

# Dienstverlening en organisatie in de huisartspraktijk

P. VAN DEN HOMBERGH  
R. GROL  
M. WENSING  
ET AL.

Van den Hombergh P, Grol R, Wensing M, Van den Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. Dienstverlening en organisatie in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1997; 40(7): 290-5.

**Samenvatting** Dit onderzoek heeft betrekking op een aantal indicatoren voor dienstverlening en organisatie in de huisartspraktijk, verschillen tussen huisartsen/praktijken voor die indicatoren en de verklaring voor die verschillen. Door middel van visitaties bij 110 huisartsen in 88 praktijken werden gegevens verzameld over 41 indicatoren. Over 19 indicatoren werden vragen gesteld aan 15 spreekuurbezoekers. Factoranalyse leverde vijf dimensies op: 'bereikbaarheid', 'spreekuurorganisatie/toegankelijkheid', 'gebruik van voorlichtingsmateriaal', 'toegankelijkheid van voorlichtingsmateriaal' en 'organisatie van de preventie'. De variatie tussen huisartsen/praktijken bleek op alle dimensies aanzienlijk. Zelfstandig werkende huisartsen waren meer toegankelijk en plaatspraktijken waren meer bereikbaar. Praktijken met 100 procent of meer assistentie scoorden hoger op alle vijf dimensies. Organisatie van de preventie scoorde hoger bij opleidingspraktijken en lager bij apotheekhoudende praktijken en praktijken aan huis. Zelfstandig werkende huisartsen gebruikten minder voorlichtingsmateriaal en lieten patiënten korter wachten voor het consult. Praktijkgrootte en het gevolgd hebben van de huisartsopleiding verklaarden geen verschillen.

Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisarts-geneeskunde (WOK).

P. van den Hombergh, huisarts te Almere, onderzoeker; prof. dr. R. Grol, coördinator, hoogleraar huisartsgeneeskunde Katholieke Universiteit Nijmegen/Universiteit Maastricht; dr. M. Wensing, onderzoeker.

Vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuis-geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen.

H.J.M. van den Hoogen, statisticus; dr. W.J.H.M. van den Bosch, huisarts, staflid.

Correspondentie: P. van den Hombergh, Schapenmeent 228, 1357 GX Almere.

## Inleiding

De dienstverlening aan patiënten en de daarmee samenhangende praktijkorganisatie vormen een essentieel onderdeel van een goede kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk. In de 'Checklist praktijkvoering' van het NHG wordt 'dienstverlening en organisatie' gedefinieerd als 'de organisatie van service en zorg aan patiënten (groepen), buiten het directe arts-patiëntcontact om'.<sup>1</sup> Centrale aspecten van de dienstverlening en organisatie zijn de ontvangst in de praktijk, de bereikbaarheid/beschikbaarheid, de continuïteit in de zorg en de overdracht van gegevens, de spreekuurorganisatie, het voorlichtingsmateriaal over zowel aandoeningen als de praktijkorganisatie, en de organisatie van de preventie. Over de samenhang tussen dienstverlening en organisatie zeggen *Pritchard et al.*: 'The efficiency and effectiveness of the reception service reflect the philosophy and organisation of the whole practice'.<sup>2</sup>

Een goede dienstverlening en organisatie maken het mogelijk dat andere aspecten van zorg, zoals het medisch handelen of de samenwerking met collega's, tot hun recht komen.<sup>3</sup> Bezette telefoonlijnen, lange wachttijden voor het maken van een afspraak, de afwezigheid van een folder wanneer men die in het consult wel had willen meegeven, en het ontbreken van een overzicht van de patiënten met diabetes mellitus sluiten in theorie goede zorg niet uit, maar zijn niettemin onwenselijk. Dat het opzetten en onderhouden van adequate dienstverlening en organisatie niet eenvoudig is, blijkt bijvoorbeeld bij de invoer van programmatische preventie,<sup>4</sup> die vaak niet van de grond komt ten gevolge van een zwakke organisatie.

Richtlijnen op het gebied van de dienstverlening en organisatie in de huisartspraktijk nemen in aantal toe; men vindt ze in verschillende NHG-standaarden (met name de NHG-Standaard Bereikbaarheid/Beschikbaarheid<sup>5</sup>), evenals in publicaties van de beroepsvereniging, de NHG-bouwstenen voor de praktijkvoering en in het hulpmateriaal voor de organisatie van voorlichting en preventie.

