt door de IGZ (IGZ 2011).

Andere studies naar telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken zijn kleinschaliger uitgevoerd en hanteren verschillende methoden en definities. Het is daardoor lastig de uitkomsten van deze onderzoeken met elkaar te vergelijken.

In 2009 heeft de LHV door ARGO een onderzoek laten uitvoeren naar de ervaringen van huisartsen zélf op de TBRO van hun praktijk. Daaruit bleek dat men behoorlijk zelfkritisch was; de meeste huisartsen gaven hun eigen TBRO het cijfer 7 of lager. Ook kwam uit het onderzoek naar voren dat het onderwerp in de praktijk erg leeft. Huisartsen ervaren toenemende druk en verwachtingen van patiënten, waaruit ongewenste gevolgen naar voren komen zoals het bellen van de spoedlijn als de reguliere lijn bezet is, of persoonlijk aan de balie verschijnen. Veel huisartsen gaven aan recent maatregelen te hebben genomen door hun patiënten beter te informeren en technisch-organisatorische aanpassingen in de praktijk. De twee-minuten-norm wordt echter door een meerderheid van de ondervraagde huisartsen beschouwd als niet haalbaar; of alleen te behalen met onevenredig veel inspanning en middelen (van Linschoten et al 2009).

In 2011 heeft het NIVEL onder haar (landelijk representatieve) consumentenpanel de twee-minuten bereikbaarheidsnorm onderzocht. Hieruit bleek dat 30% van de ondervraagden problemen had de huisartsenpraktijk telefonisch te bereiken. Het probleem was vaak dat er géén contact verkregen werd bij het eerste belcontact, en dat men het later weer moest proberen. Over de 2-minuten bereikbaarheidsnorm heeft men een uitgesproken mening: slechts 11% vindt een wachttijd langer dan twee minuten acceptabel, 56% wil binnen 1 minuut te worden worden gestaan (Brabers & Reitsma van Rooijen 2011).

De NPCF heeft in 2013 een enquête onder haar Zorgpanel uitgezet, een niet-representatieve groep. Hieruit blijkt dat 41% vindt dat de praktijk op werkdagen moeilijk telefonisch te bereiken is, met name op maandagen en ochtenden (NPCF 2014).

En tenslotte heeft de Consumentenbond in februari 2015 meer dan 500 huisartsenpraktijken gebeld om de telefonische bereikbaarheid voor reguliere oproepen te onderzoeken. Steeds is op een tijdstip tussen 8 en 5 uur gebeld, op verschillende dagen van de week. Bij 19% van de praktijken kreeg men geen persoon aan de telefoon, omdat een antwoordapparaat aanstond. Naast de belpogingen die eindigden bij een antwoordapparaat, moest bij 15% van de praktijken langer dan 2 minuten worden gewacht voordat de telefoon werd opgenomen. Deze percentages zijn het hoogst tussen 12.00 en 14.00 uur. De richtlijn van de LHV dat een praktijk minstens 6 uur per dag bereikbaar moet zijn werd door bijna alle praktijken gehaald; slechts bij 1,7% van de praktijken werd dit niet gehaald (Crielaard & Barenbrug 2015).

1.1.4 Conditie voor telefonische bereikbaarheid: determinanten?

Op dit moment is er weinig inzicht welke factoren samenhangen met een goede of minder goede bereikbaarheid van de praktijk. Dit inzicht is essentieel om de implementatie van verbeteringen van TBRO te ondersteunen en daarbij de verschillende kenmerken en condities van praktijken te betrekken. Zo hebben praktijken verschillende systemen voor de afhandeling van het telefoonverkeer, te maken met verschillende patiëntengroepen, en kunnen zij de organisatorische aspecten van telefonische bereikbaarheid op verschillende manieren aanpakken. Er zijn veel praktijkvoorbeelden dat zaken als de capaciteit en functionaliteit van de telefooncentrale, de roostering van de personen die de telefoon aannemen, de spreiding van het telefoonverkeer over de dag en de week van belang zijn, maar systematisch onderzoek hiernaar ontbreekt vooralsnog.

Zo bleek uit de cijfers van de IGZ dat huisartsenpraktijken beter bereikbaar zijn naarmate zij in een minder stedelijke omgeving gevestigd waren. Er was weinig verschil in bereikbaarheid tussen de verschillende praktijkvormen, maar groepspraktijken scoren iets beter dan duo- en solopraktijken (IGZ & NPCF 2008). Deze verschillen geven echter nog niet prijs welke condities nu daadwerkelijk van belang zijn voor de TBRO van huisartspraktijken. Dat geldt ook voor de grote verschillen die worden gevonden in de bereikbaarheid op verschillende momenten in de week. Zo wordt vaak gedacht dat de bereikbaarheid van praktijken op maandag(ochtend) het slechtst is, maar uit de IGZ onderzoeken blijkt juist dat dan de bereikbaarheid het best is. Mogelijk doordat praktijken rekening houden met extra drukte en daardoor meer personeel inzetten op deze dag, maar het kan ook aan andere factoren liggen (IGZ & NPCF 2008; IGZ 2011).

Eerder onderzoek toonde aan dat feedback invloed heeft op telefonische bereikbaarheid en dat het opstellen van een verbeterplan door de huisarts tot een verbetering leidt (Kirschner et al 2010). Een andere studie toonde aan dat een terugbelsysteem kan leiden tot een verlaging van de werkdruk en een verhoging van de telefonische bereikbaarheid (de Groot et al 2002). Verder wordt in de literatuur een aantal mogelijke determinanten van telefonische bereikbaarheid genoemd die niet empirisch getoetst zijn. Zo zouden oordelen van patiënten over telefonische bereikbaarheid van invloed kunnen zijn (Campbell et al 2013). Ook kan mogelijk de telefoondruk opgevangen worden door mogelijkheden als herhaalrecepten via mail, een receptenlijn, voorsorteermenu's, uitslagen via e-mail en een 'FAQ' sectie op de website van de huisarts (van den Bosch 2008). Aan de andere kant kan de telefonische bereikbaarheid verslechterd worden doordat de patiënten steeds aan de balie verschijnen en hierdoor de assistent bezet houden. Ook kan de gespreksduur verlengd zijn door de triage rol van de assistent (van den Bosch 2008; van Linschoten 2009).

1.2 Probleemstelling

We kunnen concluderen dat er de nodige metingen zijn gedaan van 'de' telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken in Nederland, maar dat definities van TBRO verschillen en dat over richtlijnen en normen verschillend wordt gedacht. De belangrijkste aanleiding voor dit onderzoek is echter dat de variatie in TBRO onderbelicht is gebleven en er weinig inzicht is in de determinanten van telefonische bereikbaarheid. Dit bemoeilijkt verdere discussies over haalbaarheid en wenselijkheid van telefonische bereikbaarheidsnormen in de huisartsenpraktijk. Het doel van dit onderzoek is dan ook om inzicht te krijgen in de oorzaken van praktijkvariatie in telefonische bereikbaarheid bij reguliere oproepen (TBRO), en empirisch te kunnen aantonen welke factoren hieraan positief dan wel negatief aan bijdragen. De vraagstellingen van dit onderzoek zijn:

- I. Wat is de variatie in TBRO binnen een gestratificeerde steekproef van huisartsenpraktijken, als we hiervoor verschillende definities toepassen?
- II. Wat zijn de belangrijkste determinanten van de variatie in TBRO blijkend uit kwantitatieve analyse, en uit kwalitatieve analyses als we de resultaten van het belonderzoek terugkoppelen met de betreffende praktijkhouders?
- III. Hoe ervaren praktijkhouders hun eigen TBRO, welke normen onderschrijven zij, en welke belemmeringen ervaren zij om normen te behalen?

- IV. Hoe wordt de telefonische bereikbaarheid met betrekking tot reguliere oproepen (TBRO) in verschillende sectoren en landen gedefinieerd en gemeten, en hoe verhoudt dat zich tot definities en meetmethoden die in de Nederlandse huisartsenpraktijk gebruikt kunnen worden?
- V. Hoe kunnen huisartsenpraktijken hun TBRO verbeteren gegeven de discussie over de wenselijkheid en haalbaarheid van bereikbaarheidsnormen voor de Nederlandse huisartsenpraktijk?

Het is belangrijk om te stellen dat dit onderzoek niet als doel heeft 'de' TBRO van huisartsen in Nederland te meten of te schatten. Het gaat juist om de variatie in de bereikbaarheid van praktijken, en waar deze mee samenhangt.

1.3 Onderzoeksopzet

Het onderzoek kent twee onderdelen gericht op de beantwoording van bovenstaande vraagstellingen.

1. Eerst is onderzocht hoe de TBRO in verschillende sectoren en landen gedefinieerd en gemeten wordt en welke normen er in de verschillende landen gehanteerd worden. Deze informatie is verzameld op basis van literatuur en ons internationale netwerk van experts. Op basis van dit vooronderzoek is bepaald welke condities van belang zijn om praktijkvariatie in TBRO mogelijk te verklaren. Dit is sturend geweest voor de werving van huisartspraktijken voor het belonderzoek en de nadere analyses.
2. Het hoofdonderzoek bestond uit het meten van de TBRO van huisartsenpraktijken door een variëteit van 100 praktijken elk vier maal te bellen. Op basis van deze gegevens is op praktijk- en belactieniveau nagegaan welke praktijkvariatie er bestaat, en hoe deze samenhangt met een aantal condities. Naar aanleiding van de resultaten zijn individuele spiegelrapporten gemaakt en zijn de praktijkhouders telefonisch, dan wel schriftelijk, geïnterviewd. Daarin is ook hun mening gevraagd naar normen voor telefonische bereikbaarheid.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de resultaten van het hoofdonderzoek. We gaan in op de gevonden praktijkvariatie volgens verschillende definities van TBRO en hoe deze samenhangen met condities die volgens de literatuur van belang zijn voor telefonische bereikbaarheid. In hoofdstuk 3 bespreken de haalbaarheid van de verschillende normen, volgens de huisartsenpraktijken. Hoofdstuk 4 bevat de conclusies van dit rapport met de aanbevelingen. De methodische verantwoording staat in bijlage 1. In bijlage 2 zijn de instructies gebruikt voor de gegevensverzameling terug te vinden.

2 Telefonische bereikbaarheid in praktijk; de invloed van definities en condities

2.1 Bereikbaarheid in dit onderzoek

In het voorjaar van 2016 zijn voor dit onderzoek 100 huisartsenpraktijken op vier momenten op vier verschillende dagen gebeld. Elke praktijk is gebeld tussen 8.00 en 9.00, tussen 10.00 en 12.00, tussen 12.30 en 13.30 en tussen 16.00 en 17.00. In de opzet van de gegevensverzameling is ervan uit gegaan dat veel patiënten bellen met het doel de assistent aan de lijn te krijgen. Daarom is elke belactie hierop gericht; bij een ingesprektoon of wanneer er niet werd opgenomen is er gedurende 10 minuten steeds opnieuw gebeld.

Een belactie kan verschillende stappen doorlopen. De beller kan de assistent direct aan de lijn krijgen, de beller kan eerst een bandje met een keuzemenu krijgen, of het kan zijn dat de beller meerdere belpogingen moet ondernemen omdat de lijn bezet is. Bijlage 3 geeft een uitgebreid stroomschema van mogelijke verlopen van een belactie. Binnen dit onderzoek worden drie situaties onderscheiden:

1. De assistent is bereikt wanneer de beller binnen 10 minuten door de assistent te woord is gestaan. Dit kan direct zijn, of na een keuze menu of na meerdere belpogingen wanneer er in eerste instantie niet wordt opgenomen.
2. De beller krijgt een bandje dat de beller informeert dat de assistent niet beschikbaar is, of de praktijk niet bereikbaar is op dit moment, en de specifieke tijd of dag wanneer praktijk wel telefonisch bereikbaar is.
3. De beller krijgt geen assistent binnen aan de lijn binnen 10 minuten, en krijgt geen informatie wanneer er wel gebeld kan worden.

Uit deze drie eindsituaties zijn vervolgens twee definities van telefonische bereikbaarheid (TBRO) afgeleid die in de verdere analyses centraal zullen staan:

- Nauwe definitie van TBRO: de praktijk is bereikbaar als de beller binnen 10 minuten een assistent aan de lijn krijgt;
- Brede definitie van TBRO: de praktijk is bereikbaar als de beller binnen 10 minuten een assistent aan de lijn krijgt óf als de beller een bandje heeft gekregen met informatie over wanneer de praktijk wel bereikbaar is.

Het belangrijkste verschil tussen de brede definitie en de nauwe is het al dan niet meenemen van informatie over de bereikbaarheid van de praktijk-assistent via een bandje wanneer de telefoon tijdens de gangbare praktijkopeningstijden niet wordt opgenomen. In de brede definitie wordt dit beschouwd als bereikbaar, omdat patiënten geïnformeerd worden wanneer een assistent wél bereikbaar is.

Alle deelnemende praktijkhouders hebben, nadat hun praktijken vier keer zijn gebeld, een individueel spiegelrapport toegestuurd gekregen per email of post. Daarna zijn een aantal aanvullende vragen geformuleerd die de praktijkhouders konden beantwoorden via een telefonisch interview of door het invullen van het vragenformulier. In totaal hebben 62

praktijkhouders aan dit onderdeel deelgenomen. We verwijzen naar Bijlage 1 voor meer informatie over de opzet en aanpak van deze studie, bijlage 4 voor een voorbeeld van een spiegelrapport en in bijlage 5 staat het vragenformulier m.b.t. het spiegelrapport.

