DE PATIËNT ALS CONSUMENT. HOE KIEST MEN EEN HUISARTS?

Ann-Sophie VAN OUDENHOVE, Universiteit Gent

Promotor: dr. Veerle Vyncke, Universiteit Gent

Copromotor: dr. Julie Vanden Bulcke, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

INHOUDSOPGAVE

I ABSTRACT 1

II ACHTERGROND 2

III INLEIDING 3

1. Methodologie 3

2. Literatuurstudie 3
   2.1 Keuze huisarts 3
   2.2 Patiëntenvoorkeuren 5
   2.3 Tevredenheid eerstelijnsgezondheidszorg en patiëntenkenmerken 9
   2.4 Conclusie literatuurstudie 10

IV ONDERZOEKSMETHODIEK 11

1. Onderzoeksopzet 11

2. Opstellen vragenlijst 11

3. Variabelen 12
   3.1 Keuze huisarts 12
   3.2 Patiëntenvoorkeuren 12
   3.3 Patiëntenkenmerken 13

4. Gegevensverzameling 15

5. Verwerking van de gegevens 16

V RESULTATEN 17

1. Response rate 17

2. Patiëntenkenmerken 17
   2.1 Socio-demografische gegevens 17
   2.2 Gezondheid 20
   2.3 Consumptie eerstelijnsgezondheidszorg 21

3. Keuze huisarts 22
   3.1 Om persoonlijke redenen 23
   3.2 Omwille van de praktijk en/of praktijkorganisatie 24
   3.3 Omwille van een arts die in de praktijk werkzaam is 25
   3.4 Omwille van een andere reden 27

4. Patiëntenvoorkeuren 27
   4.1 Voorkeur praktijkvorm 27
   4.2 Voorkeur om steeds dezelfde huisarts te consulteren 28

4.3 Voorkeur voor een mannelijke of vrouwelijke huisarts 29
4.4 Voorkeur voor vrije raadpleging of een afsprakensysteem 30
4.5 Voorkeur voor consultaties op zaterdagvoormiddag 31
4.6 Voorkeur voor een praktijkwebsite 32

VI DISCUSSIE 34

1. Patiëntenkenmerken steekproef 34
1.1 Socio-demografische gegevens 34
1.2 Gezondheid 35
1.3 Consumptie eerstelijnsgezondheidszorg 36

2. Keuze huisarts 36

3. Patiëntenvoorkeuren 38
3.1 Voorkeur praktijkvorm 38
3.2 Voorkeur om steeds dezelfde huisarts te consulteren 39
3.3 Voorkeur voor een mannelijke of vrouwelijke huisarts 39
3.4 Voorkeur voor vrije raadpleging of afsprakensysteem 39
3.5 Voorkeur voor consultaties op zaterdagvoormiddag 40
3.6 Voorkeur praktijkwebsite 40

4. Beperkingen en sterktes van het onderzoek 41
4.1 Sterktes 41
4.2 Beperkingen 42

5. Implicaties voor de praktijk 44

6. Suggesties voor verder onderzoek 45

VII CONCLUSIE 46

VIII REFERENTIELIJST 47

IX BIJLAGEN 51

1. Bijlage: Goedgekeurd protocol ‘De patiënt als consument – Hoe kiest men een huisarts?’ 51

2. Bijlage: Goedkeuring Ethische Commissie 55

3. Bijlage: Informatiebrief 57

4. Bijlage: Vragenlijst 59

5. Bijlage: Informatieblad wachtzaal 66

6. Bijlage: Praktijkschets 67

7. Bijlage: Bijkomende analyses 71

VOORWOORD

Deze thesis kadert binnen de master-na-masteropleiding Huisartsgeneeskunde. Als toekomstige huisarts boeit de vraag mij waarom patiënten voor een bepaalde huisarts kiezen. Waarom consulteren ze onze praktijk en niet een andere naburige praktijk? In deze thesis probeer ik daar een antwoord op te zoeken. De eerstelijnsgezondheidszorg is nog steeds in volle ontwikkeling, daarom vond ik het ook interessant om de mening van patiënten omtrent enkele topics rond de praktijkorganisatie na te gaan. Ik hoop dat dit onderwerp u, als lezer, evenzeer kan boeien.

Ik ben mijn promotor, dr. Veerle Vyncke, en mijn copromotor, dr. Julie Vanden Bulcke, uitermate dankbaar om me te helpen bij het uitdiepen van de onderzoeksvraag en het opstellen van de vragenlijst. Zij stonden me steeds bij met goede raad. Zij hielpen me opnieuw het bos door de bomen te zien wanneer ik even verloren was. In het bijzonder wil ik dr. Veerle Vyncke danken om me in te leiden in de wondere wereld van de logistische regressie.

Mijn oprechte dank gaat ook uit naar de artsen en de secretariaatsmedewerkers van de praktijken die meewerkten aan dit onderzoek en naar Betty, Greg en Riet voor het nalezen van mijn werk.

Verder wil ik graag mijn praktijkopleiders, dr. Van Hecke en dr. Balcaen, danken om me de kneepjes van de Huisartsgeneeskunde bij te brengen.

Tot slot een woordje van dank voor mijn familie en vrienden voor de steun de afgelopen jaren en in het bijzonder de voorbije maanden zodat ik deze scriptie tot een goed eind kon brengen.

Ann-Sophie Van Oudenhove

April 2017

I ABSTRACT

HAIO: Ann-Sophie Van Oudenhove, Universiteit Gent
Promotor: dr. Veerle Vyncke, Universiteit Gent
Copromotor: dr. Julie Vanden Bulcke, Universiteit Gent
Praktijkopleider: dr. Christine Balcaen, dr. Arnaud Van Hecke

Titel: De patiënt als consument. Hoe kiest men een huisarts?

Achtergrond: In België heeft 96% een vaste huisarts waarbij er keuzevrijheid geldt. Er is echter weinig geweten over waarom men voor een bepaalde huisarts kiest. Uit de literatuur blijkt dat dit een complexe wisselwerking is tussen kenmerken van de patiënt, de praktijk en de arts.

Onderzoeksvraag: Deze thesis verkent de redenen om voor een specifieke huisarts te kiezen in zes halfstedelijk tot landelijk gelegen praktijken in Vlaanderen. Verder wordt nagegaan of de deelnemers steeds dezelfde arts wensen te consulteren en of zij een voorkeur hebben voor het geslacht van de arts. Tot slot worden de voorkeuren anno 2016 over de praktijkorganisatie onderzocht, meer bepaald omtrent het afsprakensysteem, afspraken op zaterdag en de praktijkwebsite.

Methodologie: Cross-sectionele studie op basis van gestructureerde schriftelijke vragenlijsten voorgelegd aan meerderjarige, wilsbekwame patiënten die tijdens de studieperiode een van de zes geïncludeerde opleidingspraktijken consulteren.

Resultaten: De steekproef bestaat uit 326 personen (response rate: 67,9%), 62,6% vrouwen en 37,4% mannen, met een gemiddelde leeftijd van 51,6 jaar. Een huisarts kiezen omwille van de praktijk(organisatie) werd 273 keer aangeduid, met als voornaamste reden de bereikbaarheid (50,9%), 268 keer werd een persoonlijke reden aangegeven met als belangrijkste reden dat familieleden er reeds patiënt waren (43,2%) en 254 personen gaven aan dat de arts die werkzaam is in de praktijk hun keuze beïnvloedt, met name iemand in wie ze veel vertrouwen stellen (71,3%) en die de tijd neemt om naar hen te luisteren (61,4%). Een groepspraktijk lijkt de praktijk van voorkeur voor 42,3% (N=324). 75,4% (N=325) wenst steeds dezelfde arts te spreken en 73,5% (N=324) heeft geen voorkeur voor het geslacht van de arts. 51,2% (N=326) verkiest een volledig afsprakensysteem, 41,7% een gemengd systeem. 76,6% (N=325) vindt consultaties op zaterdagvoormiddag een meerwaarde. Het nut van een praktijkwebsite wordt erkend door 82,8% (N=326), en deze bevat idealiter de uren van raadpleging, een online afsprakensysteem, de contactgegevens van de praktijk en informatie over de artsen, medewerkers en de wachtdienst.

Conclusie: Vlaamse patiënten stellen zich op als passieve consumenten in de zoektocht naar een huisarts. Zij kiezen een huisartsenpraktijk omwille van de bereikbaarheid van de praktijk, omdat familieleden er reeds patiënt zijn of omdat ze vertrouwen stellen in een arts en deze de tijd neemt om naar hen te luisteren. Volgens deze studie is de ideale huisartsenpraktijk een groepspraktijk, waar de patiënten een vaste arts hebben, die op afspraak werkt of met een gemengd afsprakensysteem, waar consultaties op zaterdagvoormiddag mogelijk zijn en die beschikt over een praktijkwebsite. Deze inzichten kunnen gebruikt worden bij de (her)organisatie van een praktijk.

Trefwoorden:keuze huisarts, patiëntenvoorkeuren, praktijkorganisatie, eerstelijnsgezondheidszorg

Contact: annsophievanoudenhove@msn.com

II ACHTERGROND

In Vlaanderen heeft 96% van de bevolking een vaste huisarts en zijn er ongeveer 9,5 huisartsen per 10.000 inwoners beschikbaar. (1) Ongeveer drie kwart heeft minstens één contact met de huisarts per jaar en gemiddeld gaat dit om circa vier contacten per jaar per persoon. Vrouwen consulteren de huisarts vaker dan mannen. Het aantal contacten met de huisarts neemt ook exponentieel toe met de leeftijd. Deze frequentere contacten bij de ouderen dragen ertoe bij dat ouderen langer zelfstandig kunnen functioneren. 57% consulteert een solo-arts, 42% een huisarts in een duo- of groepspraktijk en minder dan 1% een huisarts werkzaam in een multidisciplinair wijkgezondheidscentrum. (2) Er zijn heel wat cijfers gekend over de eerstelijn. Op heden is het echter nog niet helemaal duidelijk om welke reden patiënten voor hun specifieke huisarts of huisartsenpraktijk kiezen. Victoor et al. verzamelde in een scoping review de studies over de keuze voor een zorgverlener gevoerd in Westerse landen, met een overwicht aan landen uit de USA. Hieruit blijkt dat keuzes gebaseerd zijn op een complexe wisselwerking tussen kenmerken van de patiënt en zorgverlener. (3) Deze studie concentreerde zich echter niet op de eerstelijn.