Deze toename van richtlijnen sluit aan bij de grotere aandacht voor service en tevredenheid van de patiënt in allerlei non-profit organisaties.<sup>6</sup> Met name patiënten kunnen nuttige informatie geven over aspecten van de dienstverlening en praktijkorganisatie die verbeterd zouden kunnen worden.<sup>7</sup>

Een goed inzicht in de huidige stand van zaken op dit terrein ontbreekt tot nu toe. Dit was aanleiding tot een nadere analyse van de verschillen in dienstverlening en organisatie tussen Nederlandse huisartsen/praktijken en van de huisarts- en praktijkkenmerken die met deze verschillen samenhangen.

## Methode

Voor het onderzoek zijn gegevens gebruikt, die in 1994 zijn verzameld tijdens visitaties van 110 huisartsen in 88 huisartspraktijken. De werving en selectie van de onderzoeksgroep, de gebruikte visitatiemethode en de analyses zijn eerder in dit tijdschrift beschreven.<sup>8,9</sup> De 'Checklist praktijkvoering' heeft onder meer betrekking op de dienstverlening en organisatie.<sup>1</sup> Organisatorische aspecten behorend tot het taakgebied van de assistente worden gerekend tot het gebied 'delegatie en samenwerking'<sup>9</sup>; deze blijven hier buiten beschouwing.

Uit de 260 aspecten in de Checklist die betrekking hebben op 'dienstverlening en organisatie' werden indicatoren geselecteerd voor de pilot-studie bij 59 huisartsen. Uitgangspunt bij de selectie waren de NHG-standaarden, het LHV-basistakenpakket en indicatoren die in eerder onderzoek bleken te discrimineren tussen huisartsen en praktijken. De pilot-studie resulteerde in 47 indicatoren met betrekking tot dienstverlening en organisatie,<sup>10</sup> die gebruikt zijn in de visitatiemethode. De visitatiemethode omvatte een vragenlijst voor de patiënt met 25 vragen, een vragenlijst voor de huisarts en voor de praktijkassistent en een observatiescorelijst voor de visitor. De vragenlijst voor de patiënt werd uitgereikt aan vijftien opeenvolgende spreekuurbezoekers, die de ingevulde lijst in een gereedstaande doos konden

doen. De antwoordcategorieën bij de vragen waren 'ja/nee' of 'tijd in minuten'.

### Analyses

Voor de indicatoren werden eerst de frequenties bepaald. Indicatoren die onvoldoende discrimineerden tussen huisartsen/praktijken (>95 procent of <5 procent) werden buiten de analyses gelaten. De analyses vonden op huisarts- of op praktijkniveau plaats, al naar gelang een aspect de gehele praktijk of het handelen van individuele huisartsen betrof. Voor de score op praktijkniveau werd het antwoord genomen van de huisarts met het hoogste percentage fte. Voor de score op de patiëntvragenlijsten werd het gemiddelde over alle in de praktijk geraadpleegde patiënten genomen.

Vervolgens is factoranalyse uitgevoerd op de scores voor de afzonderlijke indicatoren om dimensies te identificeren. Een indicator diende minimaal een factorlading van 0,40 te hebben voor opname in een dimensie. Per dimensie werden de somscores, de standaarddeviatie en Cronbach's alfa berekend. De somscores werden gebruikt als afhankelijke variabelen in de analyses naar de samenhang tussen enerzijds dienstverlening en organisatie en anderzijds achtergrondkenmerken van praktijk, huisarts en assistente (onafhankelijke variabelen).

Mede op grond van eerder onderzoek<sup>11,12</sup> werden op praktijkniveau negen en op huisartsniveau acht achtergrondkenmerken gekozen. Achtergrondkenmerken van de assistente waren: aantal jaren werkzaam, aantal uren werkzaam per week, wel/niet gediplomeerd en wel/geen arbeidsovereenkomst. Er is zowel op huisarts- als op praktijkniveau geanalyseerd. Met behulp van lineaire regressieanalyse werd nagegaan welke achtergrondkenmerken samenhangen met de somscores op de dimensies.

### Resultaten

Zes van de 47 indicatoren uit de vragenlijst voor de patiënt bleken onvoldoende te discrimineren tussen huisartsen/praktijken:

- 'de huisarts houdt zijn vak goed bij' (98 procent);
- 'de huisarts honoreert de aanvraag voor een visite dezelfde dag' (97 procent);
- 'de hygiëne in de praktijk is voldoende' (97 procent);
- 'de consulttijd is voldoende' (96 procent);
- 'de informatie wordt vertrouwelijk behandeld' (95 procent);
- 'de huisarts heeft te veel aan de assistente gedelegeerd' (4,8 procent).

De frequenties voor de resterende 41 indicatoren zijn vermeld in *tabel 1*.