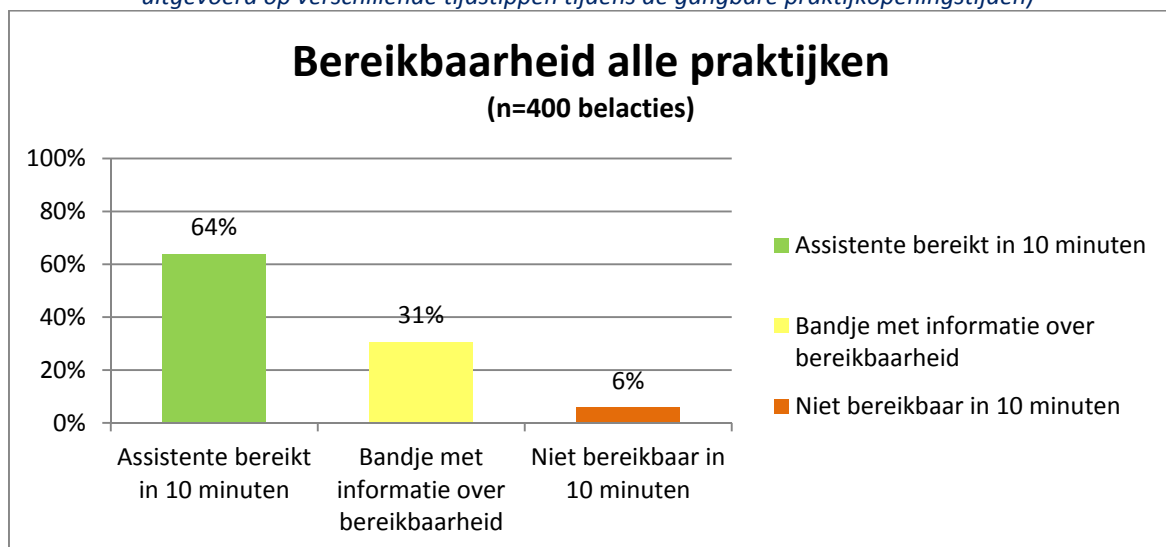
2.2 Bereikbaarheid volgens de twee definities

In deze paragraaf bespreken we de resultaten van dit onderzoek, steeds onderverdeeld in analyses op het niveau van de 400 gepleegde belacties en op het niveau van de 100 huisartspraktijken. We beschrijven de variatie in telefonisch bereikbaarheid, eerst voor de brede daarna voor de nauwe definitie van TBRO. Daar waar mogelijk is getoetst of gevonden verschillen statistisch significant zijn.

2.2.1 Bereikbaarheid volgens de brede definitie

Figuur 2.1 geeft de bereikbaarheid van de praktijken weer op het niveau van aantal belacties. Hanteren we de brede definitie van TBRO dan is deze 94% (64%+31%). In slechts 6% van de 400 belacties was de praktijk dus niet bereikbaar, dat wil zeggen dat niet binnen 10 minuten de assistent niet bereikt is of een bandje met bereikbaarheidstijden van de praktijk te horen was.

Figuur 2.1: Totaalresultaat: percentage belacties waarbij de praktijk telefonisch bereikbaar was, volgende nauwe definitie (groen), de brede definitie (groen en geel) van TBRO en wanneer de praktijk volgens geen van beide definities telefonisch bereikbaar was (N=400 belacties uitgevoerd op verschillende tijdstippen tijdens de gangbare praktijkopeningstijden)



De 13 belacties (6%) waarbij een praktijk niet bereikt kon worden volgens de brede definitie, zijn nader geanalyseerd. Deze acties kwamen voor onder 12 verschillende praktijken. In de meeste van deze gevallen werd een bandje afgepeeld waarin wel de reden van onbereikbaarheid werd vermeld, maar er werd geen alternatieve tijd/dag genoemd waarop de praktijk wel weer bereikbaar was. In veel gevallen was de reden dat de telefoon niet werd opgenomen door de assistent afwezigheid vanwege lunchpauze of andere werkzaamheden te doen.

In twee gevallen was de reden dat de huisarts afwezig was, waarbij wel verwezen werd naar waarnemende huisartsen, maar geen tijd of dag werd genoemd waarop de waarnemende praktijk bereikbaar was.

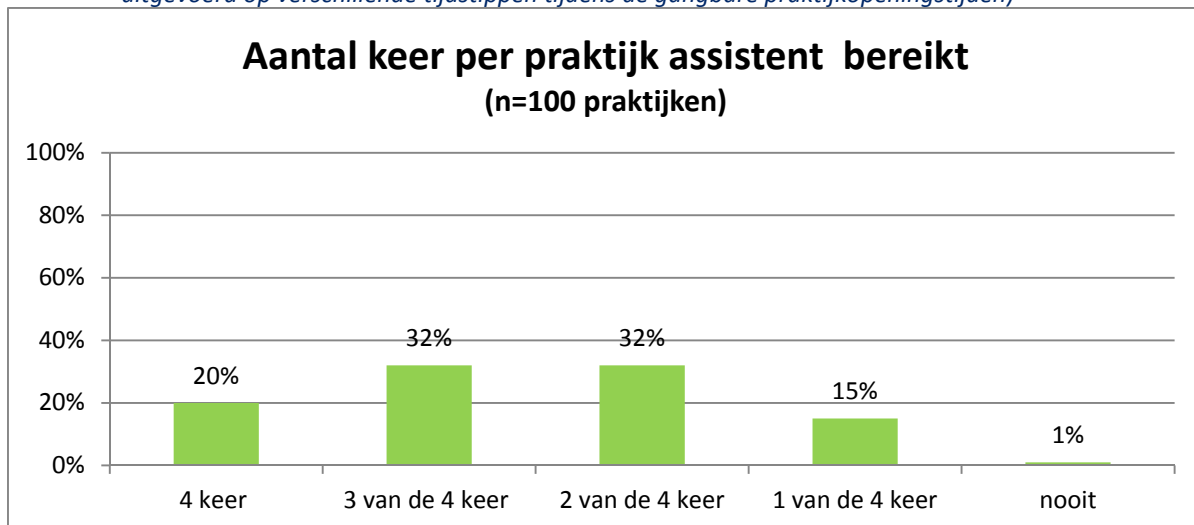
Wanneer we de brede definitie van TBRO toepassen op het niveau van de praktijken, dan zien we dat 81% volledig telefonisch bereikbaar was; bij alle de vier belpogingen werd binnen 10 minuten ofwel de assistent bereikt, of werd er informatie verstrekt over wanneer de praktijk wel weer bereikbaar is. Zestien van de 100 praktijken konden volgens deze definitie één van de vier keer niet bereikt worden, twee praktijken twee van de vier keer, en één praktijk werd drie van de vier keer niet bereikt. Deze laatste praktijk werkte met een terugbelsysteem. Aan het begin van het bandje werd aangegeven dat men een telefoonnummer door kon geven waarop terug gebeld kon worden, maar daarbij werd niet vermeld wanneer men teruggebeld zal worden. Deze belacties werden niet als bereikbaar gescoord omdat er geen informatie werd verstrekt over wanneer de assistent in de praktijk wel weer bereikbaar is of wanneer de beller teruggebeld zou worden.

2.2.2 Bereikbaarheid volgens de nauwe definitie

Hanteren we de nauwe definitie van TBRO dan blijkt op *het niveau van de 400 belacties* 64% telefonisch bereikbaar (zie ook Figuur 2.1). In 220 van 400 gevallen werd de assistent binnen 10 minuten bereikt. Van die 220 belacties wordt 72% bereikt binnen 2 minuten, 50% binnen 1 minuut.

Bekijken we de resultaten op praktijkniveau, dan zien we dat – indien we de nauwe definitie van TBRO hanterend – 20 van de 100 praktijken volledig telefonisch bereikbaar waren; dat wil zeggen bij alle vier de belacties werd de assistent binnen 10 minuten bereikt (zie figuur 2.2). Bij 32 van de 100 praktijken werd de assistent bij drie van de vier belacties binnen 10 minuten bereikt, bij nog eens 32 praktijken bij twee van de vier belacties, en bij 15 praktijken een van de vier keer. Bij één praktijk werd bij geen enkele belpoging de assistent bereikt. Bij deze praktijk stond bij drie belacties een bandje op waarop werd aangegeven dat de assistent alleen op andere momenten beschikbaar was (hetgeen volgens de brede definitie wel bereikbaar betekent), één keer ging de telefoon wel over en kregen we wachtinformatie, maar kregen we de assistent niet binnen 10 minuten aan de lijn. Voor de 15 praktijken die drie keer niet bereikbaar waren binnen de nauwe definitie komen vergelijkbare bevindingen naar voren, ook deze hadden in een aantal gevallen een bandje op staan.

Figuur 2.2 Deelresultaat: percentage praktijken naar aantal keer dat de assistent binnen 10 minuten werd bereikt, de nauwe definitie van TBRO (N=100 praktijken waarbij 400 belacties zijn uitgevoerd op verschillende tijdstippen tijdens de gangbare praktijkopeningstijden)



2.3 Toetsing: zijn er determinanten van telefonische bereikbaarheid?

Nu we hebben beschreven welke variatie er bestaat volgens de twee definities van TBRO voor alle 400 belacties en 100 alle deelnemende praktijken, presenteren we in deze paragraaf de resultaten of een aantal condities ook 'determinanten' zijn van telefonische bereikbaarheid.

We zijn voor deze analyses allereerst uitgegaan van de determinanten die in de bestaande literatuur werden genoemd (zie paragraaf 1.1.5). Daarnaast is gekeken naar de determinanten die genoemd zijn door de huisartsen uit onze interviews met 62 huisartsen met betrekking tot de spiegelrapportage.

We bespreken de samenhang tussen bereikbaarheid (ruime en nauwe definitie):

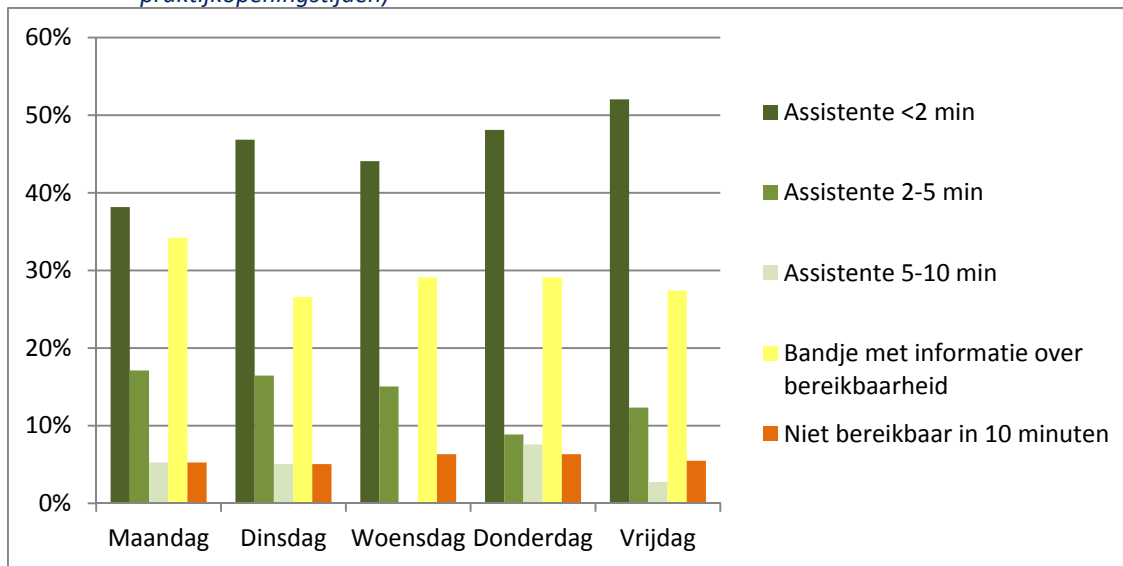
- De dag van de week waarop de belacties werden uitgevoerd;
- Het tijdstip van de dag waarop de belacties werden uitgevoerd;
- De patiëntenpopulatie van de huisartspraktijk;
- De organisatie van de huisartspraktijk;
- De urbanisatiegraad van de huisartspraktijk-vestiging.

De hoofdresultaten van deze analyses worden hieronder gepresenteerd, details van de statistische analyses zijn terug te vinden in bijlage 1.

2.3.1 De dag van de week

De bereikbaarheid van huisartsenpraktijken verschilt licht tussen de dagen van de week (zie figuur 2.3). Zoals kon worden verwacht, hebben op maandag en woensdag de praktijken iets vaker een bandje opstaan dan op dinsdag en vrijdag. We vinden echter geen significant verschil in de snelheid waarmee de assistent wordt bereikt tussen de dagen van de week, dit geldt zowel voor de nauwe als de ruime definitie.

Figuur 2.3: Type telefonische bereikbaarheid op verschillende dagen in de week (percentages op basis van de 400 belacties uitgevoerd op verschillende weekdays tijdens de gangbare praktijkopeningstijden)



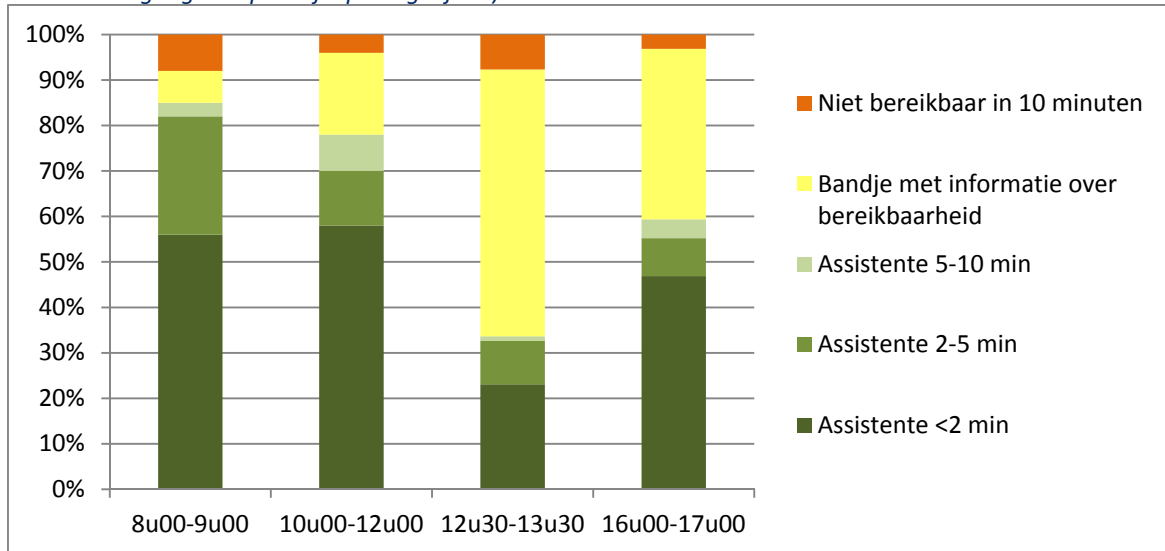
Kijken we naar de meningen van de praktijkhouders, dan wordt het onderwerp ‘spitsmoment’ veruit het meeste genoemd. Dit werd aangestipt door 30 van de 62 praktijkhouders. Hierin werd bijna altijd maandag als de meest drukke dag genoemd, en dan met name de ochtend (van 8:00-9:00). Daarnaast werd meermaals aangegeven dat de druk vaak hoger is na een aantal dagen van afwezigheid of vakantie.