Er wordt bovendien nagedacht over de organisatie van die eerstelijnsgezondheidszorg. Naar de toekomst toe wil men het landschap hertekenen. Zo formuleerden de professoren huisartsgeneeskunde in *Together we change* hun toekomstvisie waarbij men wil evolueren naar een sterk uitgebouwde eerstelijn. België wordt daarbij hertekend in geografisch omschreven eerstelijnszones van 75.000 tot 125.000 inwoners waarbinnen netwerken van eerstelijnszorgvoorzieningen actief zijn. Deze laatste zijn teams, gevormd door een huisartsenpraktijk die samenwerkt met onder meer verpleegkundigen, eerstelijnspsychologen, apotheken, kinesitherapeuten, thuiszorgdiensten, maatschappelijk werk, … De patiënt schrijft zich in een huisartsenpraktijk naar keuze in binnen de eerstelijnszone van zijn of haar woonplaats. Hij of zij ontvangt hierbij ook de zorg van de aan de huisartsenpraktijk gekoppelde eerstelijnsvoorzieningen. (1)

Het doel van deze studie is na te gaan hoe patiënten hun huisarts kiezen. Is dit een bewuste keuze of is deze eerder gemaakt op basis van praktische argumenten, zoals bijvoorbeeld de ligging van de praktijk. Bovendien zal ook worden onderzocht of patiënten een voorkeur hebben om steeds dezelfde arts te spreken en of het geslacht van de arts van belang is.

In de internationale literatuur heeft men reeds onderzoek gedaan naar de voorkeuren van de patiënten die de eerstelijn consulteren en hoe zij de eerstelijnsgezondheidszorg evalueren. Deze masterscriptie heeft als bedoeling te achterhalen wat de wensen zijn van de consumenten van de eerstelijnsgezondheidszorg op het vlak van organisatie van een huisartsenpraktijk, meer bepaald welke praktijkvorm zij verkiezen, of zaterdagvoormiddagconsultaties een meerwaarde kunnen zijn, hun mening over een praktijkwebsite en of men een vrije raadpleging of consultaties op afspraak verkiest. De meerwaarde van dit onderzoek is dan ook te vinden in het feit dat men, in tegenstelling tot andere onderzoeken in Vlaanderen, deze verschillende aspecten terzelfdertijd onderzoekt en dit in meerdere praktijken. Een algemene trend kan daarbij relevant zijn voor het bepalen van de organisatie van een huisartsenpraktijk.

III INLEIDING

1. Methodologie

Met het oog op het schrijven van de inleiding en het opstellen van een vragenlijst werd een literatuurstudie uitgevoerd betreffende het consumentengedrag van de eerstelijnspatiënten en hun oordeel over de eerstelijnsgezondheidszorg. Er werden eveneens artikels geselecteerd met vergelijkbare onderzoeksvragen in een eerstelijnspopulatie om de resultaten van deze studie te toetsen aan reeds bestaande literatuur ten einde de discussie op te bouwen.

Een combinatie van volgende trefwoorden werd ingegeven in de zoekrobot van de database Pubmed: *'consumer'*, '*expectations'*, *'experience', 'family care practice'*, '*general practice*', '*general practitioner'*, '*organisation'*, '*patient choice'*, '*patient(s)*', *'preferences'*, '*primary care', 'satisfaction', 'website(s)', 'weekend opening'*. Nederlandstalige onderzoeksartikels werden gezocht via Google Scholar met de trefwoorden *'eerstelijnsgezondheidszorg', 'evaluatie', 'huisarts', 'huisartsenpraktijk', 'keuze van een huisarts', 'patiënten', 'praktijkorganisatie'*. De ICHO-databank met masterproeven werd doorzocht op zoek naar masterscripties die in hetzelfde thema kaderen. Verder werden ook via de sneeuwbalmethode artikels bekomen, met name uit de referentielijst van reeds geselecteerde artikels.

Uitsluitend Nederlands- en Engelstalige artikels en scripties waarvan bovendien de volledige tekst online kon geraadpleegd worden, werden weerhouden. De artikels konden worden geraadpleegd via de SFX-dienst van de Universiteit Gent. Een eerste selectie van de artikels gebeurde op basis van het abstract. De weerhouden artikels ondergingen dan een tweede selectie waarbij de methodologie, discussie en conclusie werden doorgenomen. De organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg verschilt wereldwijd. Aangezien er een beperkt aantal studies zijn die in de Belgische eerstelijnsgezondheidszorg zijn uitgevoerd, werd geopteerd ook internationale onderzoeken te includeren, doch enkel diegenen die in een Westerse setting plaatsvonden. Er werd daarenboven nagegaan of er recentere artikels beschikbaar zijn door de geselecteerde artikels in te geven in Web of Science.

2. Literatuurstudie

2.1 Keuze huisarts

In de internationale literatuur worden weinig artikels teruggevonden die handelen over de redenen waarom patiënten voor hun huisarts kiezen. Een scoping review toont dat slechts weinigen actief hun zorgverlener kiezen. Deze review includeert echter ook onderzoeken die niet in de eerstelijn werden gevoerd. (3) In een Engels onderzoek uit de jaren tachtig werd door middel van een vragenlijst met zowel open als gesloten vragen gepeild naar de reden waarom personen gekozen hadden voor een huisartsenpraktijk. De enquêtes werden via de post verstuurd naar patiënten die zich tijdens een bepaalde periode hadden ingeschreven in een van de vijf studiepraktijken. Uit dit onderzoek blijkt dat de patiënt zich weinig als consument gedraagt bij het kiezen van een huisartsenpraktijk. De voornaamste reden voor hun keuze is de

ligging van de praktijk. 58% was van mening zich te hebben ingeschreven in de dichtstbijzijnde praktijk, doch in slechts 42% betrof het wel degelijk de meest nabije praktijk. Een derde van de deelnemers had zich ingeschreven in de huisartsenpraktijk omdat ze geen andere praktijk kenden. In het algemeen leek men dus eerder te kiezen voor een praktijk dan voor een arts. In de helft van de gevallen hadden de deelnemers voor de praktijk gekozen op aanraden van een vriend, buur of familielid. (4) Een huisarts aanraden aan anderen is het vaakst geassocieerd met de volgende kenmerken van de arts: empathisch zijn, patiënt georiënteerd, informatie geven en ervaren zijn. (5)

Recenter onderzoek bevestigt eveneens dat de meerderheid van de patiënten zich als een passieve consument van eerstelijnsgezondheidszorg gedraagt. Slechts een minderheid gaat actief op zoek naar een arts. Bovendien bestaan hierbij grote verschillen tussen subgroepen in de mate hoe men zich als een consument opstelt in deze zoektocht. Een zelf gerapporteerde minder goede gezondheid, frequentere consultaties het afgelopen jaar en een sterkere band met een individuele arts worden geassocieerd met een passievere houding. Daarentegen stellen etnische minderheden, diegenen die zeggen informatie te consulteren om een arts te kiezen en diegenen die van arts veranderen omwille van ontevredenheid, zich meer op als consument. (6)
Patiënten die een vaste huisarts hebben, zullen niet gemakkelijk veranderen; tenzij om praktische redenen, zoals verhuizen, of op basis van ontevredenheid over meerdere zaken. (4,7)
Een studie uitgevoerd in Italië vond dat het veranderen van huisarts werd aangestuurd vanuit een combinatie van persoonlijke redenen geassocieerd met de arts. Het karakter en de persoonlijkheid van de arts was een frequent terugkerende reden, waarbij het gehaast zijn van de arts en het onvoldoende tijd vrij maken voor het luisteren naar de patiënt de meest aangehaalde voorbeelden waren. Een andere mogelijke motivatie tot veranderen was de desorganisatie van de huisarts, met de lange wachttijd in de wachtzaal als belangrijkste reden. Maar ook de bereikbaarheid van de arts, bijvoorbeeld het kunnen spreken van de arts telefonisch, is een mogelijke reden. Het niet krijgen van de verwachte dienstverlening of de noodzakelijk geachte zorgen is een andere mogelijke drijfveer. (8)
Pedersen et al. liet een Deense populatie in een discreet keuze experiment een huisarts kiezen op basis van gegevens rond de wachttijd aan de telefoon, de openingsuren, de wachttijd voor een afspraak, de afstand tot de praktijk, de wachttijd in de wachtkamer, de duur van een consultatie en de aanwezigheid van een verpleegkundige die routinetaken uitvoert. Uit dit onderzoek blijkt dat huisartsen zich niet volledig bewust zijn van de voorkeuren van de patiënten en dat de deelnemers zich bij een geforceerde keuze voornamelijk baseren op de wachttijd aan de telefoon, de tijd tot wanneer een consultatie mogelijk is, de duur van een consultatie en de afstand. (9) Het zelf kunnen kiezen van een huisarts gaat gepaard met een hogere tevredenheid en de kans dat een langdurige arts-patiëntrelatie wordt opgebouwd. (10,11)

2.2 Patiëntenvoorkeuren

In de literatuur werd nagegaan wat er reeds gekend is over de voorkeur voor de praktijkorganisatie, een afsprakensysteem en een praktijkwebsite. Verder werd onderzocht of patiënten steeds dezelfde arts wensen te spreken en of zij een voorkeur hebben voor een mannelijke of vrouwelijke huisarts. Een systematische literatuuranalyse toont dat patiënt kenmerken een belangrijke determinant zijn voor voorkeuren aangaande de eerstelijnsgezondheidszorg. Er is duidelijk een verband, maar er is nog verder onderzoek nodig om te begrijpen in hoeverre deze de voorkeuren beïnvloeden. (12) De opvallendste bevinding is dat jongere patiënten andere voorkeuren hebben dan oudere patiënten. Hiervoor zijn verschillende hypotheses, zoals bijvoorbeeld dat oudere patiënten vaker consulteren, een slechtere gezondheidsstatus hebben en dus andere noden hebben. Een andere mogelijkheid kan zijn dat zij in een ander tijdperk zijn opgegroeid en dus eerder een paternalistische houding verwachten van hun arts. Het is duidelijk dat voorkeuren veranderen over de tijd. Er zijn eveneens verschillen terug te vinden tussen mannen en vrouwen. (12,13) In onderstaande tekst wordt de actuele kennis over de invloed van patiëntenkenmerken op de patiëntenvoorkeuren vermeld.