### Dimensies

De factoranalyse bevestigde de vooraf veronderstelde samenhang tussen de indicatoren van de deelaspecten van 'dienstverlening en organisatie' grotendeels (*tabel 1*). Per deelaspect worden de indicatoren en dimensies besproken.

Op het terrein van 'organisatie van bereikbaarheid en beschikbaarheid' konden twee dimensies worden onderscheiden:

- *Bereikbaarheid van de praktijk* (6 indicatoren,  $\alpha=0,74$ ). Deze dimensie geeft het oordeel weer van de patiënt over de bereikbaarheid van de praktijk overdag, tijdens diensten, bij spoed en bij EHBO. De patiënten gaven aan dat ze gemiddeld 4,6 minuten moesten wachten, voordat men de praktijk aan de lijn kreeg. Van de patiënten vond 83 procent de telefonische bereikbaarheid bij spoed en 93 procent de hulp bij spoed overdag goed. Van de patiënten gaf 72 procent er de voorkeur aan om voor EHBO naar de eigen praktijk te gaan.

- *Spreekuurorganisatie/toegankelijkheid* (5 indicatoren,  $\alpha=0,60$ ). Deze dimensie is een indicatie voor de kwaliteit van de spreekuurorganisatie c.q. de toegankelijkheid van de eigen huisarts voor zijn patiënten. Van de patiënten gaf 94 procent aan de eigen huisarts op verzoek telefonisch diezelfde dag nog te kunnen spreken en 78 procent kon de consultduur meebepalen. Minder dan 10 procent vond dat men te vaak een andere huisarts overdag kreeg en/of dat de assistente een belemmering was voor het contact met hun huisarts.

De wachttijd vóór het consult (gemiddeld 11 minuten) laadde onvoldoende op een van beide factoren en kan worden gezien als afzonderlijke variabele (indicator voor de mate waarin huisartsen uitlopen). De indicator 'de huisarts wordt gestoord tijdens een consult' bleek een op zichzelf staande indicator, evenals de indicatoren voor gehorigheid. Deze hingen onderling wel sterk samen (Pearson's correlatiecoëfficiënt 0,81).

Op het terrein van de 'informatievoorziening aan de patiënt' konden eveneens twee dimensies worden onderscheiden:

- *Gebruik van voorlichtingsmateriaal in het consult of de praktijk* (3 indicatoren,  $\alpha=0,55$ ). Deze dimensie zegt iets over het gebruik door de huisarts van voorlichtingsmateriaal in het consult en in de praktijk. Van de patiënten zei 76 procent tevreden te zijn over de informatie over ziekte in de praktijk; 33 procent had weleens een folder meegekregen of uitleg gekregen aan de hand van een demonstratiemodel.

- *Toegankelijkheid van voorlichtingsmateriaal in het consult of de praktijk* (7 indicatoren,  $\alpha=0,64$ ). Deze dimensie zegt iets over de aanwezigheid en toegankelijkheid van het voorlichtingsmateriaal voor de huisarts. Van de huisartsen had 82 procent het voorlichtingsmateriaal toegankelijk opgeborgen. Twee derde van de huisartsen kon tijdens het consult beschikken over een dieetlijst voor obstipatie en/of over folders over hart/ vaatziekten of lumbago. De in de NHG-Standaard Acne Vulgaris aanbevolen voorlichting lag bij de helft van de huisartsen binnen handbereik.

De overige indicatoren betroffen vooral organisatorische aspecten, die onvoldoende laadden op de dimensie.

- *Organisatie van de preventie* (9 indicatoren,  $\alpha=0,61$ ). Deze dimensie zegt iets over de mate waarin de organisatorische randvoorwaarden voor preventie in de praktijk aanwezig zijn. Zo was in meer dan 90 procent van de praktijken een overzicht van grieprikpatiënten aanwezig en een oproepsysteem voor het bevolkingsonderzoek naar cervixcarcinoom. De opsporing en bewaking van patiënten met een hoog risico voor hart/ vaatziekten was in 6 pro-

cent van de praktijken georganiseerd. Het 'aantal preventieve consulten per kwartaal in de agenda' (vraag aan de visitorator) bedroeg gemiddeld 6. Deze laatste indicator laadde onvoldoende op de dimensie.