2.3.2 Het tijdstip van de dag

Zoals ook kon worden verwacht troffen we van 12.30 tot 13.30 uur het vaakst een bandje aan, terwijl er van 8.00-9.00 en 10.00-12.00 uur het vaakst een assistent wordt bereikt (zie figuur 2.4). Van 8.00-9.00 uur kregen we vaker een assistent aan de lijn dan een bandje ten opzichte van alle andere tijdstippen. Tussen de middag (12.30-13.30) is dit juist andersom.

Wanneer we specifiek de telefoontjes van maandag van 8.00-9.00 bekijken, het moment dat als drukste moment van de week werd genoemd door de praktijkhouders, zien we de volgende verdeling: in 43% van de gevallen werd er binnen 2 minuten opgenomen, in 39% tussen de 2 en 5 minuten, 9% tussen de 5 en 10 minuten en bij nog eens 9% werd er niet binnen 10 minuten opgenomen. Bij geen enkele beleping op de vroege maandagochtend, kregen wij een bandje.

Figuur 2.4: Type telefonisch bereikbaarheid van huisartsenpraktijken op verschillende tijdstippen (percentages op basis van de 400 belacties uitgevoerd op verschillende tijdstippen tijdens de gangbare praktijkopeningstijden)



In de contacten met de praktijkhouders n.a.v. de spiegelrapportage werd vaak aangegeven dat in de ochtend er veelal een piek voorkomt en in de middag niet. Zoals besproken is het meest genoemde piekmoment de maandagochtend van 8.00-9.00. Toch zijn de praktijken op dit moment niet het minst bereikbaar. De geïnterviewde praktijkhouders geven aan dat zij rekening houden met de inzet van het personeel en het verwachte aantal telefoontjes op dit moment van de week. Dit lijkt de verklaring waarom het piekmoment de vroege maandagochtend, er niet uitkomt als minst bereikbaar. Voor het aanzetten van een bandje op de verschillende momenten werden in de interviews als redenen genoemd: vakantie, lunchpauze, teambuilding, werkoverleg en andere werkzaamheden van de assistent. Een aantal praktijkhouders gaf aan in de afgelopen jaren maatregelen te hebben genomen zodat er geen momenten meer zijn waarop het bandje tijdens de gangbare praktijken ingeschakeld wordt.

2.3.3 Kenmerken van patiëntenpopulatie van de huisartspraktijk

De omvang van de patiëntenpopulatie van de 62 praktijken die aan het interview hebben deelgenomen is gemiddeld 2.271 patiënten per FTE huisarts (minimum 1.240 tot maximum 4.650 patiënten per FTE huisarts). We vinden geen significante verband tussen praktijkomvang en de snelheid waarmee wordt opgenomen. Ook wordt de assistent niet vaker bereikt in kleinere of grotere praktijken of hangt praktijkomvang samen met de kans op het krijgen van een bandje.

Uit de interviews kwam naar voren dat praktijkhouders het idee hadden dat naast de omvang ook de samenstelling van hun patiëntenpopulatie van invloed is op hun telefonische bereikbaarheid. Zo gaven een aantal praktijkhouders aan dat de gemiddelde duur van de gesprekken in hun praktijk werd beïnvloed door taalbarrières van hun patiënten of door hun lage gezondheidsvaardigheden. Deze factoren zijn van invloed op de gemiddelde duur van de gesprekken, zeker wanneer de triagevragen moeilijk begrepen worden. Ook kan het zijn dat gesprekken langer duren doordat

individuele patiënten gemiddeld een langer verhaal hebben. Dit kan vervolgens van invloed zijn op de snelheid waarmee een assistent wordt bereikt. In dit verband werd ook nog genoemd dat bij een oudere patiëntenpopulatie de zorgvraag hoger ligt en er ook meer telefoontjes per patiënt worden gepleegd. Een aantal praktijkhouders gaf aan dat het aantal kwetsbare ouderen binnen de praktijk zodanig is toegenomen dat hierdoor het aantal telefoontjes fors is gestegen terwijl de bezetting van het personeel niet is uitgebreid.

2.3.4 Organisatiekenmerken van de huisartspraktijk

De assistent

Een voor de hand liggende verwachting is dat een hoger aantal FTE assistentes per FTE huisartsen in de praktijk leidt tot een betere telefonische bereikbaarheid. Dit zien we niet terug in de gevoerde 400 belacties. Een mogelijke verklaring hiervoor kan liggen in de andere taken die assistentes hebben; in de praktijken waar meer FTE assistentes per huisarts aanwezig zijn, voeren deze assistentes ook meer andere taken uit, waardoor de telefonische bereikbaarheid niet automatisch beter is dan in praktijk met minder FTE assistentes per huisarts.

Dit is ook in lijn met de bevindingen uit onze interviews met praktijkhouders. Een factor die veelvuldig wordt genoemd zijn de extra taken die assistentes in steeds grotere mate vervullen naast het beantwoorden van de telefoon. Hierbij kan gedacht worden aan bloeddruk meten, oren uitspuiten, hechtingen verwijderen en veel mensen met kleine dingen die de assistent direct ziet (een verstuipte voet, een ongelukje op het schoolplein, etc.). Uit de interviews wordt naast het aantal FTEs assistentes ook de inzet van ander personeel genoemd als factor die van invloed is op telefonische bereikbaarheid. Het gaat dan om personeel die weer taken van de assistent uit handen nemen, bijvoorbeeld een administratief medewerker, apothekersassistent of de inzet van een POH of praktijkmanager.

De praktijkhouders gaven aan dat de inzet van voldoende assistentes essentieel is voor een goede bereikbaarheid. Een aantal praktijkhouders overweegt extra financiële middelen hiervoor beschikbaar te maken of is van plan assistentes te laten trainen. Zij geven daarbij wel aan dat het budget dat beschikbaar wordt gesteld voor ondersteunend personeel beperkt is. Dit betreft training om afhandeling van gesprekken te versnellen en triagecursussen voor assistentes. Hierbij geldt de kanttekening dat door uitgebreidere triage de gesprekken juist ook langer kunnen worden, maar ook dat de kwaliteit van de gesprekken verhoogd wordt. Dit laatste wordt als het belangrijkste ervaren.

Ook constateert een aantal praktijkhouders dat het aantal uren per dag dat de assistent feitelijk beschikbaar is van invloed is op de telefonische bereikbaarheid van de praktijk. Dit kan leiden tot een vicieuze cirkel. Zoals aangegeven door een van de huisartsen: *'Ook heb ik bij collega's gezien dat wanneer zij slechter bereikbaar zijn, patiënten langs komen om e.e.a. te bespreken, waardoor de assistent haar tijd moet verdelen tussen de telefoon en de balie'*. Tot slot geven huisartsen aan dat beperkte beschikbaarheid mogelijk niet alleen leidt tot een hogere druk tijdens kantooruren, maar ook erna. Dit betekent dus dat huisartsenposten in zulke gevallen extra vragen moeten opvangen.

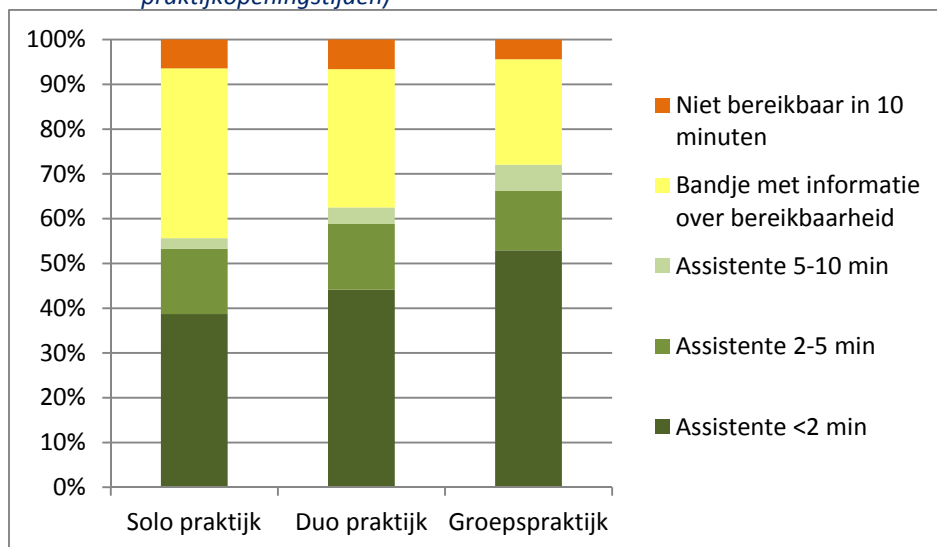
Naast de kwantiteit, geven huisartsen ook aan dat de ervaring en kwaliteit van de assistentes van belang is. Zo kan het zijn dat de gemiddelde gespreksduur nog wat langer is wanneer de assistent

nog weinig ervaren is. In het algemeen geven praktijkhouders aan dat goed personeel zorg kan dragen voor een snelle afhandeling van de gesprekken.

Praktijkvorm

Maakt de praktijkvorm verschil voor de telefonische bereikbaarheid? Figuur 2.5 laat zien dat die verschillen meevallen. Bij groepspraktijken kregen we wel vaker de assistent binnen 10 minuten aan de lijn dan een bandje met informatie over bereikbaarheid, ten opzichte van solopraktijken. Er is echter geen verschil in de snelheid waarmee wordt opgenomen tussen de verschillende praktijkvormen. Uit onze aanvullende interviews gaven met name de solopraktijkhouders aan dat het voor hen moeilijk was voldoende assistentes in te zetten op alle momenten, en zij daarom vaker een bandje (moeten) gebruiken.

Figuur 2.5: Type telefonische bereikbaarheid voor verschillende praktijkvormen (percentages op basis van de 400 belacties uitgevoerd op verschillende tijdstippen tijdens de gangbare praktijkopeningstijden)



Telefoonsystemen en technische ondersteuning

Uit de interviews is gebleken dat er veel variatie is in de gebruikte telefoonsystemen tussen de praktijken. Het meeste genoemde systeem is Voice Over Internet Protocol (VOIP); 33 van de 62 geïnterviewde praktijkhouders gaf aan dit systeem in gebruik te hebben ofwel binnenkort in gebruik te gaan nemen. De overige praktijkhouders noemden andere systemen, maar ook waren er die niet wisten welk systeem men gebruikte. De meest genoemde aanbieder is Advitronics (door 21 van de 63 huisartsen). Door de grote variatie en ontbreken van een systeem bij een aantal praktijken, kon deze informatie niet aan de TBRO gekoppeld worden.

Een aantal van de geïnterviewde huisartsen gaf aan in de afgelopen jaren te hebben geïnvesteerd in een nieuw telefoonsysteem. Voordelen die hierbij genoemd worden zijn, bijvoorbeeld dat het nummer van de beller op het display wordt weergegeven, dat meerdere lijnen ingesteld kunnen worden om verschillende oproepen af te wikkelen, en de drukte op de lijnen te monitoren. Opvallend en relevant is dat een groot deel van de huisartsen zich er niet van bewust van is dat hun leverancier kan adviseren over het verbeteren van hun telefonische bereikbaarheid.

In de interviews wordt door een aantal praktijkhouders genoemd dat zij verwachten dat (technische) middelen een positieve invloed kunnen hebben op de telefonische bereikbaarheid. Het gaat hierbij dan om een goede telefooncentrale, voldoende lijnen en adequate apparatuur. Ter illustratie vertelt één van de praktijkhouders: *'Ik kan mijn telefooncentrale uitlezen en maak dagrapporten op om de knelpunten te registreren en zo mogelijk te verbeteren'*. Hierbij wordt het personeel van de praktijk dus door het gebruik van adequate middelen ondersteund in de verbetering van de telefonische bereikbaarheid.

Naast de telefooncentrale is onder de deelnemende praktijken ook nagegaan welke andere technisch middelen zij inzetten voor hun (telefonische) bereikbaarheid. Van de 100 praktijkwebsites is bij 27 van de praktijken (27%) op de websites een mogelijkheid terug te vinden voor het maken van online afspraken. Het meest gebruikte website format is van "praktijkinfo" (45%).

Uit de interviews blijkt verder dat veel huisartsen het idee hebben dat het gebruik van een receptenlijn, een aparte lijn voor intercollegiaal overleg, het aanbieden van online mogelijkheden en een terugbeloptie de druk op de telefoon terugdringen. Een merendeel geeft aan deze mogelijkheden aan te bieden, of van plan te zijn dit aan te gaan bieden. Ook denken verschillende praktijkhouders dat hun patiënten hun praktijk goed weten te vinden via online contactmogelijkheden.