2.2.1 Voorkeur praktijkvorm

Wat betreft de grootte van de praktijk geeft de literatuur aan dat patiënten over het algemeen kleinere huisartsenpraktijken verkiezen (14-19), omdat de perceptie bestaat dat deze toegankelijker zijn. (16-18,20,21) Om dezelfde reden consulteren zij ook liever geen opleidingspraktijk. (20-22) In de studie van Sebo et al. lijkt bovendien de mate van tevredenheid te verminderen met de aanwezigheid van meer artsen in de praktijk. (17) De eerstelijnsgezondheidszorg evolueert echter naar groepspraktijken. Een internationale studie uit 2004 stelt dat patiënten vermoedelijk al wat aangepast zijn aan praktijken met meer artsen, maar dat zij -anno 2004 weliswaar- nog moeten wennen aan de aanwezigheid van praktijkassistenten, verpleegsters of andere paramedici in de praktijk. (23) Uit masterscripties blijkt bovendien dat patiënten de voordelen van een samenwerkingsverband zoals een groepspraktijk inzien. (24) Als voordeel komt onder meer de grote toegankelijkheid van de groepspraktijk naar voor, wat opmerkelijk is gezien dit in contrast staat met de eerder aangehaalde perceptie van patiënten over een hogere toegankelijkheid bij kleinere praktijken. (16-18,20,21) Een ander voordeel van een groepspraktijk is de snelle hulp bij urgenties, gezien hiervoor meerdere artsen kunnen instaan. Als nadeel vermelden patiënten dan weer de verminderde individuele beschikbaarheid van de artsen. Bijgevolg is de communicatie over patiënten en het adequaat en gestructureerd bijhouden van het (elektronisch) medisch dossier uitermate belangrijk in een groepspraktijk. (25)

Geen enkele praktijkvorm steekt er bovenuit wat betreft de kwaliteit van dienstverlening, elke praktijkorganisatie heeft zijn voor- en nadelen. De mogelijke relatie tussen de grootte van de praktijk en de kwaliteit van zorg is niet eenvoudig. Zo is de kwaliteit van de infrastructuur van en het team in groepspraktijken beter dan in solopraktijken. Het voordeel van solopraktijken is dan weer de continuïteit van zorg, hetgeen de patiënten belangrijk vinden. (16,18,26,27) De geografische ligging van de praktijken heeft geen invloed op de evaluatie van de zorg. (21)

Parkerton et al. suggereert dat de kwaliteit van zorg kan verbeteren wanneer artsen de verantwoordelijkheid over een patiëntenpopulatie delen en samenwerken met hun gezondheidsmedewerkers en patiënten. Dit doordat er consistentie ontstaat, richtlijnen beter worden toegepast en bepaalde taken kunnen gedelegeerd worden. (28)

2.2.2 Voorkeur om steeds dezelfde arts te raadplegen

Heden wordt er vanuit een eerstelijnsgezondheidsperspectief op organisatorisch gebied minder belang besteed aan het hebben van een persoonlijke dokter dan vroeger. De onderzoeken van dokter Schoonis (29) en Wensing et al. (30) bevestigen dat patiënten het minder belangrijk vinden steeds dezelfde arts te kunnen raadplegen. Deze conclusie wordt echter tegengesproken in de studies van dokter Van Stappen (19) en Jabaaij et al. (31). De wens om steeds dezelfde huisarts te spreken is volgens Jabaaij et al. bovendien sterker bij vrouwen, gepensioneerden en patiënten die veel vertrouwen in de huisarts hebben. (31) Dokter Van Stappen kon dan weer geen relatie weerhouden tussen het hebben van een voorkeur voor één specifieke arts en de leeftijd noch het geslacht van de deelnemers. Zij bevestigt in haar masterscriptie wel dat patiënten een vaste arts verkiezen, voornamelijk omdat zij hun huisarts beschouwen als een vertrouwenspersoon. Indien hun arts van voorkeur niet aanwezig is, zal de meerderheid (62,5%) van de ondervraagden hun consultatie niet uitstellen. Wanneer men toch verkiest op een ander moment langs te komen, wanneer hun vaste arts wel beschikbaar is, is dit voornamelijk omdat het een probleem van psychologische aard betreft of wanneer het gaat om sociale problematiek. (19) De evidentie rond de relatie tussen het consulteren van dezelfde huisarts en de tevredenheid over de zorg is niet eenduidig. Op basis van het onderzoek van Jabaaij et al. denkt men dat deze continuïteit nauwelijks invloed heeft op de tevredenheid over de consultatie (31), terwijl Schers et al. in hun studie concluderen dat patiënten die geen voorkeur hebben voor een bepaalde arts of liever een andere arts hadden gesproken, de consultatie minder positief evalueren dan patiënten die hun arts van voorkeur spraken. (32)

Hoewel er vermoedelijk een voorkeur bestaat voor een persoonlijke continuïteit van zorg verleend door één arts, wordt voorgesteld dat dit evolueert naar een continuïteit verleend door een organisatie in plaats van een individu, hetgeen ook steeds meer zijn ingang vindt. (15,30) De Belgische gezondheidszorg evolueert ook geleidelijk aan naar dit model. Dr. Thys stelt dan ook principieel voor dat patiënten in groepspraktijken twee vaste artsen kiezen, waardoor ze -bijna- steeds door een arts van hun voorkeur kunnen worden geholpen. (25) Buiten de consultatie-uren wordt de zorgverlening bij een dringende zorgvraag georganiseerd door de wachtdienst. Deze wordt weliswaar positief bevonden door artsen, patiënten staan hier minder enthousiast tegenover. (15)

2.2.3 Voorkeur voor een mannelijke of vrouwelijke huisarts

Hoewel patiënten weinig belang hechten aan leeftijd of geslacht bij het kiezen van een huisarts (24), vinden we in de literatuur dat de leeftijd van de arts een beïnvloedende factor is bij de evaluatie van de gezondheidszorg, waarbij een negatief verband bestaat. Vermoedelijk zijn jongere artsen communicatief sterker en worden ze geacht beter opgeleid te zijn en over meer

up-to-date kennis te beschikken. (21,22) Het is niet geheel duidelijk of het geslacht van de arts een invloed heeft op de evaluatie van de zorg. Zowel Baker et al. (22) als Sebo et al. (33) konden geen verschil in tevredenheid vinden louter op basis van het geslacht van de arts. Terwijl een onderzoek uit 2004 vaststelt dat praktijken met meer vrouwelijke artsen een minder goede evaluatie krijgen van patiënten. Vermoedelijk is dit te verklaren doordat vrouwen, om organisatorische redenen, vaker in grotere groepspraktijken werken en deze praktijken in vergelijking met solopraktijken een minder hoge waardering krijgen van patiënten. (23) Doch vinden we in een meta-analyse dat jongere personen zich meer zouden kunnen aangetrokken voelen tot vrouwelijke artsen, omdat zij de nadruk lijken te leggen op shared decision making en de patiënt meer centraal stellen, hetgeen jonge mensen lijken te appreciëren. (34)

2.2.4 Voorkeur voor vrije raadpleging of afsprakensysteem

Er handelen verscheidene masterscripties over het afsprakensysteem in de huisartsenpraktijk. Dr. De Ceukeleire concludeerde uit vragenlijsten afgenomen in een praktijk waar zowel op afspraak als via vrije raadpleging wordt gewerkt dat de voorkeur voor vrije raadpleging of op afspraak ongeveer gelijk verdeeld is. (35) In de studie van dr. Bakelandt willen de patiënten dan weer liever op afspraak komen. (36) De onderzoeken van dr. De Ceukeleire en dr. Bakelandt werden recent gevoerd, zijnde respectievelijk in 2013 en 2012. Vermoedelijk ligt de verklaring voor de verschillende conclusies in het verschil in de praktijken waar de studie werd uitgevoerd. De studie van dr. De Ceukeleire werd gevoerd in een solopraktijk met een HAIO[1], waar voornamelijk gewerkt wordt op vrije raadpleging, en slechts twee consultatieblokken worden vrijgehouden voor afspraken. Dr. Bakelandt voerde haar onderzoek in een groepspraktijk waar zowel op afspraak als op vrije raadpleging wordt gewerkt. De gemiddelde leeftijd van beide studiepopulaties zijn vergelijkbaar, respectievelijk 54,3 jaar en 55 jaar. (35,36) Uit semigestructureerde interviews kan dr. De Mûelenaere dan weer geen conclusies trekken over een voorkeur voor hetzij vrije raadpleging of hetzij consultaties op afspraak. Toch gaat de tendens eerder uit naar een voorkeur voor een systeem op afspraak, op voorwaarde dat de arts het uur van afspraak relatief kan respecteren. (7) Ook dr. Verhoest oppert op basis van de mening van zowel huisarts als patiënt dat enkel op afspraak werken te verkiezen is boven een praktijkorganisatie waarbij zowel op afspraak wordt gewerkt als een vrije raadpleging wordt aangeboden. Dit omdat praktijken die uitsluitend op afspraak werken in haar onderzoek beter scoren dan praktijken met een gemengd systeem op vlak van patiënten tevredenheid en wachttijd. (37)