### Dienstverlening/organisatie en praktijkkenmerken

In tabel 2 is het verband weergegeven tussen achtergrondkenmerken van de praktijken en drie dimensies. Telkens is voor een subgroep huisartsen of praktijken het verschil in score op een dimensie berekend met de gemiddelde somscores van de totale groep (respectievelijk 110 huisartsen en 88 praktijken). Zo scoort de subgroep solopraktijken gemiddeld 0,08 hoger dan het gemiddelde van de totale groep van 88 praktijken op de dimensie 'bereikbaarheid' (gemiddeld  $4,28 \pm 0,37$ ); dit verband is met  $p=0,1$  niet significant. De standaarddeviatie en de range zijn weergegeven om een indruk te geven van de grootte van de verschillen tussen de scores.

Patiënten in plattelandspartijken, in praktijken met 100 procent of meer assistentie per fte huisarts en in praktijken met een klein waarnemingsgebied oordeelden positiever over de bereikbaarheid. De spreekuurorganisatie/toegankelijkheid werd positiever gewaardeerd in solopraktijken en lager in apotheekhoudende praktijken. De score op 'organisatie van preventieve taken' bleek hoger in praktijken, waar een huisartsopleider werkte en in praktijken met 100 procent of meer assistentie per fte huisarts, maar lager in apotheekhoudende huisartspraktijken en in praktijken 'aan huis'.

De achtergrondvariabelen verklaren samen een kwart tot een derde van de variatie bij deze drie dimensies.

Wat betreft de privacy (gehoorzaamheid van balie, spreekkamer) bleken solopraktijken significant beter te scoren dan niet-solopraktijken ( $p=0,05$ , niet in tabel).

### Dienstverlening/organisatie en huisartskenmerken

In tabel 3 is het verband weergegeven tussen achtergrondkenmerken van de huisartsen en twee dimensies en een indicator. De wachttijd voor het consult was

**Tabel 1** Eenenviertig indicatoren voor 'dienstverlening en organisatie'. Percentages ja-antwoorden c.q. aantal minuten.

#### Bereikbaarheid/beschikbaarheid (12 indicatoren)

1 Wachttijd voor de patiënt voor een spreekuurconsult (h)  $11,2 \pm 4,3$  min

#### Bereikbaarheid (6 indicatoren)

2 Wachttijd (minuten) voordat men de praktijk aan de lijn kreeg (p)  $4,6 \pm 4,8$  min  
3 Patiënt vindt service bij spoed overdag goed (p) 93%  
4 Patiënt vindt informatie over praktijkregels goed (p) 91%  
5 Patiënt vindt dienstregeling goed (p) 88%  
6 Patiënt vindt telefonische bereikbaarheid van de praktijk bij spoed goed (p) 83%  
7 Patiënt verkiest huisarts boven de ziekenhuis-EHBO bij kleine ongevallen (p) 72%

#### Spreekuurorganisatie/toegankelijkheid (5 indicatoren)

8 Patiënt krijgt op verzoek de huisarts nog die dag telefonisch te spreken (p) 94%  
9 Patiënt kan de consultuur meebepalen (p) 78%  
10 Patiënt wenst meer inspraak in gang van zaken (p) 11%  
11 Patiënt ervaart assistentie als belemmering voor contact met huisarts (p) 10%  
12 Patiënt krijgt vaak een andere huisarts overdag (p) 8%  
13 \* Patiënt mist inloopsprekuren (p) 22%

#### Indicatoren voor privacy

1 \* Patiënt kan horen wat aan de balie wordt besproken (p) 55%  
2 \* Patiënt hoort soms flarden van een gesprek in de spreekkamer (p) 9%  
3 \* Patiënt rapporteert telefonische storing tijdens consult (h) 37%

#### Organisatie van de informatievoorziening aan de patiënt (10 indicatoren)

##### Gebruik van voorlichtingsmateriaal in het consult of de praktijk (3 indicatoren)

1 Patiënt vindt de voorlichting over ziekten en kwalen in de praktijk goed (h) 76%  
2 Patiënt krijgt weleens uitleg aan de hand van een demo in een consult (h) 33%  
3 Patiënt krijgt weleens een folder mee op spreekuur (h) 31%

##### Toegankelijkheid van voorlichtingsmateriaal in het consult of de praktijk (7 indicatoren)

Folders toegankelijk opgeborgen (h) 82%  
Demonstratiemodel van de lumbale wervelkolom aanwezig (h) 74%  
Demonstratieplaat van buikorganen aanwezig (h) 73%  
Dieetlijst obstipatie aanwezig (h) 70%  
Folder over hart/ vaatziekten aanwezig (h) 67%  
Folder over lumbago aanwezig (h) 65%  
Folder over acne aanwezig (h) 54%  
\* Er is een praktijkinformatiefolder voor de patiënt (p) 68%  
\* Minder dan 1/3 van de folders afkomstig van farmaceutische industrie (p) 52%  
\* Er staan meer dan vijf boeken in patiëntenbibliotheek (p) 25%  
\* De huisarts heeft de inhoud van de folders gelezen (h) 63%  
\* Frequentie van uitdelen door de huisarts van een folder per week (h)  $4,2 \pm 3,5$  x/wk