2.3.5 De urbanisatiegraad van huisartspraktijk-vestiging

In tegenstelling tot wat kon worden verwacht zijn er geen verschillen tussen praktijken in een meer of minder stedelijke omgeving wat betreft hun telefonische bereikbaarheid volgens de brede definitie. Dat blijkt uit analyse van de 400 belacties waarbij we rekening hebben gehouden dat deze geclusterd zijn binnen de 100 gebelde praktijken. Binnen de nauwe definitie is er echter wel een verschil, de assistent wordt namelijk significant vaker binnen een minuut bereikt in praktijken die in een meer stedelijke omgeving gevestigd zijn.

2.3.6 Wat huisartsen ervaren als determinanten van TBRO

Uit de interviews met de praktijkhouders kwamen vooral determinanten naar voren die betrekking hebben om de veranderende omgeving waar huisartspraktijken mee te maken hebben. Voor een deel zijn deze al genoemd. Andere factoren die mogelijk samenhangen met de TBRO is dat praktijkhouders het idee hebben dat in de afgelopen jaren er een snelle toename is geweest van het aantal telefoontjes dat zij krijgen. Naast leeftijd en complexiteit van de zorgvraag spelen volgens de praktijkhouders verwachtingen van patiënten ook een rol: *'Drukke aan de telefoon neemt steeds toe door verschillende factoren zoals verminderde zelfredzaamheid van de patiënt... Patiënten verwachten meer dan voorheen. Patiënten zijn mondiger geworden, nemen minder makkelijk aan wat verteld wordt en gaan zelf op onderzoek uit (bijvoorbeeld via internet) en willen verworven info ook toetsen'*.

Ten tweede zien veel praktijkhouders de toegenomen zorgvraag als oorzaak van een hogere druk op de telefoonlijn en de praktijk. Ook ontstaat volgens hen een steeds hogere druk op de huisartsenpraktijk door veranderingen in het zorgstelsel. Het gaat hierbij om verschuivingen van zorg van de tweede naar de eerste lijn en verschuivingen vanuit de GGZ naar de huisartsenpraktijk.

Eén van de huisartsen geeft aan: *‘Mensen weten niet meer waar zij met hun sociaal maatschappelijke vragen terecht kunnen. Zelfs organisaties (gemeenten) verwijzen naar de huisarts voor zeer oneigenlijke vragen, bijvoorbeeld wat betreft huisvesting.’* Ook de decentralisatie van verantwoordelijkheden naar de gemeente werd genoemd als ontwikkeling die van invloed is op de huisartsenpraktijk en daarmee de telefonische bereikbaarheid.

2.4 Nota bene

De in dit hoofdstuk beschreven resultaten zijn verkregen door verschillende groepen praktijken te benaderen zodat naar een aantal achtergrondkenmerken (omvang, locatie en relatieve doktersassistentie) er sprake is van variatie. De 100 praktijken die hebben meegedaan met het onderzoek hebben dat wel op eigen aanmelding en vrijwillige basis gedaan. Daardoor kan er toch sprake zijn van ‘selectie-bias’, doordat bovengemiddelde praktijken hebben meegedaan die veel waarde hechten aan een goede TBRO. Sommige praktijken tonen aan dat zij hun TBRO goed op orde hebben of dat net hebben gebracht. Maar ook waren er praktijkhouders die aangaven mee te doen omdat ze bezig zijn de TBRO te verbeteren, of omdat ze van plan zijn hierin te gaan investeren. De samenstelling van de deelnemende praktijken is dus gevarieerd, maar of hiermee de volledige bandbreedte aan praktijkvariatie in TBRO is gedekt kan op basis van dit onderzoek niet aangegeven worden.

3 Normen voor telefonische bereikbaarheid

3.1 Definities van telefonische bereikbaarheid

Zoals we in hoofdstuk 1 aangaven is er een beperkt aantal studies waarin systematisch en empirisch onderzoek is gedaan naar de telefonische bereikbaarheid bij reguliere oproepen van zorginstellingen. In de literatuur treffen we twee studies uit Engeland over huisartsenpraktijken aan, vijf Nederlandse studies over huisartsenpraktijken en een Amerikaanse studie binnen tandartsenpraktijken. Hieruit zou afgeleid kunnen worden dat het onderwerp “telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken” niet heel breed leeft.

Tabel 3.1 laat zien dat telefonische bereikbaarheid in geselecteerde studies op verschillende manier wordt gemeten. In de meeste studies wordt de praktijk als *bereikbaar* bestempeld als de telefoon wordt opgenomen. In drie eerdere Nederlandse studies is de praktijk als *onbereikbaar* bestempeld wanneer niet binnen 10 minuten de telefoon werd opgenomen. In een Engelse studie betrof dit slechts twee minuten of vijf keer bellen.

Tabel 3.1: Meting van telefonische bereikbaarheid in eerdere studies

Bron	Hoe is de telefonische bereikbaarheid bij reguliere oproepen gemeten?
Nederland	
(Kirschner et al., 2010)	De service was <i>toegankelijk</i> als de telefoon werd opgenomen en de patiënt werd gevraagd aan de lijn te blijven. Als de telefoon bezet was of niet werd beantwoord, werd het nummer nog 3 maal gebeld. De huisartsenpraktijk is <i>niet bereikbaar</i> is als binnen 10 minuten de telefoon niet werd opgenomen.
(de Groot et al., 2002)	Men keek hoe vaak de reguliere telefoonlijnen bezet waren tussen 1 en 2 uur ‘s middags (gedurende een week).
(IGZ and NPCF, 2008, IGZ, 2011)	Een huisartsenpraktijk is niet bereikbaar is als binnen 10 minuten de telefoon niet wordt opgenomen. Er zijn 2 criteria: 1. Lukt het binnen 10 minuten een persoon aan de lijn te krijgen? 2. Naast criterium 1 is nog het contact met een antwoordapparaat met vermelding van een telefoonnummer meegeteld. Ook is gekeken naar het aantal contactpogingen.
(Crielaard and Barenbrug, 2015)	Als men een antwoordapparaat kreeg, werd de praktijk bestempeld als <i>onbereikbaar</i> .
Engeland	
(Campbell et al., 2013)	De tijd tussen het eind van het bellen tot het punt wanneer het telefoontje werd beantwoord (automatisch of persoonlijk).
(Salisbury et al., 2007)	De praktijk werd bestempeld als <i>onbereikbaar</i> wanneer men na 5 keer bellen binnen een bepaald tijdslot werd doorverwezen naar een antwoordapparaat of als er niet binnen 2 minuten werd opgenomen.

3.2 Bestaande normen

Een tweede vraag van onze literatuurstudie is de definitie van TBRO. In de verschillende onderzoeken worden verschillende afkapwaarden gehanteerd. In onderzoek uitgevoerd door de IGZ en NPCF wordt de zogenaamde twee-minuten- norm gehanteerd (IGZ & NPCF, 2008). Een andere studie uit Nederland geeft aan dat toegankelijkheid voor reguliere oproepen goed is als er

persoonlijk contact is binnen 60 seconden of als het antwoordapparaat een alternatief telefoonnummer geeft binnen 60 seconden (Kirschner et al., 2010). Daarnaast is er de eerder genoemde LHV-richtlijnen die een minimale bereikbaarheid van 6 uur per dag hanteert. Zorgconsumenten willen vaak (56%) binnen één minuut te woord gestaan worden, en slechts 11% vindt een wachttijd langer dan twee minuten acceptabel (Brabers and Reitsma-van Rooijen, 2011).

In de (grijze) literatuur hebben we slechts beperkte informatie over normen voor telefonische bereikbaarheid van huisartspraktijken in andere landen gevonden. We hebben alleen naar landen gekeken waar de huisarts een poortwachtersfunctie heeft, net zoals in Nederland. De resultaten staan in tabel 3.2.

Tabel 3.2: Bevindingen over richtlijnen in andere landen met een poortwachterssysteem

Land	Normen	Toelichting
Landen waar wel normen zijn rondom TBRO zijn geformuleerd		
Noorwegen	Ja	In 2013 werden nieuwe regels voor de huisartsen afgegeven. De regels stellen dat onder “normale omstandigheden”, 80 % van de telefoontjes beantwoord moet worden binnen 2 minuten. Lokale autoriteiten hebben de verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat er voldoende huisartsen in de regio zijn.
Spanje	Ja	Er bestaan hier normen voor. Dit verschilt tussen provincies en ook zorgaanbieders. Gedetailleerde informatie is echter niet bekend.
Finland	Ja, niet zeer strikt	In 2004 is er een verdrag over garantie tot zorg bepaald. Hierin staat dat dat mensen onmiddellijk telefonisch contact met hun lokale gezondheidscentrum moeten kunnen krijgen. Onmiddellijk wordt in de praktijk gespecificeerd tot 5 minuten. Dit blijkt in praktijk moeilijk haalbaar.
Landen waar geen normen zijn rondom TBRO zijn geformuleerd		
Denemarken	Nee	-
Estland	Nee	Er zijn alleen richtlijnen voor telefonische consulten.
Ierland	Nee	-
Italië	Nee	Wel moet de praktijk een bepaald aantal uur per dag bereikbaar zijn. Sommige huisartsen in Italië hebben geen assistent, maar nemen zelf op.
Portugal	Nee	Er zijn geen nationale of regionale normen. Sommige huisartsenpraktijken hebben intern regels opgesteld.
Slovenië	Nee	De inspectie verwacht hier wel dat de assistent terugbelt bij een gemiste oproep, maar zelfs hier kan men zich niet aanhouden, omdat de assistent te druk is.
Engeland	Nee	In Engeland/ het VK is dit momenteel geen groot issue. Men heeft hier een groter probleem met de wachttijden en met het inboeken van afspraken.
Australië	Nee	Er zijn alleen richtlijnen voor telefonische consulten.
Nieuw Zeeland	Nee	Er zijn normen voor de “National Telehealth Service”, maar die zijn niet van toepassing op huisartsen.

Ook hebben we voor drie andere zorgsectoren binnen Nederland gezocht naar normen die zijn opgesteld over de telefonische bereikbaarheid bij reguliere oproepen: voor tandartsen, internisten en fysiotherapie. Binnen deze sectoren zijn geen specifieke normen opgesteld voor reguliere zorg.

Wel zijn er richtlijnen voor internisten en tandartsen die zich vooral richten op de spoedzorg (zie tabel 3.3).

Tabel 3.3: Bevindingen over gebruik van normen voor telefonische bereikbaarheid in andere zorgsectoren

Sector (informant)	Normen	Toelichting
Tandartsen (KNMT)	Nee	Er zijn geen richtlijnen of normen voor de telefonische bereikbaarheid. Er zijn wel richtlijnen dat men informatie moet geven buiten kantoor tijden over waar spoedzorg gekregen kan worden. Hier staat in dat de dienstdoende arts telefonisch bereikbaar moet zijn (zonder specificering).
Internisten (NIV)	Nee	Richtlijnen: “De vakgroep heeft schriftelijke afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid van de dienstdoende internist. Voor betrokkenen in het ziekenhuis is bekend wie de dienstdoende internist is tijdens de dag-, nacht en weekenddienst en hoe deze bereikt kan worden.”
Fysiotherapie (KNGF)	Nee	Bij fysiotherapiepraktijken betekent bereikbaarheid een service aan klanten/burgers/patiënten. Er is vaak geen medische noodzaak om snel de telefoon aan te nemen (zoals bij de huisartsen via de spoedlijn of de reguliere lijn).

3.3 Wat vinden huisartsen van TBRO-normen?

3.3.1 Normen in het algemeen

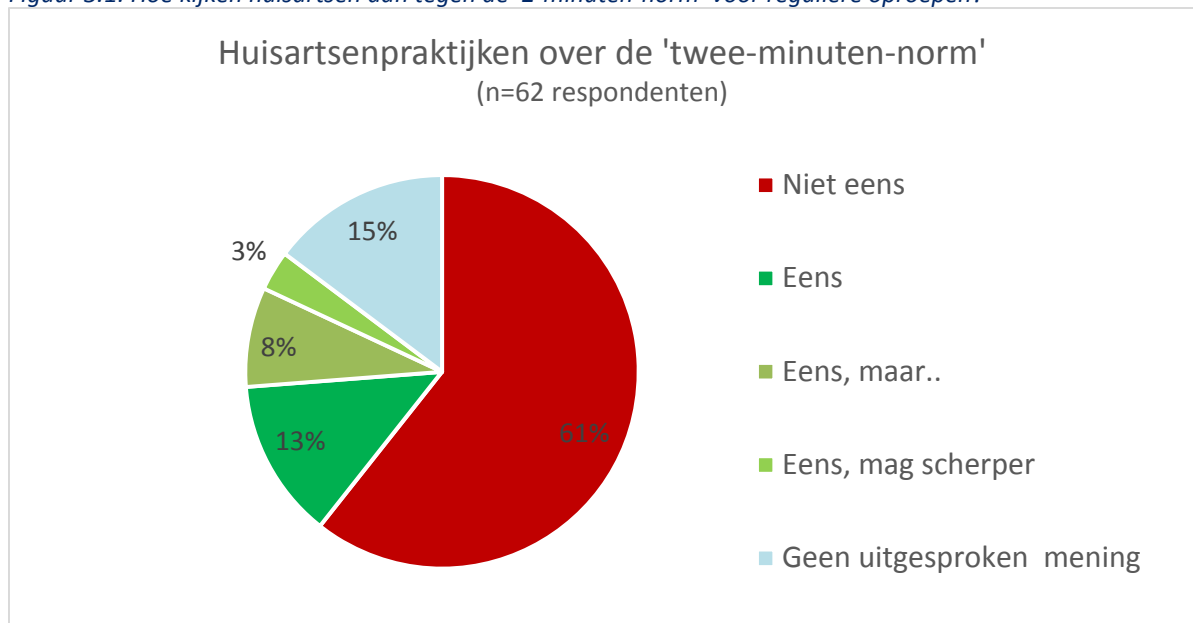
Uit de interviews onder praktijkhouders volgt dat het merendeel van de huisartsen (56%, n=35) aangeeft dat normen voor telefonische bereikbaarheid bij reguliere oproepen zinvol kunnen zijn. Er wordt aangegeven dat normen de kwaliteit en gastvrijheid naar patiënten kunnen verbeteren. Zeker wanneer er slecht wordt gescoord door praktijken zou het zinvol kunnen zijn om normen te stellen. Ook vinden een aantal van de huisartsen het zinvol om een richtlijn of leidraad te hebben. Vijf huisartsen (8%) vinden normen in het algemeen zinvol, maar dan moet de financiering ook aansluiten bij de gestelde normen, zodat zij voldoende personeel kunnen inzetten. Een van de huisartsen geeft bijvoorbeeld aan dat per FTE huisarts 0,76 FTE assistent gefinancierd wordt, wat te laag zou zijn voor het behalen van bepaalde normen. Van de huisartsen is 29% (n=18) er niet van overtuigd dat normen telefonische bereikbaarheid kunnen verbeteren. Genoemde redenen zijn dat er niet te veel nadruk op het proces moet komen, de normen te scherp of niet haalbaar zouden worden, er te weinig ruimte is voor nuances (bijvoorbeeld door de piekmomenten), dat de prioriteiten moeten liggen bij de kwaliteit en triage en dat het indruist tegen het ondernemerschap. Ten slotte hebben 4 huisartsen (6%) geen duidelijke mening over of het gebruik van normen voor telefonische bereikbaarheid bij reguliere oproepen zinvol kan zijn. Net als bij de informatie over de variatie tussen praktijken, dient in acht genomen te worden dat wij te maken hebben met een selectie van huisartsen.