Literatuur brengt geen eenduidig antwoord over de voorkeur voor het kanaal waarlangs men afspraken wenst te maken. Hoewel 2/3 van de patiënten in de studie van dr. De Ceukeleire over internet beschikt, zou men het liefst telefonisch een afspraak maken. (35) Terwijl men dit in het onderzoek van dr. Bakelandt online wil regelen. (36) Dr. Verstringe concludeert in haar scriptie dat er een duidelijke digitale kloof bestaat en dat het online afsprakensysteem voornamelijk wordt gebruikt door de jongere populatie. De belangrijkste redenen waarom men het systeem niet gebruikt is dat men geen extra vragen kan stellen, er geen persoonlijk contact is en dat alles

[1] Huisarts-in-opleiding

wordt geautomatiseerd. Haar onderzoek vond onder meer plaats in een duo praktijk die ook in deze studie werd geïncludeerd. (38) Volgens patiënten zijn de voordelen van online een afspraak maken dan weer dat men op elk moment van de dag een afspraak kan maken, die het beste past in hun agenda, bij een arts naar keuze. (39)

2.2.5 Voorkeur voor consultaties op zaterdagvoormiddag

Uit een rondvraag bij HAIO's blijkt dat ongeveer een vijfde bereid is om soms op zaterdag te werken als huisarts. (40) In realiteit houdt ongeveer een derde van de huisartsen die minder dan vijf jaar afgestudeerd zijn nog consultaties op zaterdag, waarvan een minderheid wekelijks. (41) De vraag naar consultaties op zaterdagvoormiddag lijkt eerder gestuurd vanuit een voorkeur dan vanuit een echte noodzaak. (42,43) Consultaties in het weekend kunnen wel zinvol zijn voor een bepaalde subgroep, zoals jonge mensen die fulltime werken. (42) Nochtans zouden consultaties op zaterdag minder belangrijk zijn dan avondconsultaties op weekdagen. (44) Uit een masterscriptie blijkt dat de meerderheid van de patiënten vindt dat consultaties na 18 uur dagelijks mogelijk moeten zijn. Ongeveer de helft van de deelnemers van de studie geeft aan dat men er zou over nadenken te veranderen van huisarts indien er geen avondconsultaties meer worden georganiseerd in de huidige praktijk. (45)

2.2.6 Voorkeur voor een praktijkwebsite

In de masterscriptie van dr. Willekens vond 81% van de ondervraagden een praktijkwebsite een meerwaarde. Ongeveer 85% vond de praktijkwebsite een goed alternatief voor folders om patiënten te informeren en als middel om aan gezondheidspromotie te doen. (46) Er bestaat geen algemene richtlijn over de inhoud van een praktijkwebsite, maar wel enkele kwaliteitscriteria. De kwaliteit van de verleende info op dergelijke webpagina's zou immers eerder matig zijn. (47,48) Er bestaan ook deontologische adviezen; een praktijkwebsite moet tot doel hebben de patiënten te informeren en mag geen middel zijn tot het voeren van publiciteit. (47) In de focusgroepinterviews die dr. Van Den Berghe hield voor haar scriptie komt naar voor dat patiënten vooral praktische informatie op een praktijkwebsite wensen terug te vinden, zoals de werking van de praktijk en de wachtdienst. Veel patiënten gaan online op zoek naar gezondheidsinformatie, doch hebben het moeilijk met het grote aanbod aan informatie en de betrouwbaarheid hiervan. Zij besluit dat het verlenen van gezondheidsinformatie op een praktijkwebsite een voordeel kan betekenen, doch dat dit niet noodzakelijk wordt geacht door patiënten. Zij verkiezen eerder een gebruiksvriendelijke en eenvoudige website en verwachten er geen uitgebreide gezondheidsinformatie terug te vinden. De geïnterviewden beschouwden volgende onderwerpen als interessant voor op een praktijkwebsite: aanbevelingen voor doorverwijzing of producten, nieuwstopics, informatie rond gezondheidspreventie en informatie rond eerste hulp bij ongevallen. (49)

2.3 Tevredenheid eerstelijnsgezondheidszorg en patiëntenkenmerken

Een grote tevredenheid over de eerstelijnsgezondheidszorg is belangrijk, gezien een goede evaluatie wordt geassocieerd met hogere therapietrouw, betere preventie, betere klinische outcome en minder gebruik van de gezondheidszorg. (50) De meeste studies concluderen dat in Europa de patiënten in het algemeen zeer tevreden zijn over hun huisarts en hun huisartsenpraktijk. Het belangrijkst vinden zij volgens de EUROPEP-studie, waarin België werd opgenomen, dat ze voldoende tijd krijgen tijdens de consultatie, de manier waarop de huisarts luistert naar hun problemen, het confidentieel behandelen van hun gegevens en een snelle dienstverlening bij urgenties. Men drukt zich eerder negatief uit over de wachttijd, toegankelijkheid en organisatie van de preventieve geneeskunde. (51) Uit internationaal onderzoek worden de prioriteiten die patiënten stellen verder aangevuld met het verschaffen van voldoende informatie over hun ziekte en het beleid en dit volgens de wensen van de patiënt; de openheid om alle problemen bespreekbaar te maken; goed opgeleide en frequente bijscholing van de artsen; de beschikbaarheid, korte wachttijden; preventieve geneeskunde; een kritische houding aannemen tegenover medicatie en beleid en uitleg over het doel van onderzoeken en behandelingen. De prioriteiten wat betreft de goede kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg zijn over het algemeen vergelijkbaar in vele landen, over verschillende culturen heen. Er bestaat een gemeenschappelijke visie op het gebied van arts-patiënt-communicatie en de toegankelijkheid van de eerste lijn. Er zijn echter wel regionale verschillen, zoals bijvoorbeeld in welke mate patiënten belang hechten aan het consulteren van steeds dezelfde huisarts. Dit is vermoedelijk te wijten aan culturele verschillen of verschillen in de organisatie van de gezondheidszorg. In deze studie van Grol et al. werd België echter niet geïncludeerd. (13) We kunnen wel veronderstellen dat de resultaten kunnen geëxtrapoleerd worden, gezien dr. Schoonis vond dat de patiënten van haar opleidingspraktijk, een associatie van twee reeds bestaande solopraktijken, gelijkaardige prioriteiten stellen. Zij hechten bovendien ook belang aan een goede relatie tussen alle praktijkmedewerkers en een gedeelde inzage van het medisch dossier zodat alle artsen op de hoogte zijn van het gevolgde beleid. (29)

De grootste ontevredenheid is volgens het onderzoek van dr. De Mûelenaere te vinden in de praktijkorganisatie, waarbij een efficiënte organisatie van de zorg wordt verwacht. De huisarts is op heden nog steeds een familie-arts. De belangrijkste verwachting die patiënten stellen is een huisarts vinden met wie het klikt. Dit is uiteraard een individueel gestuurd gegeven, doch enkele gemeenschappelijke kenmerken konden uit de interviews worden gedestilleerd, deze zijn: gedrevenheid van de arts voor zijn job; luisterbereidheid en empathie; interesse in de context en achtergrond van de patiënt; een directe communicatiestijl en uitleg op maat van de patiënt. De vertrouwensrelatie tussen patiënt en huisarts is de basis voor een mogelijk langdurige samenwerking, waarbij een open communicatie, empathie en de mogelijkheid tot *shared decision making* belangrijk zijn. (7)

Ook de tevredenheid over de kwaliteit van de verleende zorg wordt beïnvloed door patiëntenkenmerken. Oudere patiënten bijvoorbeeld zijn over het algemeen meer tevreden over de gezondheidszorg. Het is niet zo dat de ouderen minder verwachtingen hebben wat betreft de gezondheidszorg, zelfs in tegendeel, het is echter wel zo dat zij geloven dat er meer aan hun verwachtingen wordt voldaan. Een goede inschatting van de eigen gezondheid, een betere

mentale gezondheid en frequentere contacten met de huisarts beïnvloeden de evaluatie in positieve zin. Verder blijken lager opgeleiden en vrouwen meer tevreden te zijn. De vraag is of deze verschillen het gevolg zijn van de verschillende voorkeuren die hiermee gepaard gaan of dat verschillende types patiënten anders worden behandeld. Vermoedelijk beoordelen patiënten die eerder een passieve houding aannemen tegenover hun arts, hun arts positiever. Ondanks de veranderingen in de maatschappij, economie en gezondheidszorg lijkt de tevredenheid over de eerstelijnsgezondheidszorg in tijd niet te veranderen. (17,52-56)

2.4 Conclusie literatuurstudie

Uit het onderzoek reeds gevoerd in de eerstelijn blijkt dat patiënten zich weinig als consument opstellen bij de keuze van een huisarts. Zij kiezen voornamelijk voor een huisarts of huisartsenpraktijk op basis van de ligging van de praktijk of op aanraden van familie en kennissen. Deze keuzes kunnen echter beïnvloed worden door een complex samenspel van persoonskenmerken, kenmerken van de praktijk en kenmerken van de arts. Toch blijft de evidentie eerder op de oppervlakte en is een meer gedetailleerd inzicht nodig, zeker in een Vlaamse context. Deze thesis zal daarom aan de hand van een vragenlijst bij patiënten van zes Vlaamse praktijken nagaan waarom zij voor die bepaalde huisartsenpraktijk hebben gekozen. Uit de literatuurstudie blijkt verder dat patiënten een voorkeur lijken te hebben voor kleinere praktijken, dat zij een vaste arts wensen en dat zij minder belang lijken te hechten aan het geslacht van de arts. Er is geen duidelijkheid over de voorkeur voor vrije raadpleging of een afsprakensysteem en op welke manier men een afspraak wenst te maken. Consultaties op zaterdagvoormiddag lijken niet absoluut noodzakelijk te zijn, maar kunnen wel een meerwaarde betekenen voor bepaalde subgroepen, al is hierover relatief weinig terug te vinden. Een praktijkwebsite kan zinvol zijn, moet eenvoudig en gebruiksvriendelijk zijn en voornamelijk informatie over de praktijk en de wachtdienst bevatten. Gezien omtrent de eerder aangehaalde voorkeuren weinig geweten is in Vlaanderen, zijn in de vragenlijst ook vragen opgenomen om te onderzoeken wat de voorkeuren van de Vlaamse patiënt zijn.