#### Organisatie van de preventie (9 indicatoren)

Overzicht van grieprijke patiënten aanwezig (p) 92%  
Oproepsysteem voor maken van uitstrijkjes voor bevolkingsonderzoek (p) 90%  
Griepvaccinatiepatiënten worden actief opgeroepen (p) 64%  
Overzicht van diabetes-mellituspatiënten aanwezig (p) 55%  
Systeem voor follow-up bij wegblijven patiënten voor preventief consult (p) 24%  
Leeftijdsgeslachtsregister aanwezig (p) 21%  
Apart diabetes-mellitussprekuren (p) 19%  
Overzicht van patiënten met verhoogd risico voor hart/ vaatziekten (p) 18%  
Opsporing + bewaking patiënten met hoog risico hart/ vaatziekten (p) 6%  
Aantal preventieve consulten per kwartaal in de agenda (p)  $5,7 \pm 9,3$

Boven de lijn: 19 vragen aan patiënten (15 patiënten per huisarts); onder de lijn: 22 vragen aan huisarts en visitorator; h: 110 huisartsen; p: 88 praktijken.

\* indicator behoort niet tot een dimensie.

**Tabel 2** De relatie tussen 'dienstverlening en organisatie' en praktijkkenmerken. Lineaire regressie (n=88)

| Gemiddelde somscore +SD →<br>Range →       | Praktijken<br>n=88 | Bereikbaarheid                          |      | Spreekuurorganisatie<br>toegankelijkheid |      | Organisatie<br>van preventie      |       |
|--------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|------|------------------------------------------|------|-----------------------------------|-------|
|                                            | percentage         | 6 indicatoren<br>4,28 ± 0,37<br>2,3-5,0 | p    | 5 indicatoren<br>1,49 ± 0,43<br>0-2,0    | p    | 9 indicatoren<br>3,9 ± 1,8<br>1-9 | p     |
| De praktijk                                |                    |                                         |      |                                          |      |                                   |       |
| – is een solopraktijk                      | 56                 | +0,08                                   | 0,1  | +0,10                                    | 0,02 | +0,1                              | 0,7   |
| – ligt op het platteland                   | 51                 | +0,13                                   | 0,01 | +0,06                                    | 0,1  | +0,1                              | 0,7   |
| – heeft minder dan 2500 patiënten          | 50                 | +0,04                                   | 0,4  | –0,03                                    | 0,5  | +0,2                              | 0,3   |
| – heeft een huisartsopleider               | 7                  | +0,01                                   | 0,8  | –0,01                                    | 0,9  | +0,8                              | 0,05  |
| – heeft >60% ziekenfondspatiënten          | 59                 | +0,03                                   | 0,6  | –0,06                                    | 0,1  | +0,1                              | 0,6   |
| – is apotheekhoudend                       | 13                 | –0,08                                   | 0,3  | –0,14                                    | 0,04 | –0,9                              | 0,006 |
| – heeft 100% of meer assistentie           | 57                 | +0,13                                   | 0,01 | +0,02                                    | 0,7  | +0,5                              | 0,02  |
| – heeft >15000 patiënten in waarneemgebied | 50                 | –0,10                                   | 0,05 | –0,06                                    | 0,7  | +0,06                             | 0,8   |
| – is aan huis                              | 76                 | –0,07                                   | 0,2  | –0,06                                    | 0,2  | –0,5                              | 0,02  |
| Totaal verklaarde variantie                |                    | 29%                                     |      | 20%                                      |      | 23%                               |       |