3.3.2 De ‘twee-minuten-norm’

Uit de interviews onder praktijkhouders blijkt dat er verdeeldheid bestaat over hoe de artsen tegen deze specifieke norm (twee-minuten-norm) aankijken (zie figuur 3.1). Van de huisartsen geeft het merendeel (61%, n=38) aan dat zij niet achter deze norm staan. Een reden wordt genoemd dat het

budget voor inzet van assistentes niet voldoende is om deze norm te kunnen realiseren. Hiermee is overigens niet gezegd dat deze huisartsen ook daadwerkelijk vinden dat deze financiering er moet komen om zo deze norm te kunnen behalen. Ook geven respondenten aan dat het voor hen, met name op de piekmomenten, gewoonweg niet haalbaar is, ondanks vele inspanningen. Daarnaast komt de norm volgens huisartsen niet voort vanuit het medisch nut en is het niet gebaseerd op verbetering van de kwaliteit van zorg. Ook geven huisartsen aan dat sommige gesprekken niet altijd binnen twee minuten af te handelen zijn. Dan zou voor praktijken die op bepaalde momenten maar een assistent in kunnen zetten de norm per definitie niet haalbaar zijn. Ten slotte, wordt gezegd dat het voornamelijk belangrijk is dat er een goed functionerend spoednummer is. Vijftien huisartsen (24%) geven aan dat zij het wel met de twee-minuten-norm eens zijn. Een genoemde reden om de norm over te nemen, is dat huisartsen denken dat het haalbaar is gezien de eigen resultaten. Wel geven ook vijf van hen aan dat die norm niet altijd haalbaar is, bijvoorbeeld niet bij extra drukte, onvoorziene situaties of ziekte van de assistentes. Twee van hen vinden dat de norm zelfs nog wel wat scherper mag. Daarnaast geeft een van de respondenten aan dat de norm niet vanuit de IGZ moet komen, maar vanuit de druk van de patiënten. Ten slotte hebben 9 respondenten (15%) van de huisartsen geen sterk uitgesproken mening over de norm. Vijf van hen zien het wel als een mooi streepunt.

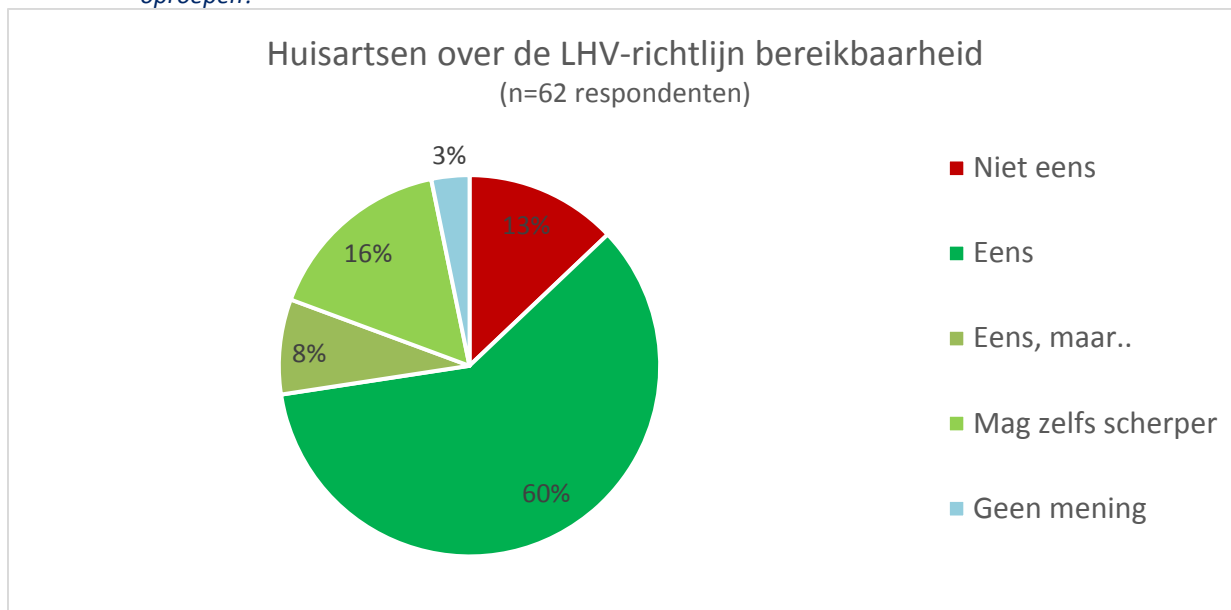
Figuur 3.1: Hoe kijken huisartsen aan tegen de '2-minuten-norm' voor reguliere oproepen?



3.3.3 Richtlijnen van de LHV

De LHV heeft zoals eerder beschreven eigen richtlijnen opgesteld over de telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken. Volgens de richtlijnen van de LHV moeten praktijken 6 uur per dag telefonisch bereikbaar zijn voor patiënten, moeten deze te woord gestaan worden door medisch deskundig personeel en behoort de patiënt voldoende geïnformeerd te zijn over de bereikbaarheid. Zoals te zien in figuur 3.2, kan het merendeel van de huisartsen zich vinden in de LHV richtlijnen (84%, n=52).

Figuur 3.2: Hoe kijken huisartsen aan tegen de LHV-richtlijnen voor bereikbaarheid tijdens reguliere oproepen?



Veel artsen zijn het wel met de richtlijnen eens, bijvoorbeeld omdat het goed is dat een patiënt niet te veel een antwoordapparaat krijgt. Een goede bereikbaarheid tijdens kantooruren zou bovendien de vraag die binnenkomt bij de huisartsenposten kunnen verminderen. Vijf van hen hebben wel wat bedenkingen bij de richtlijn; zo vinden zij dat het lastig haalbaar kan zijn bijvoorbeeld voor een solopraktijk of omdat het personeel ook veel andere administratieve lasten heeft. Ook geeft een van hen aan dat er wel rekening moet worden gehouden met de casemix of caseload van de praktijken. Tien van de huisartsen (16%) die het met de richtlijnen eens zijn, vinden zes uur zelfs mager en vinden dat praktijken tijdens kantooruren eigenlijk continu bereikbaar moeten zijn. Ook zou de zorgverzekeraar een rol kunnen spelen in het stellen van de normen. Acht huisartsen (13%) zijn het niet eens met de LHV-richtlijnen. Reden om het hier niet eens te zijn is dat 6 uur bereikbaarheid per dag te veel is. Twee van de huisartsen geven aan dat zes uur bereikbaar per dag niet nodig is als de spoed goed is geregeld en de patiënten hun vragen binnen een reële tijd beantwoord krijgen.

4 Conclusies en aanbevelingen

In dit rapport beschrijven we de resultaten van een onderzoek naar telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken voor reguliere oproepen (TBRO) en bespreken we hoe praktijkhouders in Nederland tegen bestaande normen en richtlijnen aankijken. In dit hoofdstuk gaan we in op de laatste vraag van het onderzoek: 'Welke aanbevelingen kunnen geformuleerd worden voor het ondersteunen van huisartsenpraktijken in het verbeteren van hun TBRO, en hoe kan dit bijdragen aan de discussie over de wenselijkheid en haalbaarheid van bereikbaarheidsnormen voor de Nederlandse huisartsenpraktijk?'

Informatie op het bandje kan worden verbeterd

Bij 6% van de belacties kregen een bandje te horen waarop geen informatie werd gegeven wanneer de praktijk wel bereikbaar was. We kregen slechts te horen dat de praktijk op het belmoment moment gesloten was. Het is een klein aantal gevallen, maar wel eenvoudig te realiseren verbeterpunt. Heldere en actuele bereikbaarheidsinformatie is door praktijken vrij eenvoudig toe te voegen aan hun bandje. Indien alle praktijken dit zouden doen, stijgt de TBRO volgens de brede definitie naar 100%.

Moet de assistent altijd de telefoon beantwoorden?

We vinden nauwelijks verschillen in TBRO tussen de dagen van de week, het tijdstip waarop er gebeld is, naar praktijkvorm of omvang van de praktijkpopulatie. Praktijkhouders geven aan dat zij zich bewust zijn van deze piekmomenten en dat zij in hun planning rekening houden met de inzet van voldoende personeel op deze momenten. Echter, assistentes hebben ook andere taken naast het opnemen van de telefoon, wat kan verklaren waarom we geen directe relatie konden vinden tussen het aantal FTE assistentes per praktijk en de TBRO. Om uit te vinden wat een ideale verhouding is tussen het aantal FTE assistentes dat beschikbaar is om de telefoon te beantwoorden (en daarmee een optimale bereikbaarheid), moet eerst de discussie gevoerd worden wat we verwachten van bereikbaarheid en wat dit mag kosten. Moet de assistent tussen 8.00 en 17.00 uur altijd de telefoon beantwoorden of kan op sommige momenten volstaan worden met een bandje waarop wordt aangegeven wanneer de praktijk wel bereikbaar is voor niet-spoed oproepen? Immers, het investeren in meer capaciteit in assistentes om de telefoon te beantwoorden gaat mogelijk ten koste van het budget voor reguliere zorg. Als dit duidelijk is geworden, kan de meest optimale tijdsverdeling tussen verschillende taken van de assistent bepaald worden, binnen het vastgestelde budget.

Moet de assistent altijd binnen twee minuten de telefoon beantwoorden?

De discussie rondom piekmomenten en voldoende personeel komt ook naar voren wanneer we de praktijkhouders spreken over de maximale tijdsduur waarbinnen een assistent moet opnemen, zoals bijvoorbeeld de zogenaamde 'twee-minuten-norm'. Van de praktijkhouders gaf 61% aan zich niet te kunnen vinden in deze norm. Zij geven aan dat het voor hen, met name op de piekmomenten, gewoonweg niet haalbaar is om altijd binnen twee minuten bereikbaar te zijn en ook hier speelt het beschikbare budget, volgens een aantal praktijkhouders, een grote rol. Hiermee is overigens niet gezegd dat deze huisartsen ook daadwerkelijk vinden dat deze financiering er

moet komen om zo deze norm te kunnen behalen. Kleine praktijken gaven ook nog aan dat (snelle) toegang tot de assistent ook moeilijk te garanderen is indien er onverwachte situaties ontstaan.

Verwachtingen van patiënten ten aanzien van TBRsO

Een aantal praktijkhouders gaf tijdens de interviews aan dat ze het idee hebben dat de verwachtingen van patiënten erg hoog zijn ten aanzien van TBRO en dat zij makkelijker dan vroeger de telefoon oppakken om een vraag te stellen. Sommige praktijkhouders denken dat patiënten dit soms zelfs te makkelijk doen. Praktijken kunnen dit mogelijk beïnvloeden door te werken aan verwachtingenmanagement. Praktijken kunnen bijvoorbeeld tijdsblokken reserveren waarop de assistent goed bereikbaar is, dit duidelijk naar de patiënten communiceren, en ze te vragen hun vragen te reserveren tot deze tijdsblokken. Hierbij moet het wel duidelijk zijn en blijven dat patiënten bij spoed altijd kunnen bellen.

Voldoende bereikbaar zijn in de toekomst

Een belangrijke ontwikkeling waarmee rekening gehouden moet worden is dat door de veroudering van de bevolking en verschuivingen van taken naar de eerste lijn, praktijken steeds meer te maken gaan krijgen met oudere – veelal kwetsbare – patiënten met een grotere contact behoefte. Een onwenselijke ontwikkeling zou zijn dat deze groep te weinig aandacht krijgt door een beperkte telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken. Hiernaast bestaat er voor patiënten met lage gezondheidsvaardigheden of beperkte kennis van de Nederlandse taal behoefte aan voldoende gesprektijd met de assistent.

Hoe nu verder met TBRO?

Er is snel een eerste stap te zetten, namelijk het verbeteren van de bereikbaarheidsinformatie op het bandje. Volgende verbeteringen in termen van inzet en organisatie van personeel vragen meer inspanning en budget. De basale vraag die hierbij gesteld moet worden is: wat is 'goede' bereikbaarheid? We hebben in dit onderzoek laten zien wat het verschil is in het hanteren van een nauwe definitie (tussen 8.00 en 17.00 uur krijgt men binnen 10 minuten altijd een assistent aan de lijn), en een brede definitie (tussen 8.00 en 17.00 mag ook een bandje opstaan dat aangeeft wanneer de assistent van de praktijk die dag wél bereikbaar is). Voorstelbaar is dat deze twee definities nader gedifferentieerd worden, naar bijvoorbeeld type praktijk, dag of tijdstip, openingstijden of alternatieve manieren om de huisartspraktijk te bereiken. Hier ligt een belangrijke taak voor alle betrokken stakeholders om de discussie over definities en normen van TBRO gezamenlijk voort te zetten.