IV ONDERZOEKSMETHODIEK

1. Onderzoeksopzet

Dit epidemiologisch onderzoek betreft een prospectief cross-sectionele studie op basis van gestructureerde vragenlijsten. Het doel van deze studie is te peilen naar het consumentengedrag van de Vlaamse patiënt in de eerstelijn. Het hoofddoel is hierbij te bepalen om welke redenen mensen voor een bepaalde huisarts of huisartsenpraktijk kiezen. Verder wordt in deze studie nagegaan of patiënten steeds dezelfde arts wensen te spreken en of zij een voorkeur hebben voor een mannelijke of vrouwelijke arts, zij een praktijkwebsite een meerwaarde vinden, zij vrije raadpleging of consultaties op afspraak verkiezen en in het laatste geval, op welke manier zij een afspraak wensen vast te leggen.

Er werd toestemming verkregen van de Commissie voor Medische Ethiek UGent/UZGent voor het opstarten van het onderzoek (cfr. bijlage 2). Het goedgekeurd protocol kan worden teruggevonden in bijlage 1. Er dient geen financiële ondersteuning vermeld te worden. De onderzoeker is werkzaam als huisarts-in-opleiding in twee van de zes studiepraktijken, met name solopraktijk 1 en duopraktijk 4.

2. Opstellen vragenlijst

Voor het opstellen van de vragenlijst werd allereerst een verkennende literatuurstudie verricht, zoals beschreven in de methodologie in de inleiding. Aan enkele patiënten in de opleidingspraktijk werd tevens gevraagd om welke reden zij voor een huisartsenpraktijk kiezen. Er werd een eerste versie opgesteld. Waar mogelijk zijn vragen gebruikt uit gevalideerde vragenlijsten, namelijk de QUALICOPC-studie, de EUROPEP-vragenlijst en de Gezondheidsenquête 2013. De QUALICOPC (Quality and Costs of Primary Care in Europe) -studie heeft als doel de eerstelijnsgezondheidszorg te analyseren in 34 landen op het gebied van kwaliteit, kost en gelijkheid en deze onderling te vergelijken. (57) De EUROPEP-vragenlijst is een gevalideerd en internationaal gestandaardiseerd instrument voor het uitvoeren van een patiëntenevaluatie betreffende huisartsenpraktijken en bestaat uit 23 items. (58) De Gezondheidsenquête heeft als doel informatie in te winnen over de algemene gezondheidstoestand van de Belgische bevolking en hun gezondheidsbehoeften en deze gegevens te gebruiken in het kader van het gezondheidsbeleid. De vragenlijst heeft onder meer betrekking op de levensstijl, socio-economische en gezondheidsdeterminanten en de medische consumptie. (59)
Deze eerste versie werd besproken met de promotor en copromotor, waarna de vragenlijst werd aangepast. Vervolgens werd deze voorgelegd aan vijf patiënten in de opleidingspraktijk om de duidelijkheid en interpretatie van de vragen na te gaan. De vragenlijst werd als goed bevonden en er werden dan ook geen aanpassingen meer gedaan.

3. Variabelen

Hierna volgt een opsomming van de variabelen die gebruikt worden in de statistische analyse en wordt weergegeven hoe deze werden bevraagd en eventueel gehercodeerd. Waar van toepassing wordt beschreven uit welke gestructureerde vragenlijst de vraag werd gehaald.

3.1 Keuze huisarts

Ten einde de onderzoeksvraag te kunnen uitwerken, wordt gevraagd '*om welke reden iemand voor deze huisartsenpraktijk kiest'*. De geformuleerde antwoordmogelijkheden werden verzameld uit de antwoorden die patiënten uit de opleidingspraktijk op deze vraag gaven, uit mogelijke antwoorden die naar voor kwamen in een brainstorm met de promotor en copromotor en uit de literatuurstudie. De verschillende opties met betrekking tot de keuze voor een huisartsenpraktijk werden uiteindelijk ondergebracht onder drie subtitels:

- om persoonlijke redenen
- omwille van de praktijk en/of praktijkorganisatie
- ik koos bewust voor een arts die hier werkt

Er was bovendien ook ruimte om zelf een reden op te geven.
De deelnemer kan bij deze vraag meerdere antwoorden aankruisen. Aanvullend wordt gevraagd de voornaamste reden aan te duiden met een pijl. Deze aanvulling werd gemaakt na een eerste analyse van de vragenlijsten verzameld in praktijk 1.

3.2 Patiëntenvoorkeuren

De variabelen met betrekking tot de voorkeur betreffende de praktijkorganisatie en het consulteren van een vaste arts worden hier besproken.

De vraag omtrent welke *praktijkvorm* de voorkeur wegdraagt, geeft vijf mogelijke antwoorden, meer bepaald 'solopraktijk', 'duopraktijk', 'groepspraktijk', 'groepspraktijk waar ook andere hulpverleners (paramedici) aanwezig zijn' en 'wijkgezondheidscentrum'.

De mate waarin de patiënt het belangrijk vindt steeds *dezelfde arts* te consulteren wordt weergegeven via vijf categorieën gaande van helemaal niet belangrijk tot heel erg belangrijk. Nadien werd deze variabele gedichotomiseerd naar 'belangrijk tot heel erg belangrijk' en 'neutraal tot helemaal niet belangrijk' (referentiecategorie).

Bij de vraag of het *geslacht van de huisarts* belangrijk is, worden drie antwoordmogelijkheden voorzien; 'ja', 'neen' en 'enkel voor bepaalde klachten'. Indien men er belang aan hecht, wordt gevraagd of men kiest voor een man of een vrouw. In de statistische verwerking worden de categorieën 'ja' en 'enkel voor bepaalde klachten' beiden als het hebben van een voorkeur voor het geslacht van de arts beschouwd en wordt deze vergeleken met het niet hebben van een voorkeur (referentiecategorie).

Er wordt bevraagd welk *afsprakensysteem* de deelnemer verkiest; vrije raadpleging (referentiecategorie), consultaties op afspraak of een gemengd systeem. Wanneer men op

afspraak wenst te komen wordt gevraagd op welke manier men dan een afspraak wilt maken, meer bepaald telefonisch of via internet. Er werd daarnaast ook nagegaan of men eventueel gebruik zou maken van een online afsprakensysteem.

Via een ja/neen-vraag wordt onderzocht of *consultaties op zaterdagvoormiddag* een meerwaarde zijn. Raadpleging op zaterdag geen meerwaarde vinden is hierbij de referentiecategorie.

Verder wordt nagegaan of men een *praktijkwebsite* een meerwaarde zou vinden. Indien dit als positief wordt gescoord, wordt gevraagd welke informatie men op een praktijkwebsite wil terugvinden, hierbij zijn meerdere antwoorden mogelijk. De antwoordopties werden opgesteld na het consulteren van enkele praktijkwebsites en zijn de volgende: 'consultatie-uren', 'informatie over de arts(en) en medewerkers', 'online een afspraak kunnen maken', 'contactgegevens praktijk', 'werking van de praktijk', 'organisatie wachtdienst', 'gezondheidsinformatie', 'andere'. Bij de laatste optie is er de mogelijkheid om dit verder te specifiëren.

3.3 Patiëntenkenmerken

Hierna worden de variabelen besproken die betrekking hebben op de respondenten. Allereerst worden de socio-demografische variabelen weergegeven en nadien enkele kenmerken met betrekking tot gezondheid en consumptie van de gezondheidszorg.

De volgende socio-demografische kenmerken worden bevraagd: [1] de *leeftijd* uitgedrukt in jaar die de deelnemer in 2016 zal bereiken en dit op basis van het gerapporteerde geboortejaar; [2] *geslacht*, waarbij mannen worden behandeld als de referentiecategorie; [3] de *nationaliteit* zoals in de Gezondheidsenquête 2013, waarbij ook wordt gepeild naar het eigen geboorteland en dat van de ouders; [4] de *burgerlijke staat* uitgedrukt in zes categorieën, die voor de analyse werden gehercodeerd naar twee categorieën, met name geen partner (alleenstaand, gescheiden, weduwe/weduwnaar) en wel een partner (ongehuwd, niet samenwonend, vaste partner; ongehuwd, samenwonend; getrouwd) hebben; [5] de *gezinssamenstelling* zoals bevraagd in de QUALICOPC-studie, in de analyse wordt enkel weerhouden of er kinderen onder de 18 jaar in het gezin aanwezig zijn; waarbij de gezinnen zonder minderjarige kinderen de referentiecategorie zijn; [6] *opleiding* (uit QUALICOPC-studie) waarbij de referentiecategorie het hebben van een diploma lager (middelbaar) onderwijs of geen diploma is en wordt vergeleken met het hebben van een diploma middelbaar onderwijs of een diploma hoger onderwijs;
[7] *werksituatie* zoals bevraagd in de QUALICOPC-studie met de aanvulling of werknemers voltijds of deeltijds aan de slag zijn. De werksituatie werd nadien onderverdeeld in drie categorieën: voltijds werk, deeltijds werk en geen werk/gepensioneerd. In deze laatste categorie, de referentiecategorie, wordt onder 'geen werk' de antwoordopties huisvrouw/huisman, ziekte of invaliditeit en werkloos verstaan. De categorieën voltijds werk en deeltijds werk worden in sommige modellen samengenomen als het hebben van een job; [8] *gezinsinkomen* zoals in de QUALICOPC-studie bevraagd.

Verder wordt via een ja/neen-vraag gepeild of de deelnemer *vertrouwd is met het gebruik van internet* en of men thuis beschikt over een *internetverbinding*. Digitaal analfabetisme en het niet beschikken over een internetverbinding zijn de referentiecategorieën.