**Tabel 3** De relatie tussen 'dienstverlening en organisatie' en huisartskenmerken. Lineaire regressie (n=110)

| Gemiddelde somscore +SD →<br>Range → | Huisartsen<br>n=110 | Wachttijd voor consult      |        | Gebruik voorlichting<br>in het consult         |       | Toegankelijkheid<br>van voorlichting   |      |
|--------------------------------------|---------------------|-----------------------------|--------|------------------------------------------------|-------|----------------------------------------|------|
|                                      | percentage          | gem. 11,2 ± 4,3<br>0-30 min | p      | 3 indicatoren<br>gem. 1,40 ± 0,41<br>0,35-2,43 | p     | 7 indicatoren<br>gem. 4,8 ± 1,8<br>0-7 | p    |
| De huisarts                          |                     |                             |        |                                                |       |                                        |      |
| – is zelfstandig werkzaam            | 48                  | –1,7                        | 0,0001 | –0,12                                          | 0,007 | –0,3                                   | 0,7  |
| – werkt op het platteland            | 50                  | –1,1                        | 0,2    | –0,03                                          | 0,5   | 0                                      | 0,9  |
| – heeft minder dan 2500 patiënten    | 64                  | –0,7                        | 0,1    | 0,00                                           | 1,0   | –0,2                                   | 0,4  |
| – is huisartsopleider                | 7                   | –0,2                        | 0,8    | +0,02                                          | 0,8   | +0,3                                   | 0,4  |
| – is apotheekhoudend                 | 13                  | +1,2                        | 0,08   | –0,03                                          | 0,6   | 0,0                                    | 1,0  |
| – is fulltime werkzaam               | 71                  | +1,2                        | 0,02   | +0,14                                          | 0,006 | +0,5                                   | 0,03 |
| – heeft de huisartsopleiding gevolgd | 73                  | –0,4                        | 0,4    | +0,03                                          | 0,5   | +0,2                                   | 0,3  |
| – heeft 100% of meer assistentie     | 56                  | –0,2                        | 0,7    | +0,04                                          | 0,4   | +0,4                                   | 0,05 |
| Totaal verklaarde variantie          |                     | 20%                         |        | 12%                                            |       | 13%                                    |      |

korter bij zelfstandig werkende (solo)huisartsen en langer bij fulltimers. Het oordeel van de patiënt over het gebruik van voorlichtingsmateriaal in het consult bleek positiever bij fulltime werkende huisartsen en negatiever bij zelfstandig werkende (solo)huisartsen. Huisartsen met 100 procent of meer assistentie per fte huisarts tenslotte hadden hun voorlichtingsmateriaal in de praktijk beter georganiseerd.

Assistentekenmerken bleken geen belangrijke verschillen te verklaren.

## Beschouwing

Het oordeel van de patiënten over de bereikbaarheid/beschikbaarheid van de praktijk was in het algemeen zeer positief; iets minder positief was hun oordeel over de keuze voor de huisarts bij EHBO-problemen en de bereikbaarheid bij spoed. Zeer tevreden was men ook over de honorering van visites en de duur van het consult. Grote verschillen tussen huisartsen/praktijken waren er in gebruik en toegankelijkheid van het voorlichtingsmateriaal en in de organisatie van de preventie.

Behalve op deze drie dimensies lieten ook afzonderlijke indicatoren grote verschillen zien tussen huisartsen en praktijken. Zo verschilden huisartsen in de mate waarin ze zich lieten storen tijdens het consult, in het uitlopen van het spreekuur en in het gebruiken van folders. Praktijken verschilden ook in de tijd die de patiënt nodig had om telefonisch contact te leggen of in de aanwezigheid van een praktijkinformatiefolder. Huisarts- en praktijkkenmerken bleken meer bepalend voor dienstverlening en organisatie dan assistentekenmerken.

Praktijken met minder dan 15.000 patiënten in de waarneemgroep en praktijken op het platteland scoorden hoger op het aspect bereikbaarheid. Hoewel een grotere tevredenheid en kleinschaligheid op het platteland in het algemeen als verklaring kunnen gelden, is het blijkbaar moeilijker om in een grotere waarneemgroep en in de stad voor de patiënt een even goede bereikbaarheid te realiseren. De samenhang van meer assistentie met goede bereikbaarheid zal vooral zijn terug te voeren op hun bijdrage aan goede bereikbaarheid overdag.

Huisartsen die fulltime werkten en vooral huisartsen in een samenwerkingsverband liepen meer uit met hun spreekuur en scoorden lager op de dimensie 'spreekuurorganisatie en toegankelijkheid'. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat gezondheidscentra en groepspraktijken met veel parttime werkende assistentes te maken hebben met organisatorische problemen op dit gebied.

Wat betreft het gebruik van voorlichtingsmateriaal bleken de patiënten vooral de huisartsen in meermanspraktijken te waarderen, ook al was voorlichtingsmateriaal daar nauwelijks meer aanwezig of toegankelijk. Ruimere assistentie in de praktijk hing weliswaar samen met een betere organisatie van het voorlichtingsmateriaal in de praktijk, maar voorlichtingsmateriaal ergens in het gebouw garandeert duidelijk niet dat het ook adequaat wordt gebruikt.