Bij deze discussie moeten de stakeholders de kosten, die tegenover de opbrengsten van een hogere TBRO staan, in acht nemen. Immers, in een arbeidsintensieve organisatie als een huisartsenpraktijk bepalen kosten de optimale inzet van de assistent in de praktijk. Deze is en blijft, naast alle technische mogelijkheden die er zijn, de spil van de telefonische bereikbaarheid.

Referentielijst

- Brabers A, Reitsma-van Rooijen M. Huisartsenzorg in cijfers: patiënten over telefonische bereikbaarheid. *Huisarts en Wetenschap*: 2011, 54(5), 265
- Campbell JL, Carter M, Davey A, Roberts MJ, Elliott MN, Roland M. Accessing primary care: a simulated patient study. *Br J Gen Pract*, 63, e71-6. 2013.
- Crielaard S, Barenbrug L. Wachten op de huisarts (Consumentenbond). *Gezondgids*, April, 32-34. 2015.
- De Groot RA, de Haan J, Bosveld HE, Nijland A, Meyboom-de Jong B. 2002. The implementation of a call-back system reduces the doctor's workload, and improves accessibility by telephone in general practice. *Fam Pract*, 19, 516-9.
[https://www.nza.nl/1048076/1048090/TH BR 018 Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraar Zvw.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048090/TH_BR_018_Toezichtkader_zorgplicht_zorgverzekeraar_Zvw.pdf)
- IGZ & NPCF. Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren. Utrecht: IGZ. 2008.
- IGZ. Telefonische bereikbaarheid huisartsen nog steeds onder de maat. Utrecht: IGZ. 2011.
- Kirschner K, Braspenning J, Maassen I, Bonte A, Burgers J, Grol R. 2010. Improving access to primary care: the impact of a quality-improvement strategy. *Qual Safe Health Care*, 19, 248-51.
- LHV, NHG & IOH. Toekomstvisie huisartsenzorg: Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022. Utrecht: LHV, NHG & IOH. 2012.
- LHV. <https://www.lhv.nl/service/toolkit-bereikbaarheid>. Geraadpleegd op 26/10/2016.
- LHV. Update van de richtlijnen voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de voorziening huisartsenzorg. Utrecht: LHV. 2013.
- Macintosh K. 2009. Patient access. Hanging on the telephone. *Health Serv J*, 119, 26-8.
- Min VWS. Antwoorden op Kamervragen, kenmerk: CZ-U-3064902. 6 juni 2011.
- NHG. <https://www.nhg.org/scholing/telefonische-bereikbaarheid>. Geraadpleegd op 1/5/2016.
- NPCF. Rapport Meldactie 'Huisartsenzorg'. Utrecht: NPCF. 2014.
- NZa, Beleidsregel TH/BR-018, Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, 2014. NZa
- Van den Berg MJ, de Boer D, Gijsen R, Heijink R, Limburg LCM, Zwakhals LCM. *Zorgbalans 2014*. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. Bilthoven: RIVM Rapport 2014-0038. 2014.
- Van Hassel D, Korevaar J, Batenburg R, Schellevis F. De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, van Linschoten CP, Betten W, Moorer P. Verbetering telefonische bereikbaarheid van huisartsenzorg. Groningen: ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV. 2009.
- waar staat de huisartsenzorg anno 2014? Utrecht: NIVEL. 2015.

Bijlage 1 Methodische verantwoording

1.1 Onderzoeksopzet

Het onderzoek kent drie onderdelen

- I. Het eerste onderdeel betreft literatuuronderzoek.
- II. Onderdeel twee het veldonderzoek onder huisartsenpraktijken.
- III. Beide onderdelen komen vervolgens weer samen in onderdeel drie, de eindrapportage waarin conclusies en aanbevelingen geformuleerd worden.

1.1.1 Voorbereidend onderzoek (Deel 1)

In het voorbereidende onderzoek hebben wij onderzocht:

- 1) hoe de telefonische bereikbaarheid reguliere oproepen (TBRO) in verschillende sectoren en landen gedefinieerd en gemeten wordt;
- 2) welke normen er in de verschillende landen gehanteerd worden. Hierbij dient opgemerkt te worden dat deze informatie slechts als achtergrondinformatie dient en dat dit onderzoek niet gericht is op het stellen van normen of richtlijnen;
- 3) welke condities de TBRO van huisartsenpraktijken mogelijk kunnen beïnvloeden.

Informatie over de definities, normen en condities is verkregen op basis van:

- Wetenschappelijke literatuur (Nederlands en Engelstalig) uit Scopus en Google Scholar;
- Grijs literatuur (Nederlands en Engelstalig) gezocht via Google;
- Informanten uit ons internationale netwerk vanuit EU projecten over huisartsenzorg;
- Contacten met beroepsverenigingen in andere sectoren binnen Nederland.

Voor het zoeken van de informatie zijn verschillende zoektermen gebruikt (zie tekst vak 1.1).

Tekstvak 1.1: zoekwoorden gebruikt voor literatuurstudie

Nederlands (Google, H&W, Medisch contact, TVG):

- Telefonische bereikbaarheid

Engels (Google voor grijs literatuur, Scopus en Embase)

- Telephone access
- Definition of telephone access
- Norms telephone access
- Availability by phone
- Telephone waiting times
- Answering telephones
- Answering services (Mesh term)
- Appointments and Schedules (Mesh term)
- Telephone (Mesh term)
- Telephone-answering systems
- telephone access barriers
- Appointment booking
- Access
- Telephone infrastructure
- Practice management
- Organizational efficiency
- Guidelines

Informatie is alleen geïnccludeerd wanneer het gaat over:

- telefonische bereikbaarheid;
- een van de volgende sectoren: huisartsenzorg ziekenhuispolis (interne), tandartsen, paramedici;
- over reguliere zorg (geen spoed en geen zorg buiten kantooruren);
- jaartallen: na 2000;
- Europa, Amerika, Nieuw Zeeland, Australië of Canada;
- de publicatie in het Nederlands of Engels is;
- literatuur over telefoontriage en telefoonconsulten is niet meegenomen.

De bevindingen uit de literatuurstudie over de definities en bestaande normen worden gepresenteerd in hoofdstuk 4. De bevindingen over eerdere onderzoeken zijn terug te vinden in hoofdstuk 1 van dit rapport.

1.1.2 Hoofdonderzoek (Deel 2)

In het tweede deel van het onderzoek gaan we in op de determinanten van de telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken en hoe praktijkhouders tegen normen over telefonische bereikbaarheid aankijken.

Opzet en steekproef

In december 2015 is een gestratificeerde steekproef van huisartsenpraktijken uit de huisartsenpraktijkregistratie van het NIVEL genomen. De huisartsenpraktijkregistratie van het NIVEL is landelijk dekkend. Op basis van de beschikbare gegevens is gekozen voor de volgende drie stratificatiecriteria die mogelijk relevant zijn voor de telefonische bereikbaarheid van praktijken:

- Stedelijkheid van praktijklocatie (om het aantal klassen te beperken is alleen onderscheid gemaakt in sterk stedelijk en niet sterk stedelijk);
- Praktijkomvang in termen van aantal FTE doktersassistenten per FTE huisartsen werkzaam in de praktijk (voor de stratificatie onderverdeeld in meer dan 1,2 FTE assistent per FTE huisarts en minder dan 1,2 FTE assistent per FTE huisarts)
- Praktijkvorm in termen van solo-, duo- en groepspraktijk. Een solopraktijk is gedefinieerd als een praktijk waar één huisarts zich tot de betreffende praktijk laat rekenen (i.c. de praktijkhouder).

Combineren we deze drie stratificatiecriteria en hun categorieën, dan bestaat het steekproefkader uit $3 \times 2 \times 2 = 12$ verschillende condities; zie de tabel hieronder.

Tabel 1.2: stratificatiecondities steekproef

Weinig doktersassistenten			Veel doktersassistenten		
	Niet stedelijk	Stedelijk		Niet stedelijk	Stedelijk
Solo praktijk	<i>Conditie 1</i>	<i>Conditie 2</i>	Solo praktijk	<i>Conditie 7</i>	<i>Conditie 10</i>
Duo praktijk	<i>Conditie 3</i>	<i>Conditie 4</i>	Duo praktijk	<i>Conditie 8</i>	<i>Conditie 11</i>
Groepspraktijk	<i>Conditie 5</i>	<i>Conditie 6</i>	Groepspraktijk	<i>Conditie 9</i>	<i>Conditie 12</i>

Uitgaande van een responsepercentage van ongeveer 25% is een steekproef genomen van 420 huisartsen (35 huisartsen per conditie). De response viel echter hoger uit dan verwacht ($n=158$; 38%). Daarom is vervolgens uit deze groep een gestratificeerde steekproef genomen van 100 huisartsen zodat we voor elke conditie 8 of 9 deelnemende huisartsen hebben. Daarmee hebben we voldoende power om multivariate analyses op de verzamelde data uit te voeren, en bereiken we voldoende betrouwbaarheid van de effectschattingen voor de factoren die de praktijkvariatie in

telefonische bereikbaarheid kunnen verklaren. In tabel 1.3 hebben wij de steekproef en selectie samengevat.

Tabel 1.3: Steekproef en selectie

Aantal uitgenodigde huisartsen	N=420
Type steekproef	Disproportioneel gestratificeerde steekproef
Respons (percentage) huisartsen	N=158 (38%)
Aantal huisartsen gebeld	100
Aantal keer gebeld	400 (4 keer per huisarts)

Veldwerk: belacties

Bij medewerking zijn de praktijken op de hoogte gebracht dat hun praktijk binnen een aantal maanden vier keer gebeld zou worden. Omdat de praktijken niet precies wisten in welke weken en op welke momenten zij gebeld zouden worden, kunnen de telefoontjes als onaangekondigd gezien worden. Hierna is de praktijkhouder uitgenodigd voor een telefonisch of schriftelijk interview van maximaal 30 minuten om de uitkomsten van het onderzoek te bespreken, onder andere op basis van de spiegelrapportage. In een aantal gevallen heeft de manager de vragenlijst beantwoord. Omdat veruit het grootste deel praktijkhouders betrof, zullen wij in de bespreking van de resultaten alleen over praktijkhouders spreken wanneer wij zowel de praktijkhouders als managers bedoelen.

Alle praktijken zijn door veldmedewerkers van het NIVEL gebeld op vier tijdstippen: (1) van 8 tot 9, (2) 's ochtend tussen 10 en 12 uur op een random tijdstip, (3) tussen half 1 en half 2, en (4) tussen 4 en 5. Dit is random verdeeld over de dagen van de week. Praktijken zijn maximaal één keer per week gebeld.

In totaal waren er dus vier belacties per praktijk die afgelopen waren wanneer:

1. de beller een assistent aan de lijn kreeg die hen te woord stond;
2. de beller een bandje/ antwoordapparaat kreeg waarop werd aangegeven dat de assistent of praktijk niet bereikbaar was, maar wel op een ander *specifiek* moment;
3. De beller de assistent niet binnen 10 minuten aan de lijn kreeg (na 10 minuten wachten of na 10 minuten opnieuw bellen).

De telefoontjes zijn opgenomen met een opnameapparaat. De opname werd vervolgens gebruikt om de tijd waarbinnen er werd opgenomen te coderen. Naast tijdmetingen is de inhoud van de voicemails en andere informatie over bereikbaarheid en wachttijden gecodeerd. In bijlage 2 zijn de instructies en de scoringslijst gebruikt door de bellers terug te vinden.

Veldwerk: interviews

Nadat alle praktijken vier keer zijn gebeld, is voor elke praktijk een individueel spiegelrapport opgemaakt waarin de eigen resultaten zijn afgezet tegen de resultaten van andere praktijken. Zie bijlage 4 voor een voorbeeld van een spiegelrapport. De deelnemende praktijkhouders hebben hun feedbackrapport ontvangen per email of post. Daarnaast zijn een aantal aanvullende vragen geformuleerd die de praktijkhouders konden beantwoorden via een telefonisch interview of door het invullen van het vragenformulier (zie bijlage 5). In totaal hebben 62 praktijkhouders aan dit onderdeel deelgenomen. In enkele gevallen is de vragenlijst ingevuld door een praktijkmanager. Omdat de vragenlijsten gericht waren aan de praktijkhouder, gaan wij er in die gevallen vanuit dat

de manager ook namens de huisarts spreekt. Om die reden rapporteren wij over de interviews met huisartsen.

In de interviews is besproken wat er specifiek in de praktijk speelt dat mogelijk de gemeten telefonische bereikbaarheid heeft beïnvloed. Daarnaast zijn we ingegaan op hoe men de eigen telefonische bereikbaarheid bij reguliere oproepen ervaart en hoe men tegen bereikbaarheidsnormen voor de eigen praktijk en die van anderen aankijkt. Ten derde is het interview ingegaan op de factoren die, naar de mening van de praktijkhouder, de telefonische bereikbaarheid beïnvloeden. Tenslotte zijn in het interview nog een aantal extra kenmerken van de praktijken verzameld, zoals typering van de patiëntenpopulatie, organisatie van de praktijk ten aanzien van spoedoproepen, TB/TBRO, technische aspecten van bereikbaarheid (o.a. type telefooncentrale) het geven van praktijkinformatie, herhaalrecepten, en andere communicatiekanalen.

Veldwerk: websites

Als aanvulling op het onderzoek zijn gegevens verzameld van de websites van alle 100 praktijken. Ten eerste is gekeken of elke praktijk een website heeft. Daarnaast is gekeken welke informatie over telefonische bereikbaarheid op de website gegeven is en welke mogelijkheden er worden aangeboden voor het maken van online afspraken.