Om te peilen naar de gezondheidstoestand wordt gevraagd om via vijf categorieën de eigen perceptie op zijn/haar gezondheidstoestand in te schatten, in overeenstemming met de Gezondheidsenquête 2013. De vijf mogelijke antwoorden zijn 'zeer goed', 'goed', 'gaat wel (redelijk)', 'slecht' en 'zeer slecht'. De *zelf-gerapporteerde gezondheidstoestand* werd voor de statistische verwerking nadien gehercodeerd in twee categorieën, meer bepaald 'goede tot zeer goede subjectieve gezondheid' (referentiecategorie) en 'redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid'.

Of de deelnemer lijdt aan *een langdurige ziekte of aandoening* wordt subjectief bevraagd zoals in de Gezondheidsenquête 2013 alsook de QUALICOPC-vragenlijst. De invulling van een langdurige ziekte of aandoening wordt aan de respondent zelf overgelaten, al worden ook enkel voorbeelden gegeven (hoge bloeddruk, astma, diabetes, depressie, …). Het niet hebben van een chronische aandoening is de referentiecategorie.
Of men een *vaste huisarts* heeft, wordt net zoals in de Gezondheidsenquête 2013 via een ja/neen-vraag bevraagd. Bijkomend werd nagegaan of men al dan niet op het moment van bevraging de vaste huisarts consulteert. Indien men geen vaste huisarts heeft, wordt de reden hiervoor bevraagd in navolging van de Gezondheidsenquête 2013. Er zijn vijf antwoord-mogelijkheden: 'ik ben nooit ziek', 'ik ben vaak voor langere tijd afwezig', 'ik raadpleeg verschillende huisartsen, naargelang het probleem', 'ik ga doorgaans onmiddellijk naar een specialist' en 'ik ga doorgaans onmiddellijk naar de spoedopname'. Er is bovendien ook de mogelijkheid om een andere reden op te geven.

Er wordt gevraagd een inschatting te maken hoelang de patiënt de huisartsenpraktijk consulteert en deze weer te geven in jaren. Nadien werd deze variabele gehercodeerd naar >3 jaar en ≤ 3 jaar de praktijk consulteren, waarbij de laatste categorie als referentie wordt beschouwd. In tegenstelling tot de EUROPEP-studie waar de afkapwaarde op 1 jaar lag, werd hier gekozen om een afkapwaarde van drie jaar te hanteren gezien er bij een afkapwaarde van 1 jaar te geringe aantallen waren in sommige categorieën.

Een inschatting van de *frequentie van het consulteren van de huisarts in de afgelopen 6 maanden* wordt bevraagd zoals in de QUALICOPC-vragenlijst. De antwoordmogelijkheden zijn 'dit is de eerste keer in de voorbije 6 maanden', 'een keer vóór dit bezoek', '2 tot 4 keer voor dit bezoek', '5 of meer keer voor dit bezoek' en 'ik weet het niet'. Deze variabele werd uiteindelijk herleid naar de volgende drie categorieën: '0 tot 1 keer in de voorbije 6 maanden' (referentiecategorie), '2 tot 4 keer in de voorbije 6 maanden', 'minstens 5 keer in de voorbije 6 maanden', het huidige bezoek telkens niet meegerekend.

Uit de QUALICOPC-studie komt de vraag hoeveel tijd het kost om naar de praktijk te komen (*reistijd*), met vijf antwoordmogelijkheden, waaronder 'ik weet het niet'. De onderzoeker stelde hierbij ook de vraag via welk vervoersmiddel de patiënt naar de praktijk komt, met vier antwoorden en de mogelijkheid om een ander vervoermiddel op te geven. Bij deze vraag zijn

meerdere antwoorden mogelijk. In de data-analyse werden enkel de gegevens met betrekking tot de wagen en de fiets opgenomen.

4. Gegevensverzameling

De papieren vragenlijst werd voorgelegd aan een gelegenheidssteekproef van patiënten in zes huisartsenpraktijken in Vlaanderen. Elke meerderjarige, wilsbekwame persoon die de praktijk consulteert als patiënt en de Nederlandse taal voldoende machtig is, kwam in aanmerking voor deelname aan de studie. In elke praktijk kon in de wachtzaal een blad worden teruggevonden dat de patiënten uitnodigde tot deelname, met daarop informatie betreffende het doel en het verloop van de studie (cfr. bijlage 5). Deze informatie kon eveneens worden nagelezen in de informatiebrief die voor de eigenlijke vragenlijst werd bijgevoegd. De vragenlijsten werden door de onderzoeker, een arts of een secretariaatsmedewerker overhandigd aan de patiënt en het opzet van de studie werd hen in verstaanbare taal mondeling uitgelegd. Er gebeurde vooraf een briefing door de onderzoeker welke topics belangrijk waren om te vermelden bij het uitnodigen tot deelname. De vragenlijst kon in de wachtzaal door de patiënt worden ingevuld en nadien in de daarvoor voorziene box worden gedeponeerd. Bij tijdsgebrek kon de deelnemer de vragenlijst thuis invullen en deze bij een volgend bezoek meebrengen of in de brievenbus van de praktijk deponeren. Deelname aan de studie gebeurde louter op vrijwillige basis, zonder implicaties op de arts-patiëntrelatie. In een solopraktijk werden de vragenlijsten in de wachtzaal ter beschikking gesteld en waren de deelnemers vrij er een te nemen, zonder voorafgaande persoonlijke uitnodiging. Dit was ook het geval in een duopraktijk tijdens de afwezigheid van de secretariaatsmedewerker.

De geïnformeerde toestemming tot gebruik van de gegevens van elke geïncludeerde deelnemer werd bekomen door het aankruisen van een vakje indien men akkoord ging met volgende stelling: *"Ik werd schriftelijk geïnformeerd over de aard en het doel van deze studie. Ik neem geheel vrijwillig deel aan het onderzoek. Ik besef dat wel of niet deelnemen aan deze studie geen enkele invloed heeft op de relatie met mijn behandelend arts nu en in de toekomst."*

De gegevens werden verzameld tussen juni en november 2016.

Vooraf werd een totaal van minimaal 200 deelnemers vooropgesteld, waarbij werd gestreefd naar een maximale verscheidenheid, onder meer door de vragenlijsten op verschillende tijdstippen aan te bieden en in verscheidene praktijken. Dit aantal werd arbitrair bepaald. Ten einde dit aantal deelnemers te bereiken, werden per praktijk tachtig vragenlijsten ter beschikking gesteld, wat een totaal van 480 vragenlijsten maakt. In samenspraak met de promotor werd beslist zes huisartsenpraktijken te includeren, met name twee solopraktijken, twee duopraktijken en twee groepspraktijken. Om deze praktijken onderling te kunnen vergelijken werd gelet op enkele uniforme kenmerken. Het gaat meer bepaald om opleidingspraktijken gelegen in een landelijk of halfstedelijk gebied. De beide opleidingspraktijken van de onderzoeker werden geïncludeerd. Daarnaast werden praktijken die aan bovenstaand profiel beantwoorden via e-mail aangeschreven. Bij de rekrutering van de studiepraktijken is hier dus sprake van purpose sampling. Een beschrijving van de geïncludeerde praktijken kan worden teruggevonden in de praktijkschets in bijlage 6.

5. Verwerking van de gegevens

De gegevens werden op anonieme wijze verwerkt door middel van het statistisch programma IBM SPSS Statistics, versie 24.

Om verschillen na te gaan tussen categorische variabelen wordt gebruik gemaakt van de χ^2-test of de Fisher's exact test, afhankelijk of er al dan niet voldaan is aan de voorwaarden om de χ^2-test toe te passen. Voor het statistisch vergelijken van een continue variabele met een categorische variabele wordt in deze analyse gebruik gemaakt van de Kruskall-Wallis test.
De χ^2- en de p-waarden worden telkens gerapporteerd.

Daarnaast wordt een multivariate logistische regressie uitgevoerd om te exploreren welke variabelen een onafhankelijke invloed uitoefenen op voorkeuren met betrekking tot de arts en de praktijkorganisatie alsook op de reden om voor een huisartsenpraktijk te kiezen. Bij elke analyse worden de Nagelkerke R^2, de χ^2-waarde en de p-waarde van het regressiemodel en de regressie coëfficiënt B, de odds ratio (OR) en de p-waarde van elke predictor individueel vermeld. Deze statistische waarden worden weergegeven tot op drie decimalen. Percentages worden tot op een decimaal nauwkeurig vermeld. De standaardafrondingsregels worden gehanteerd.

Een drempelwaarde voor significantie van 5% wordt gehanteerd voor het interpreteren van de statistische testen.

V RESULTATEN

1. Response rate

Tabel 1 geeft de response rate weer per praktijk en het relatieve aandeel deelnemers per praktijk in de totale steekproef. Er namen zes praktijken deel aan de studie en zij zijn elk voor minimaal 15% vertegenwoordigd in de totale steekproef. In totaal werden 480 vragenlijsten verdeeld (80 exemplaren per praktijk) waarvan er 326 ingevuld werden terugbezorgd, wat een globale response rate geeft van 67,9% (response rate op praktijkniveau varieert van 62,5% tot 75%).

ID-nummer praktijk°	Vorm	N	Response rate	Percentage t.o.v. totaal
praktijk 1	solopraktijk	50	62,5%	15,3%
praktijk 2	solopraktijk	52	65,0%	16,0%
praktijk 3	duopraktijk	54	67,5%	16,6%
praktijk 4	duopraktijk	60	75,0%	18,4%
praktijk 5	groepspraktijk	57	71,3%	17,5%
praktijk 6	groepspraktijk	53	66,3%	16,3%
Totaal		326	67,9%	100,0%

Tabel 1: Response rate

Elke praktijk krijgt een ID- of identificatienummer toebedeeld dat van toepassing is voor de hele resultatensectie.

2. Patiëntenkenmerken

In dit deel worden de resultaten van de variabelen met betrekking tot socio-demografische gegevens, gezondheid en consumptie van de eerstelijnsgezondheidszorg weergegeven.