Wat betreft de organisatie van preventie scoorden de praktijken met een huisartsopleider of met meer dan 100 procent assistentie per fte huisarts beter. Huisartsopleiders zijn naar verwachting in veel opzichten voorlopers en maken dit zo te zien voor dit aspect ook waar. De samenhang met extra assistentie lijkt eveneens voor de hand te liggen, maar is nog niet eerder aangetoond.<sup>4</sup> Het hebben van een apotheek of praktijk aan huis blijkt duidelijk niet samen te gaan met een goede organisatie van de preventie.

Hoewel het onderzoek niet primair was opgezet om uitspraken te doen over de praktijkvoering van de Nederlandse huis-

arts in het algemeen, bleek de groep huisartsen in ons onderzoek op een aantal punten goed vergelijkbaar met de Nederlandse huisartsen (geslacht, jaar van vestiging, huisartsopleiding gevolgd, NHG-lidmaatschap, percentage particuliere patiënten, assistentekenmerken). Er waren echter wat minder huisartsen uit solopraktijken en relatief veel uit praktijken op het platteland.<sup>12</sup>

Het kostte in dit onderzoek moeite goede indicatoren met een redelijke spreiding te vinden, doordat de Nederlandse huisarts al voldoet aan veel richtlijnen van dienstverlening en organisatie. Veel aspecten van dienstverlening en organisatie ontbreken in dit onderzoek, omdat ze in de pilotstudie al 100 procent scoorden, of omdat te verwachten was dat ze niet zouden discrimineren. Een oordeel over de kwaliteit van de dienstverlening en organisatie is dan ook niet goed mogelijk op grond van deze gegevens. Wel houden zij de huisarts een spiegel voor. Het oordeel is aan hem of 4,6 minuten wachttijd voor de telefoon of 11 minuten voor het consult nog acceptabel is en of de aanwezigheid van folders er nu echt toe doet. Helemaal waardevrij zijn de gegevens ook niet, want de bevinding dat 100 procent of meer assistentie gunstiger scoort op het merendeel van de dimensies en praktijkgrootte niet, is een krachtig argument om meer te investeren in uitbreiding van assistentie en minder in praktijkverkleining.

Sommige andere aspecten van dienstverlening en organisatie zijn eveneens buiten beschouwing gebleven. Zo bleek het moeilijk de organisatie rond de (herhaal)receptuur of het proces van de afgifte en verwerking van urinemonsters te operationaliseren, doordat deze in een visitatie niet eenvoudig kunnen worden doorge-licht.<sup>13</sup>

Er is opvallend veel literatuur over de consultduur, maar er zijn weinig publicaties over de door de patiënt zelf ervaren wachttijd vóór het consult. In Engeland vonden *Heaney et al.* een gemiddelde wachttijd van ongeveer 14 minuten.<sup>14</sup> Dat is langer dan onze wachttijd van ongeveer 11 minuten, maar het ging in dit geval om feitelijk

gemeten en niet om gerapporteerde wachttijd. Een korte wachttijd betekent service, maar had voor patiënten een relatief lage prioriteit.<sup>15</sup>

De dimensie 'organisatie van de preventie' meet wat direct zichtbaar is in de praktijk op dit gebied. Kwaliteit van de organisatie van de preventie is door *Van Drenth et al.*<sup>4</sup> onderzocht in het kader van een onderzoek naar het effect van de inzet van consulenten, waarbij – bij gebrek aan bestaande richtlijnen – hun eigen richtlijnen de maatstaf voor verbetering van de kwaliteit van preventie waren. Naarmate er meer helderheid komt in de taak die de huisarts(praktijk) heeft in preventie, worden hopelijk ook de richtlijnen voor de noodzakelijke organisatorische randvoorwaarden duidelijker. Een op die richtlijnen geënte dimensie 'organisatie van de preventie' geeft dan extra informatie over de kwaliteit van de preventie, naast outcomegegevens en de bestudering van de verslaglegging van preventieve activiteiten.

Misschien wel de belangrijkste bevinding is de geringere tevredenheid van patiënten in de niet-solopraktijken over de dienstverlening, uitgezonderd de voorlichting in het consult. *Baker & Streatfield* vonden hetzelfde in Engeland en waarschuwden voor deze afnemende tevredenheid bij schaalvergroting.<sup>16</sup> Een belangrijke bevinding is ook dat in de toetsing met deze visitatiemethode solopraktijken hoger scoren op service-aspecten, maar lager op vrijwel alle overige aspecten, zoals uitrusting, delegatie, samenwerking, preventie, voorlichting en verslaglegging.<sup>8-10</sup> Nader onderzoek naar de consequenties van verschillen in praktijkvoering voor de verleende zorg is gewenst.