Analyses

De kwantitatieve gegevens zijn verwerkt in Stata 13.1 waarmee beschrijvende gegevens over telefonische bereikbaarheid zijn verwerkt. Om de relaties tussen mogelijke determinanten en de uitkomsten te verwerken zijn multilevel analyses gedaan waarin onderscheid is gemaakt in 2 niveaus: het niveau van de huisartsenpraktijk en het niveau van de meting.

Er zijn vier afhankelijke variabelen gedefinieerd:

1. Of de assistent bereikt was vergeleken met of er een bandje speelde, Het aantal minuten dat het duurde dat de telefoon aangekomen werd;
2. Minder dan 1 minuten ten opzichte van meer dan 1 minuut;
3. Minder dan 2 minuten ten opzichte van meer dan 2 minuten;
4. Minder dan 3 minuten ten opzichte van meer dan 3 minuten.

Daarnaast zijn de volgende onafhankelijke variabelen gedefinieerd:

- Het tijdsblok waarin werd gebeld;
- De praktijkvorm (solo-, duo- of groepspraktijk);
- Het aantal FTE assistentes per FTE huisartsen;
- De dag waarop werd gebeld;
- De mate van stedelijkheid (stedelijk versus niet stedelijk) van de praktijkvestiging;
- Of de praktijk via de website de mogelijkheid gaf voor het maken van online afspraken;
- De grootte van de praktijkpopulatie.

Eerst zijn de relaties tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen getest door univariate analyses. Daarna zijn multivariate analyses uitgevoerd in zowel een forth- als backward model.

Deel III: Conclusies en aanbevelingen

In het laatste onderdeel van de studie bespreken we de conclusies en beantwoorden we de vraag welke beleidsaanbevelingen geformuleerd kunnen worden voor het ondersteunen van huisartsenpraktijken in het verbeteren van hun TBRO. De resultaten van het onderzoek worden in dit rapport beschreven. Het rapport sluit af met conclusies en beleidsaanbevelingen. Daarbij zijn de concept-resultaten besproken met de leden van de klankbordgroep tijdens twee bijeenkomsten. Gegeven dat de opzet en uitvoering van het onderzoek transparant is gedeeld, en tevens zo objectief mogelijk is uitgevoerd en beschreven, kunnen de leden van de klankbordgroep de resultaten vanuit hun eigen perspectief duiden en bespreken. Dit draagt bij aan draagvlak en een verdere constructieve discussie over de bevordering en normering van telefonische bereikbaarheid van de Nederlandse huisartsenpraktijk.

Klankbordgroep

Het onderzoek wordt in opdracht van de LHV uitgevoerd. Gezien de complexiteit, verschillende visies en belangen die bij het onderwerp spelen, is er voor dit onderzoek een klankbordgroep ingesteld. Deze klankbordgroep bestaat uit de LHV als opdrachtgever en vertegenwoordigers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en Patiëntenfederatie Nederland (NPCF). De klankbordgroep heeft de onderzoekers geadviseerd bij de ontwerpkeuzes in het onderzoek, en bij de interpretatie van de resultaten en de conclusies die uit het onderzoek getrokken kunnen worden. Op die manier wordt de wijze waarop het onderzoek wordt uitgevoerd en de duiding van de resultaten binnen een brede groep betrokkenen gedeeld en besproken. Het NIVEL acht transparantie en wetenschappelijke objectiviteit ten aanzien van de wijze waarop het onderzoek wordt uitgevoerd essentieel. Door het instellen van een klankbordgroep wordt dit zo goed mogelijk gewaarborgd en de waarde van de resultaten verhoogd.

De klankbordgroep is drie keer bij elkaar gekomen, bij aanvang van deel II van het onderzoek en twee maal bij het bespreken van de resultaten van deel II. De klankbordgroep heeft de conceptversie van het eindrapport ontvangen en er is gevraagd suggesties voor aanpassingen of verduidelijking aan te dragen. De definitieve tekst is bepaald door het NIVEL.

Bijlage 2 Instructies en scoringslijst telefoontjes

Het onderzoek

Het doel van ons onderzoek is het testen van de telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken. Het gaat om reguliere, niet-spoed, oproepen. Honderd huisartsen hebben zich opgegeven voor deelname. Allen zullen 4 keer gebeld worden: op 4 verschillende tijdstippen en 4 verschillende dagen. Dit noemen we de 4 **belacties**.

Opname

1. Start de opname. Laat deze doorlopen totdat je helemaal klaar bent, ook als je opnieuw moet bellen.

Bellen

2. Kies het nummer van de praktijk (eerst een '0' kiezen). Bel alleen met de daarvoor bestemde telefoons. Deze staan op anoniem ingesteld.
3. Indien de assistent je te woord staat, kan je de bijbehorende eindtekst gebruiken. Let op dat deze anders is als je de laatste (4 keer belt).

In gesprek/ niet opgenomen

4. Indien het in gesprek is of er wordt niet opgenomen → tot 10 minuten opnieuw bellen. De opname tussendoor dus ook niet stoppen maar tot 10 minuten door laten lopen. Als je nog aan het bellen bent bij 10 minuten eerst het gesprek af maken. Toets het nummer elke keer opnieuw in. Gebruik geen herhaal toets.

Keuzemenu/ antwoordapparaat

5. Bij keuzebandje → instructies volgen. Luister het bandje geheel af als dit gevraagd wordt. Kies voor de assistent/ het maken van een afspraak. Ook bij het opnieuw bellen de instructies volgen (dus niet gelijk doorkiezen als je het nummer al kent)
6. Bij antwoordapparaat → terugbellen als er geen specifieke tijd/ dag wordt genoemd wanneer de praktijk weer bereikbaar is. Niet bellen als er een tijd/ dag wordt genoemd. Spreek niet je naam en telefoonnummer in bij een terugbeloptie.

De assistent te woord staan

Eindtekst (bij belacties 1-3)

“U spreekt met van het Nivel. Dit was een testje voor het onderzoek naar telefonische bereikbaarheid waar uw praktijk aan meedoet. Dank u wel voor het opnemen. Ik zal nu weer snel ophangen; tenzij u nog vragen heeft?

Evt: Huisarts [Naam] heeft toestemming gegeven voor deelname van uw praktijk aan dit onderzoek.”

Eindtekst (bij belactie 4)

“U spreekt met van het Nivel. Dit was het laatste testje voor het onderzoek naar telefonische bereikbaarheid waar uw praktijk aan meedoet. Dank u hartelijk voor uw deelname.

Mag ik u nog snel even één vraag stellen? Graag willen wij de feedback rapportage per e-mail opsturen naar huisarts Naar welk email adres kunnen wij dit sturen? (Anders per post).

Dank u wel nogmaals!

Hierna gesprek afsluiten.

Evt: Huisarts [Naam] heeft toestemming gegeven voor deelname van uw praktijk aan dit onderzoek.

Opname stoppen

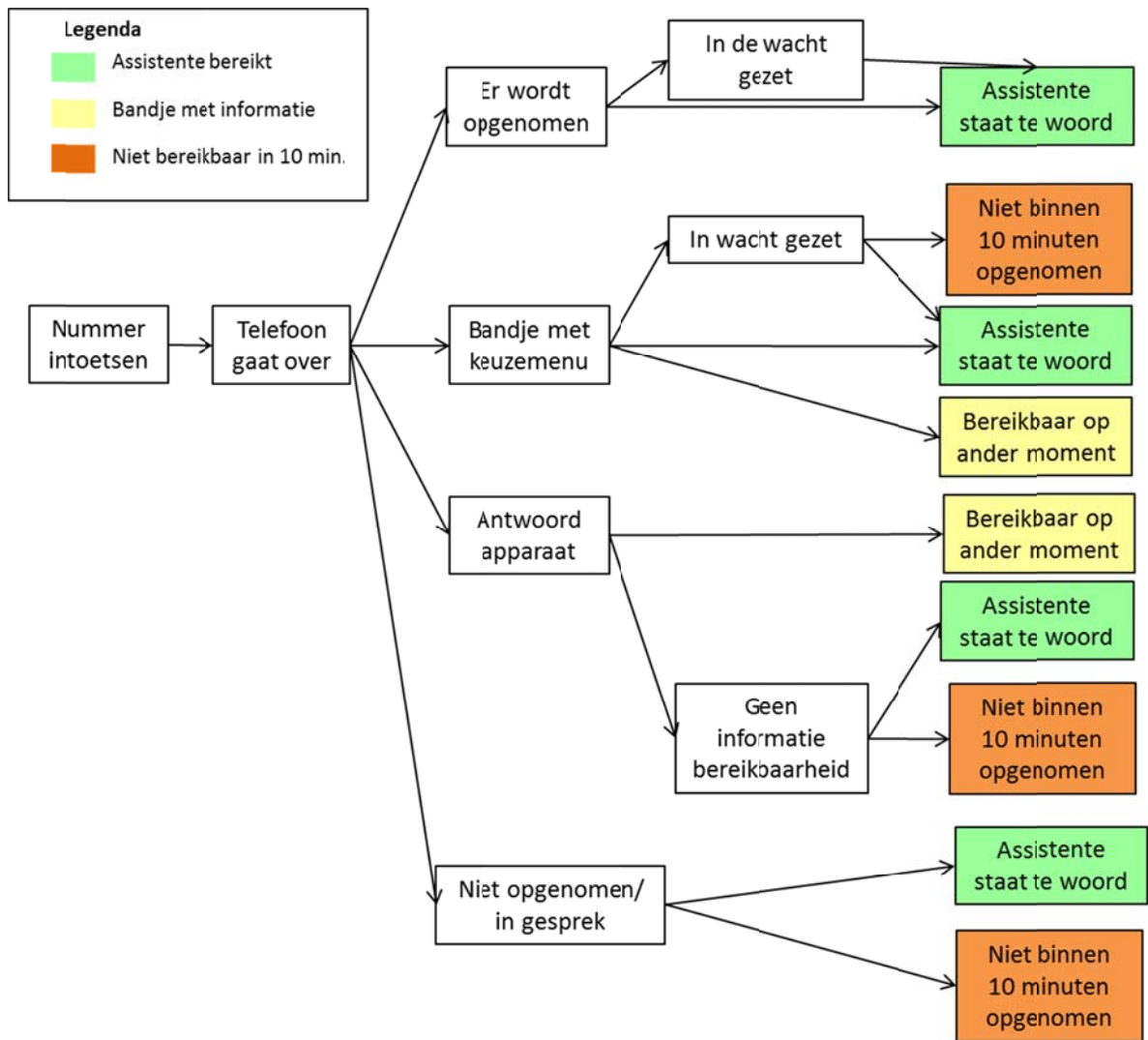
Tabel: Scoringslijst

Vraag	Algemene info
1	Huisartsnummer:
2	Naam huisarts:
3	Geplande datum:
4	Gepland tijdsblok om te bellen: 08:00-9:00/ 10:00-12:00 / 12:30-13:30 / 16:00-17:00
5	Belactie: 1/2/3/4
6	Datum (DD/MM/JJ):
7	Dag: maandag/dinsdag/woensdag/donderdag/vrijdag
8	Tijdsblok waarin je belt: 08:00-9:00/ 10:00-12:00 / 12:30-13:30 / 16:00-17:00
9	Poging:
	Start gesprek
10	Eerste nummer ingetoetst op (<i>Minuten & Seconden binnen de opname</i>) (XX:XX):
11	Wat gebeurt er? De assistent neemt op en staat me te woord/ Ik krijg een bandje (keuzemenu/ antwoordapparaat)→naar 14 / Ik word in de wacht gezet →naar 20 / Het is in gesprek → naar 28 / Er wordt niet opgenomen → naar 28
12	Noteer wanneer is opgenomen (<i>Minuten & Seconden binnen de opname</i>) (XX:XX):
13	Naam assistent (<i>indien van toepassing</i>): <i>Hierna ben je klaar met het invoeren voor deze poging. Noteer in de laatste rij hoe het gesprek verliep.</i>
	Bandje met keuzemenu/ antwoordapparaat
14	Welke informatie / keuzes krijg je? (Noteer een '1' indien van toepassing en niks indien niet van toepassing)
	a. Het hele bandje afluisteren
	b. Spoed (doorkiesnummer)
	c. Spoed (een telefoonnummer)
	d. Receptenlijn/ herhaalrecept
	e. Keuzenummer assistent/ Afspraak maken
	f. Info over de telefonische bereikbaarheid van de praktijk
	h. Bij geen keuze wordt u doorgeschakeld
	i. Assistent niet beschikbaar. Terugbellen om...
	j. De assistent is in gesprek, een ogenblik geduld
	k. De praktijk is gesloten, vanwege vakantie/ ziekte/ anders
	l. Naam en nummer andere praktijk
	m. Wanneer de praktijk weer bereikbaar is
	n. Informatie over contactmogelijkheden via email/ internet

	o. Mogelijkheid tot inspreken telefoonnummer
	p. Andere informatie, namelijk over... (Uitschrijven)
15	Noteer het moment waarop je de assistent hebt gekozen/ het bandje is afgelopen (Minuten & Seconden binnen de opname) (XX:XX):
16	Wat hoor je hierna? (Noteer een '1' indien van toepassing en niks indien niet van toepassing)
	a. Wachttoon/ muziek/ niets
	b. Een ogenblik geduld
	c. Het aantal wachtenden voor mij
	d. De verwachte wachttijd in minuten
	e. De verwachte wachttijd in aantal wachtenden voor mij
	f. De verwachte wachttijd (andere optie)
	g. mogelijkheden contact website/ mail
	h. Info over de telefonische bereikbaarheid van de praktijk
	i. Het bandje is afgebroken waardoor ik een boodschap niet geheel heb gehoord
	j. Andere informatie, namelijk over... (Uitschrijven)
17	Wat gebeurt er hierna? De assistent neemt op en staat me te woord/ Ik word in de wacht gezet → naar 20 / De verbinding wordt verbroken
18	Noteer wanneer is opgenomen/ de verbinding is verbroken (Minuten & Seconden binnen de opname) (XX:XX)
19	Naam assistent (indien van toepassing): Hierna ben je klaar met het invoeren voor deze poging. Noteer in de laatste rij hoe het gesprek verliep
	In de wacht gezet
20	Wat hoor je tijdens het wachten? (Noteer een '1' indien van toepassing en niks indien niet van toepassing)
	a. Wachttoon/ muziek/ niets:
	b. Een ogenblik geduld
	c. Het aantal wachtenden voor mij:
	d. De verwachte wachttijd in minuten
	e. De verwachte wachttijd in aantal wachtenden voor mij
	f. De verwachte wachttijd (andere optie)
	g. Informatie over contactmogelijkheden via email/ internet
	h. Info over de telefonische bereikbaarheid van de praktijk
	i. Het bandje is afgebroken waardoor ik een boodschap niet geheel heb gehoord
	j. Andere informatie, namelijk over... (Uitschrijven)
21	Wat gebeurt er na het wachten? De assistent neemt op en staat me te woord/ Ik word nogmaals in de wacht gezet → naar 24 / De verbinding wordt verbroken
22	Noteer wanneer is opgenomen/ wanneer de verbinding is verbroken (Minuten & Seconden binnen de opname) (XX:XX):
23	Naam assistent (indien van toepassing): Hierna ben je klaar met het invoeren voor deze poging. Noteer in de laatste rij hoe het gesprek verliep.
	Vaker in de wacht gezet
24	Noteer hoe vaak je opnieuw in de wacht wordt gezet:
25	Wat gebeurt er na het wachten? De assistent neemt op en staat me te woord/ De verbinding wordt verbroken
26	Noteer wanneer is opgenomen/ wanneer de verbinding is verbroken (Minuten & Seconden binnen de opname) (XX:XX):
27	Naam assistent (indien van toepassing): Hierna ben je klaar met het invoeren voor deze poging. Noteer in de laatste rij hoe het gesprek verliep.
	In gesprek / niet opgenomen
28	Noteer hoe vaak het nummer in gesprek was/ er niet is opgenomen:
29	Wat gebeurt er hierna? De assistent neemt op en staat me te woord/ Ik krijg een bandje → naar 14/ Ik word n de wacht gezet → naar 20/ De verbinding wordt verbroken