2.1 Socio-demografische gegevens

Tabel 2 geeft de beschrijvende statistiek weer voor de demografische kenmerken van de bevraagde patiënten in de zes praktijken. Voor elke variabele wordt weergegeven of de verdeling van deze variabele significant verschilt tussen de zes praktijken (χ^2- en p-waarde). De gemiddelde leeftijd van de totale steekproef bedraagt 51,6 jaar. Er is een significant verschil in de gemiddelde leeftijd tussen de verschillende praktijken (χ^2=38,827, p<0,001), waarbij uit de tabel kan worden afgeleid dat gemiddeld gezien de deelnemers in de solopraktijken het oudst zijn. Solopraktijk 1 heeft een opvallend oudere populatie dan de overige praktijken, met een gemiddelde leeftijd van de participanten ouder dan 60 jaar. Gemiddeld gezien zijn jonge patiënten meer vertegenwoordigd in de groepspraktijken. Het overwicht aan vrouwelijke respondenten (62,6%) in de steekproef valt op. De zes praktijken zijn echter vergelijkbaar wat betreft de verdeling van mannen en vrouwen in de steekproef (χ^2=1,197, p=0,945). De meerderheid van de ondervraagden heeft een partner (77,6%), er is hierbij geen significant

verschil te weerhouden tussen de praktijken (χ^2=6,475, p=0,263). Ongeveer een derde heeft een gezin met kinderen jonger dan 18 jaar. Dit verschilt significant tussen de praktijken (χ^2=12,612, p=0,027), waarbij de ondervraagden in de solopraktijken minder vaak een gezin met jonge kinderen hebben. Dit kan vermoedelijk verklaard worden door het feit dat een gemiddeld oudere populatie in deze praktijken de vragenlijst invulden. In het algemeen is de populatie eerder hoogopgeleid, 44,3% beschikt over een diploma hoger onderwijs. Ook hier zijn significante verschillen weer te vinden tussen de deelpopulaties (χ^2=19,682, p=0,032). De ondervraagden in duopraktijk 4 en groepspraktijk 6 zijn eerder laaggeschoold, terwijl de deelnemers in duopraktijk 1 het vaakst hoger onderwijs genoten. Bijna de helft van de ondervraagden heeft geen werk of is gepensioneerd. Hierbij is er een sterk significant verschil tussen de praktijken (χ^2=30,752, p<0,001). De solopraktijken hebben een groter aandeel deelnemers die niet tot de beroepsactieve bevolking behoren, vermoedelijk door een groot aantal gepensioneerden. Uit bijkomende analyses blijkt dat 67,4% van de ondervraagden in praktijk 1 gepensioneerd is, in praktijk 2 is dit 48,0%. Doch dit trekt zich niet door in het gezinsinkomen, waarbij het in solopraktijk 1 eerder een gefortuneerde populatie betreft en groepspraktijk 6 een groter aandeel kent met een gezinsinkomen lager dan het gemiddelde. Al zijn er significante verschillen tussen de praktijken (χ^2=59,665, p<0,001), in de totale populatie draait het gezinsinkomen rond het gemiddelde en is het aandeel dat een hoger inkomen heeft en het aandeel dat het met minder moet stellen ongeveer gelijk verdeeld.

Van elke persoon is de leeftijd, het geslacht en de burgerlijke staat gekend. Niet elke deelnemer gaf een antwoord op de vragen die peilden naar de gezinssamenstelling, het gezinsinkomen en de opleiding, waardoor er andere totalen gelden voor deze variabelen. De variabele werksituatie werd gehercodeerd en de categorieën zelfstandige en studente werden hierbij niet opgenomen, waardoor ook deze cijfers op een ander totaal worden weergegeven.

Er werd verder ook gepeild naar de nationaliteit van de deelnemers. Van de 326 ondervraagden hebben 321 de Belgische nationaliteit (98,5%). De overige vijf hebben een Europese nationaliteit. In 96,6% is het geboorteland België, en ook dat van vader en moeder is in respectievelijk 96,9% en 94,2% België. Omdat de groep personen met een niet-Belgische nationaliteit in de steekproef erg beperkt is, wordt deze variabele niet verder opgenomen in de analyses.

	Praktijken						***Algemeen***
	P 1 N=50	P 2 N=52	P 3 N=54	P 4 N=60	P 5 N=57	P 6 N=53	Totaal N=326
Leeftijd	χ^2 = **38, 827**			**p<0, 001** [a]			
gemiddelde (jaar)	63,0	54,1	46,2	53,4	43,9	50,2	51,6
Geslacht	χ^2 = **1, 197**			**p=0, 945**			
mannen (%)	36,0	34,6	37,0	40,0	42,1	34,0	37,4
vrouwen (%)	64,0	65,4	63,0	60,0	57,9	66,0	62,6
Burgerlijke staat	χ^2 = **6, 475**			**p=0, 263**			
geen partner (%)	24,0	21,2	14,8	33,3	21,1	18,9	22,4
partner (%)	76,0	78,8	85,2	66,7	78,9	81,1	77,6
Gezin met kinderen <18 jaar	χ^2 = **12, 612**			**p=0, 027**			
	N=47	N=50	N=53	N=56	N=54	N=53	N=313
geen kinderen <18 jaar (%)	87,2	74,0	58,8	64,3	61,1	67,9	68,4
wel kinderen <18 jaar (%)	12,8	26,0	41,5	35,7	38,9	32,1	31,6
Opleiding	χ^2 = **19, 682**			**p=0, 032**			
	N=50	N=52	N=54	N=57	N=57	N=53	N=323
lager onderwijs of geen diploma (%)	16,0	11,5	9,3	28,1	7,0	22,6	15,8
middelbaar onderwijs (%)	42,0	42,3	31,5	42,1	42,1	39,6	39,9
hoger onderwijs (%)	42,0	46,2	59,3	29,8	50,9	37,7	44,3
Werksituatie	χ^2 = **30, 752**			**p<0, 001**			
	N=46	N=50	N=50	N=53	N=51	N=51	N=301
werknemer voltijds (%)	15,2	26,0	48,0	43,4	51,0	31,4	36,2
werknemer deeltijds (%)	10,9	20,0	20,0	13,2	11,8	27,5	17,3
geen werk[b]/gepensioneerd(%)	73,9	54,0	32,0	43,4	37,3	41,2	46,5
Gezinsinkomen	χ^2 = **59, 665**			**p<0, 001**			
	N=49	N=51	N=53	N=57	N=56	N=53	N=319
onder het gemiddelde (%)	0	11,8	11,3	28,1	21,4	47,2	20,4
rond het gemiddelde (%)	87,8	70,6	71,7	57,9	53,6	24,5	60,5
boven het gemiddelde (%)	12,2	17,6	17,0	14,0	25,0	28,3	19,1

Tabel 2: Demografische gegevens per praktijk, met de p-waarden voor de vergelijking tussen praktijken

[a] Op basis van de Kruskall-Wallis test.

[b] Onder *geen werk* worden de volgende categorieën verstaan: huisvrouw/huisman, ziekte of invaliditeit, werkloos.

2.2 Gezondheid

De deelnemers werden gevraagd of ze aan een chronische aandoening lijden en een inschatting te maken van de eigen gezondheidstoestand.

2.2.1 Chronische aandoening

Praktijk	N	Chronische aandoening	% met chronische aandoening
praktijk 1	48	26	54,2%
praktijk 2	52	24	46,2%
praktijk 3	54	19	35,2%
praktijk 4	59	25	42,4%
praktijk 5	57	35	61,4%
praktijk 6	53	22	41,5%
totaal	323	151	46,7%

Tabel 3: Personen met een chronische aandoening in de verschillende praktijken

Net niet de helft van de deelnemers geeft aan een chronische aandoening te hebben. Hoewel de range van personen met een chronische aandoening varieert van 35,2% tot 61,4%, kon er geen duidelijk significant verschil tussen de praktijken worden waargenomen wat betreft het aantal chronisch zieken (N=323, χ^2=9,924; p=0,077).

2.2.2 Gezondheidsbeleving

		Subjectieve gezondheid	
Praktijk	**N**	**goed tot zeer goed**	**redelijk tot zeer slecht**
praktijk 1	50	68,0%	32,0%
praktijk 2	52	76,9%	23,1%
praktijk 3	54	81,5%	18,5%
praktijk 4	60	60,0%	40,0%
praktijk 5	57	63,2%	36,8%
praktijk 6	53	79,2%	20,8%
totaal	326	71,2%	28,8%

Tabel 4: Subjectieve ervaring eigen gezondheid

Hoewel 46,7% rapporteert een chronische aandoening te hebben, beschouwt 71,2% de eigen gezondheid toch als goed tot zeer goed. De verschillen tussen de praktijken (range 60,0% tot 81,5%) beschreven in tabel 18 kennen een trend tot significantie (N=326, χ^2=10,997, p=0,051).

2.3 Consumptie eerstelijnsgezondheidszorg

Om een inschatting te kunnen maken hoe de deelnemers eerstelijnsgezondheidszorg consumeren werd gevraagd of zij een vaste huisarts hebben, hoe lang zij patiënt zijn in de praktijk en hoe vaak zij de afgelopen zes maanden een huisarts consulteerden. Verder wordt ook nagegaan hoe de patiënt zich verplaatst naar de praktijk en hoeveel tijd dit hen kost.

2.3.1 Vaste huisarts

Van alle deelnemers (N=326) geeft de overgrote meerderheid (96,6%) aan een vaste huisarts te hebben. Op het moment van het invullen van de vragenlijst, consulteren 305 deelnemers hun vaste huisarts of huisartsenpraktijk (95,3%, N=320).