## Literatuur

- 1 Van den Hombergh P, Dalhuysen J, Grol R, et al. Checklist praktijkvoering. Utrecht: NHG, 1994.
- 2 Pritchard P, Low K, Whalen M. Management in general practice. Oxford: Oxford University Press, 1984.
- 3 Buckley G. Auditing the organisation. In: Marinker M. Medical audit and general

- practice. London: BMJ, 1990.
- 4 Van Drenth BB, Hulscher MEJL, Van der Wouden JC. Ondersteuning van huisartspraktijken bij preventie van hart- en vaatziekten. Eindrapport van het HAP-project. Nijmegen, Rotterdam: WOK-KUN/RL, EUR, 1994.
  - 5 NHG-Standaard Bereikbaarheid/Beschikbaarheid. Huisarts Wet 1989; 32: 219-22.
  - 6 Neave HR. Managing into the 90's. The Deming philosophy. London: Department of Trade and Industry, 1990.
  - 7 Wensing M, Grol R, Smits A. Quality judgements by patients on general practice care. A literature analysis. Soc Science Med 1994; 38: 45-53.
  - 8 Van den Hombergh P, Grol R, Van den Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. De uitrusting van de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1997; 40(1): 9-13.
  - 9 Van den Hombergh P, Grol R, Van Eijck TCM, et al. Taken van de praktijkassistent. Huisarts Wet 1997; 40(5): 193-8.
  - 10 Van den Hombergh P, Grol R, Smits AJN, Van den Bosch WJHM. Visitatie van huisartspraktijken. Naar toetsing van de praktijkvoering. Huisarts Wet 1995; 38: 169-174.
  - 11 Foets M, Stokx L, Hutten J, Sixma H. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport. De huisartsenquête: datareductie door schaalconstructie. Utrecht: Nivel, 1991.
  - 12 Zwaard A, Dalhuysen J, Grol R, Mokkink HGA. Verspreiding en invoering van richtlijnen en toetsingsprocedures voor het medisch handelen onder huisartsen. Richtlijnenproject. Nijmegen: WOK-KUN/RL, NHG 1994.
  - 13 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q 1966; 44: 166-206.
  - 14 Heaney DJ, Howie JGR, Porter AMD. Factors influencing waiting times and consultation times in general practice. J R Coll Gen Pract 1991; 41: 315-9.
  - 15 Wensing M, Grol R, Van Montfort P, Smits A. Indicators of the quality of general practice care of patients with chronic illness: a step towards the real involvement of patients in the assessment of the quality of care. Qual Health Care 1996; 5: 73-80.
  - 16 Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. Br J Gen Pract 1994; 45: 654-9. ■

# Abstract

**Van den Hombergh P, Grol R, Wensing M, Van den Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. Service and organisation in general practice. Huisarts Wet 1997; 40(7): 290-5.**

**Objectives** To determine differences between practices in service and practice organisation (excluded delegated tasks) and factors that could explain these differences.

**Design and setting** Sample survey; 110 GPs in 88 practices in the Netherlands in 1994.

**Main measures** Indicators were selected from a thesaurus validated in a consensus round among 40 GPs and experts and tested in a pilot study. The indicators resulted in questions for the patient, the GP and the visiting observer,

being part of the Visitation method to Assess Management in General Practice (VIP).

**Results** 19 Questions (indicators) for the patient (averages per question of 15 questionnaires per GP) were discriminative (between 5 per cent and 95 per cent), 10 in the GP's questionnaire and 12 in the list of the observer. Factor-analysis over the 41 indicators revealed five components of service and organisation of service: 1. Accessibility 2. Availability, organisation of surgeries 3. Active use of patient information materials on diseases 4. Availability of patient information in the surgery 5. Organisation of prevention. All components showed marked variation on both indicators and dimensions; single handed practices and practices having less patients when on call, scored higher on accessibility, country practices scored higher on availability. More than full time assistance per GP scored higher on all components. Single handed GPs made patients wait less before entering the surgery but used less information material. List size of the practice and vocational training did not explain any differences.

**Conclusion** The field of service and practice organisation of the service was clearly established and showed marked variation between GPs and practices. Patients provided useful information on important indicators of the service in addition to the information of the observer and the visited GP on the organisation of services. It was difficult to find discriminating indicators suggesting good service and practice organisation.

**Key words** Assessment; Family practice; Practice management; Service.

**Correspondence** P. van den Hombergh MD, Schapenmeent 228, 1357 GX Almere, The Netherlands.