30	Noteer wanneer is opgenomen- wanneer de verbinding is verbroken (<i>Minuten & Seconden binnen de opname</i>) (XX:XX):
31	Naam assistent (<i>indien van toepassing</i>): <i>Hierna ben je klaar met het invoeren voor deze poging. Noteer in de laatste rij hoe het gesprek verliep.</i>
	Hoe verliep het gesprek
32	Noteer hier hoe het gesprek verliep

Bijlage 3 Stroomschema mogelijk verloop van een telefoontje



Bijlage 4 Voorbeeld van een individueel spiegelrapport

Individueel spiegelrapport praktijk Anoniem

April 2016



Beste huisarts,

Dank voor uw deelname aan ons onderzoek naar telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken bij reguliere oproepen. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door het NIVEL (het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg) in opdracht van de LHV. De resultaten leveren de LHV een bijdrage voor de discussie over welke telefonische bereikbaarheid haalbaar is voor reguliere oproepen en welke factoren deze bereikbaarheid beïnvloeden.

Bellen van praktijken

Eerder dit jaar heeft u, evenals 99 andere praktijken, uw praktijk opgegeven voor deelname aan dit onderzoek. Tussen 18 januari en 18 maart 2016 hebben wij al deze praktijken 4 keer gebeld op verschillende tijdstippen en verschillende dagen in de week.

Definitie van bereikbaarheid gebruikt in dit onderzoek

In dit onderzoek is de bereikbaarheid van uw praktijk in beeld gebracht. Een praktijk werd als bereikbaar bestempeld wanneer:

- De beller te woord werd gestaan door de assistent OF
- de beller informatie kreeg op welk tijdstip en dag of datum terug gebeld kon worden om de assistent te spreken te krijgen. In dit laatste geval is er geen eindtijd opgenomen.

Wanneer binnen 10 minuten bellen geen van beide situaties zich voordeed, werd de praktijk op dat moment als onbereikbaar bestempeld. Indien wij de ingesprektoon kregen hebben we nogmaals gebeld, dit hebben we tot maximaal 10 minuten volgehouden.

Inhoud van dit spiegelrapport

Met dit rapport willen we u informeren over de eerste resultaten van uw praktijk, en zetten uw resultaten naast de andere praktijken in totaal, en ook apart voor 1 praktijkkenmerk (solo/duo/groepspraktijk) en ingedeeld naar de locatie van uw praktijk (stedelijk/ niet stedelijk).

Bespreking van resultaten

Graag willen wij u een reactie vragen (telefonische of schriftelijke). Wij zullen onder andere vragen naar hoe u tegen uw eigen telefonische bereikbaarheid aankijkt en wat u vindt van eerder opgestelde normen over telefonische bereikbaarheid door de IGZ en ook de normen van de LHV. Hierover kunt u meer lezen in de onderwerpenlijst voor het interview die wij hebben bijgesloten.

Met vriendelijke groeten,

Namens het NIVEL onderzoeksteam,

Willemijn Schäfer
Tel: 030 2729790
E: w.schafer@nivel.nl

Uw persoonlijke resultaten

Categorisering van uw praktijk

Op basis van onze gegevens zoals verzameld voor de NIVEL huisartsen enquête is uw praktijk een **solo praktijk** in een **niet-stedelijk gebied**. Kunt u het ons laten weten als u denkt dat dit niet juist is?

Dagen en tijden wanneer uw praktijk gebeld is en uw bereikbaarheid

Tabel 1 laat zien op welke dagen en in welke tijdsblokken uw praktijk door ons gebeld is en wat uw bereikbaarheid was.

Tabel 1: Overzicht bereikbaarheid van uw praktijk

	Dag+ Datum + tijdvak	Praktijk bereikbaar <10 minuten?	Tijd totdat de assistent ons te woord stond
1	do 11 feb, 12:30-13:30	Ja, via bandje	-
2	vr 19 feb, 8:00-9:00	Ja	2 min 36 sec
3	wo 24 feb, 10:00-12:00	Ja	0 min 30 sec
4	ma 29 feb, 16:00-17:00	Ja	1 min 00 sec

Uw bereikbaarheid vergeleken met andere praktijken

Tabel 2 laat zien hoe de bereikbaarheid van uw praktijk zich verhoudt tot het landelijke score van andere praktijken. Dit betreft de mediaan tijd (score); Mediane tijd wil zeggen dat dat bij de **helft** van de praktijken sneller werd opgenomen door de assistent dan de genoemde mediane tijd (score) en bij de andere **helft** duurde het langer totdat de assistent aan de lijn kwam. Tabellen 3 en 4 laten zien hoe de bereikbaarheid van uw praktijk is ten opzichte van andere praktijken in uw indelingscategorie.

Tabel 2a: Bereikbaarheid ten opzichte van **landelijke scores**

	Tijd totdat de assistent ons te woord stond	Landelijke score (bereikbaar via assistent, zelfde tijdstip en dag)
8:00 - 9:00	2 min 36 sec	1 min 10 sec
10:00 - 12:00	0 min 30 sec	0 min 59 sec
12:30 - 13:30	-	1 min 01 sec
16:00 - 17:00	1 min 00 sec	0 min 46 sec

Tabel 2b: Bereikbaarheid **landelijke scores**

	Percentage via assistent bereikbaar in 2 minuten	Percentage via assistent bereikbaar in 5 minuten	Percentage bereikbaar via bandje	Percentage niet bereikbaar (zelfde tijd)
8:00 - 9:00	56%	82%	7%	8%
10:00 - 12:00	58%	70%	18%	4%
12:30 - 13:30	23%	33%	59%	8%
16:00 - 17:00	47%	55%	38%	3%

Tabel 3: Bereikbaarheid ten opzicht van andere praktijken uw categorie: **niet stedelijke praktijken**

	Bereikbaarheid van uw praktijk	Score (via assistent zelfde tijd, zelfde dag)	Percentage niet bereikbaar (zelfde tijd)
8:00 - 9:00	2 min 36 sec	1 min 15 sec	8%
10:00 - 12:00	0 min 30 sec	0 min 58 sec	6%
12:30 - 13:30	-	0 min 59 sec	6%
16:00 - 17:00	1 min 00 sec	0 min 44 sec	4%

Tabel 4: Bereikbaarheid ten opzicht van andere praktijken uw categorie: **duo praktijken**

	Bereikbaarheid van uw praktijk	Score bereikbaarheid (via assistent, zelfde tijd)	Percentage niet bereikbaar (zelfde tijd)
8:00-9:00	2 min 36 sec	1 min 12 sec	9%
10:00 - 12:00	0 min 30 sec	0 min 59 sec	6%
12:30 - 13:30	-	1 min 06 sec	8%
16:00 - 17:00	1 min 00 sec	1 min 00 sec	3%

Bijlage 5 Vragen interviews huisartsen

Vragen voor interview

Onderzoek telefonische bereikbaarheid bij reguliere oproepen

Beste huisarts,

Dit document geeft een overzicht van de vragen die wij aan u willen voorleggen tijdens ons interview. Het doel van dit interview is meer inzicht krijgen in factoren die uw telefonische bereikbaarheid en telefonische bereikbaarheid in het algemeen mogelijk beïnvloeden. Belangrijk is dat wij ons alleen concentreren op telefonische bereikbaarheid voor reguliere oproepen en dus niet op spoed-oproepen. Daarnaast zullen wij ingaan op hoe u tegen bestaande normen en richtlijnen voor telefonische bereikbaarheid aan kijkt en willen wij u nog een aantal algemene vragen stellen.

U kunt de invulvelden gebruiken indien u aan heeft gegeven schriftelijk te reageren. Indien u een afspraak met ons heeft gemaakt, kunt u mondeling reageren op de vragen.

Met vriendelijke groeten,
Namens het onderzoeksteam,

Onderdeel 1: Bespreking van uw telefonische bereikbaarheid

Als eerste willen wij graag met u ingaan op factoren die de telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken kunnen beïnvloeden.

1. **Hoe ervaart** u uw eigen telefonische bereikbaarheid voor reguliere oproepen? Is deze naar uw idee niet goed of wel goed?

2. **Hoe komt dit** volgens u? Kunt u mij hier meer over vertellen?

3. Wat speelde er **bij u in de praktijk** dat de waargenomen telefonische bereikbaarheid van de praktijk **specifiek de 4 momenten van meting** mogelijk beïnvloedde?
(U kunt uw eigen scores terug vinden in het feedback rapport)

4. Welke factoren zijn er volgens u **in het algemeen bij alle huisartsenpraktijken in Nederland** van invloed op telefonische bereikbaarheid bij huisartsenpraktijken voor reguliere oproepen?

5. Welke **maatregelen** heeft uw praktijk **in de afgelopen 5 jaar** genomen om uw telefonische bereikbaarheid te verbeteren?

6. Welke **maatregelen** zou u in de **komende jaren** nog graag nemen omtrent uw telefonische bereikbaarheid?

Onderdeel 2: Bespreking van de normen over telefonische bereikbaarheid

Graag bespreken we met u bestaande normen en richtlijnen voor de telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken bespreken.

1. Hoe kijkt u **in het algemeen** aan tegen normen voor telefonische bereikbaarheid voor reguliere oproepen? Denkt u dat deze zinvol zijn?

2. De IGZ heeft in 2008 het veld gevraagd de 2-minuten-norm voor reguliere oproepen over te nemen. Deze norm is tot op heden nog niet door de LHV overgenomen. Hoe kijkt u aan tegen deze norm?

3. De **LHV heeft richtlijnen** opgesteld over de telefonische bereikbaarheid. Volgens deze richtlijnen moeten praktijken 6 uur per dag telefonisch bereikbaar zijn voor patiënten, moet deze te woord gestaan worden door medisch deskundig personeel en behoort de patiënt voldoende geïnformeerd te zijn over de bereikbaarheid. Wat vindt u van deze richtlijnen?

Richtlijnen LHV met betrekking tot reguliere oproepen

1. De voorziening huisartsenzorg is **minimaal 6 uur** per dag telefonisch bereikbaar voor patiënten.
2. Tijdens de in richtlijn 1 genoemde uren wordt de patiënt altijd door een **medisch deskundig persoon** te woord gestaan, zodat triage kan plaatsvinden. Als de medewerkers van de praktijk zelf de telefoon niet kunnen opnemen, is het de verantwoordelijkheid van de huisarts dat de **patiënten goed zijn geïnformeerd** over waar zij met spoedeisende en niet-spoedeisende vragen terecht kunnen.

Onderdeel 3: Feitelijke vragen over organisatie bereikbaarheid

We zouden dit interview graag met u afsluiten met een aantal vragen over de organisatie van de bereikbaarheid in uw praktijk. Een kort antwoord op deze vragen volstaat.

1. Hoeveel FTE huisartsen zijn er werkzaam in uw praktijk (samen met u)? (bijv. 100% is 1,0 FTE en 70% is 0,7 FTE)

2. Hoeveel **assistenten** werken er **in uw praktijk** en voor hoeveel FTE in totaal?
(indien uw praktijk het ondersteunend personeel met andere praktijken deelt, vragen wij u ten aanzien van het aantal fte alleen het aandeel van uw praktijk te noemen)

--

3. Hoeveel patiënten heeft u op eigen naam of op naam van de praktijk op dit moment ?

op eigen naam:(patiënten)
op naam van de praktijk: (patiënten)

4. Van **wat voor telefooncentrale** maakt uw praktijk op dit moment gebruik? *(bijvoorbeeld VOIP)*

--

5. Wie is uw leverancier en adviseert de leverancier van uw telefooncentrale u over uw telefonische bereikbaarheid?

--

6. Heeft uw praktijk een rooster waarbij in de verdeling van assistentes rekening wordt gehouden met het aantal aanwezige huisartsen en de verwachte werkdruk op een dag?

--

Afsluiting

Zijn er volgens u belangrijke zaken die we nog niet besproken hebben maar die mogelijk wel van belang kunnen zijn voor ons onderzoek?

--