Wie aangaf geen vaste huisarts te hebben, haalde als motivatie aan 'nooit ziek te zijn' (N=3); 'vaak voor langere tijd afwezig te zijn' (N=1); 'verschillende huisartsen te raadplegen naargelang het probleem' (N=2). Vier personen duidden 'andere' aan, van wie bij twee deelnemers de vorige huisarts is gestopt, bij een is de vaste huisarts in ziekteverlof en een deelnemer zegt dat op het moment van consulteren die praktijk de dichtstbijzijnde was. Geen van de patiënten gaf aan geen vaste huisarts te hebben omdat men onmiddellijk de tweede lijn consulteert.

2.3.2 Hoe lang al naar de praktijk

Praktijk	**N**	**≤3 jaar**	**>3 jaar**
praktijk 1	44	9,1%	90,9%
praktijk 2	49	10,2%	89,8%
praktijk 3	51	13,7%	86,3%
praktijk 4	54	38,9%	61,1%
praktijk 5	56	44,6%	55,4%
praktijk 6	52	17,3%	82,7%
totaal	306	23,2%	76,8%

Tabel 5: Aandeel patiënten die minder of langer dan drie jaar de praktijk consulteren

De meerderheid van de patiënten is al meer dan drie jaar patiënt bij de geconsulteerde praktijk. Er springen twee praktijken uit die een groter aandeel hebben van patiënten die minder dan drie jaar de praktijk consulteren, met name duopraktijk 4 en groepspraktijk 5. Er is dan ook een statistisch significant verschil tussen de praktijken terug te vinden (N=306, χ^2=35,052; p<0,001).

2.3.3 Hoe vaak consultatie afgelopen 6 maanden voor het huidige bezoek

		Frequentie		
Praktijken	**N**	**0-1 keer**	**2-4 keer**	**≥ 5 keer**
praktijk 1	49	28,6%	42,9%	28,6%
praktijk 2	50	52,0%	40,0%	8,0%
praktijk 3	52	34,6%	46,2%	19,2%
praktijk 4	55	30,9%	49,1%	20,0%
praktijk 5	54	42,6%	38,9%	18,5%
praktijk 6	50	42,0%	46,0%	12,0%
totaal	310	38,4%	43,9%	17,7%

Tabel 62: Frequentie van consulteren van een huisarts de afgelopen zes maanden in de verschillende praktijken

De meerderheid consulteerde de huisarts al meerdere keren in de afgelopen zes maanden. 17,7% raadpleegde de arts in deze periode zelfs minstens vijf keer. Bij 42 personen (13,5%) betrof het de eerste consultatie in de afgelopen zes maanden. Er is geen statistisch significant verschil tussen de praktijken indien de frequentie van het consulteren de voorbije zes maanden wordt onderverdeeld in ‘tot 1 keer consulteren’, ‘2 tot 4 keer’ en ‘minstens 5 keer’, het huidige bezoek niet meegeteld (N=310, χ^2=13,083; p=0,219).

2.3.4 Verplaatsing naar de huisartsenpraktijk

84,6% (N=324) verplaatst zich doorgaans met de auto of de fiets naar de praktijk. Deze verplaatsing neemt meestal (87,7%, N=326) minder dan 20 minuten in beslag. Opmerkelijk is dat drie deelnemers 40 minuten tot een uur tijd nodig hebben om zich naar hun huisartsenpraktijk te begeven.

3. Keuze huisarts

De onderzoeksvraag die peilt naar de reden om voor een bepaalde huisartsenpraktijk te kiezen werd door alle deelnemers beantwoord (N=326). De verschillende redenen worden hieronder weergegeven per subtitel zoals deze ook in de vragenlijst worden geformuleerd. De deelnemer kon meerdere antwoorden aanduiden, hetgeen het merendeel van de ondervraagden ook deed. Door middel van een multipele logistische regressie wordt vervolgens nagegaan welke variabelen voorspellers zijn om een huisartsenpraktijk te kiezen omwille van een persoonlijke reden, omwille van de praktijk(organisatie) of omwille van een arts die er werkt. Slechts een minderheid gaf ook een andere reden op. Daarnaast worden ook de resultaten weergegeven van multipele logistische regressiemodellen op de frequentst aangeduide redenen per categorie. Relatief gezien wordt een reden uit de categorie ‘omwille van de praktijk(organisatie)’ het frequentst aangeduid, op de voet gevolgd door ‘persoonlijke redenen’ en ‘omwille van een arts’. In het algemeen wordt ‘omdat ik veel vertrouwen stel in deze arts’ het vaakst aangekruist (181 keer), maar ook ‘omdat deze arts de tijd neemt om naar mij te luisteren’ (156 keer), de bereikbaarheid (138 keer) en ‘familieleden waren hier al patiënt’ (116 keer) worden frequent aangeduid.

3.1 Om persoonlijke redenen

Voor 268 (82,2%) deelnemers zijn persoonlijke redenen een motivatie om voor een huisarts te kiezen.

Tabel 7 geeft de verschillende mogelijkheden weer die behoren tot de persoonlijke redenen om een huisarts te kiezen en hoe vaak deze reden werd aangeduid.

Reden	**Totaal aangeduid (als belangrijkste reden)**	**Totaal (N=268)**
Het is de enige praktijk die ik ken	52 (1)	19,4%
Familieleden waren hier al patiënt	116 (9)	43,3%
Ik heb verschillende praktijken vergeleken en deze leek me de beste	37 (4)	13,8%
De praktijk werd me door iemand aangeraden	80 (8)	29,9%
Ik maakte kennis met de praktijk via de website	12 (0)	4,5%

Tabel 7: frequentie hoe vaak de verscheidene persoonlijke redenen werden aangeduid

Uit tabel 7 kan worden afgeleid dat de redenen 'omdat iemand de praktijk aanraadde' of 'omdat familie er reeds patiënt is' de belangrijkste persoonlijke redenen voor de keuze van een huisarts zijn. Uit een multipele logistische regressie uitgevoerd op deze twee redenen met de variabelen leeftijd, geslacht, opleiding, chronische aandoening en subjectieve gezondheid blijkt dat er een negatieve relatie bestaat tussen de leeftijd en het kiezen van de huisarts omdat familieleden er al patiënt zijn (OR=0,949, p<0,001). De odds op het kiezen van de huisarts omdat familieleden er al patiënt zijn, nemen met ongeveer 0,05 af voor elk jaar dat de patiënt ouder is. De volledige statistische analyse kan worden teruggevonden in bijlage 7.

Tabel 8 beschrijft de invloed van een aantal persoonlijke en praktijkkenmerken die de persoonlijke motivatie voor de keuze van zijn of haar huisarts verklaren.

Variabelen	**B**	**OR**	**P-waarde**
Constante	5,352	211,061	0,001
Praktijkvorm waarin men consulteert			
duopraktijk	0,574	1,775	0,222
groepspraktijk	0,104	1,110	0,810
Minstens 1 chronische aandoening hebben	-0,264	0,768	0,493
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	0,046	1,047	0,916
Leeftijd	-0,041	0,960	0,024
Vrouw	0,380	1,462	0,312
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	-0,472	0,624	0,454
diploma hoger onderwijs	-0,974	0,378	0,129
Een job hebben	-0,344	0,709	0,541
Langer dan 3 jaar patiënt in de praktijk	-0,965	0,381	0,094
Consultatiefrequentie in laatste 6 maanden			
2 tot 4 keer consultatie in 6 maanden	0,083	1,087	0,845
≥5 keer consultatie in 6 maanden	-0,553	0,575	0,280

Tabel 8: Multipele logistische regressie van persoonlijke kenmerken op het kiezen van een huisarts om persoonlijke redenen

Het bovenstaande model geeft een significante relatie weer met het kiezen van een arts om persoonlijke redenen (N=266, χ^2=22,800; p=0,029, df=12) en verklaart 14,1% van de variantie (Nagelkerke R^2). Dit model toont dat de kans op het kiezen voor een huisartsenpraktijk om een persoonlijke reden hoger is bij jongere mensen. De odds voor het aangeven van een persoonlijke reden bij de keuze van een huisarts neemt toe met een factor 1,042 als de leeftijd afneemt met een jaar (OR=0,960, p=0,024).

3.2 Omwille van de praktijk en/of praktijkorganisatie

273 deelnemers (83,7%) kozen een reden in deze categorie. De helft hiervan vindt de bereikbaarheid een belangrijke motivatie. Hoe vaak de verschillende redenen werden aangeduid kan worden teruggevonden in tabel 9.

Reden	**Totaal aangeduid (als belangrijkste reden)**	**Totaal (N=273)**
De bereikbaarheid	138 (1)	50,5%
Het is de dichtstbijzijnde praktijk	80 (7)	29,3%
De parkeergelegenheid	41 (0)	15,0%
De uren van consultatie	46 (2)	16,8%
Vrije raadpleging	40 (1)	14,7%
Ik kan afspraken online maken	102 (4)	37,4%
Korte wachttijd	77 (5)	28,2%
Secretariaat	41 (1)	15,0%
Ik kan hier betalen met bancontact	49 (0)	17,9%
Omdat deze praktijk een groepspraktijk is	42 (1)	15,4%
Omdat ik in deze praktijk ook terecht kan bij andere paramedici	21 (1)	7,7%

Tabel 9: Frequentie hoe vaak de verscheidene redenen betreffende praktijkorganisatie werden aangeduid

Op de redenen ‘bereikbaarheid’, ‘dichtstbijzijnde praktijk’, ‘online afsprakensysteem’ en ‘korte wachttijd’ werd een logistische regressie uitgevoerd met de patiëntenkenmerken leeftijd, geslacht, opleiding, chronische aandoening en subjectieve gezondheid. Hieruit blijkt dat iemand met een chronische aandoening een meer dan tweeënhalve keer grotere odds heeft om de bereikbaarheid een reden te vinden om voor een huisartsenpraktijk te kiezen (OR=2,605, p=0,001). Jongere mensen vinden een online afsprakensysteem een reden om voor een praktijk te kiezen (OR=0,964, p<0,001). Vrouwen houden duidelijk rekening met de wachttijd, gezien de odds op het kiezen van een praktijk omwille van een korte wachttijd bij vrouwen twee keer hoger is dan bij mannen (OR=2,031, p=0,021). De analyses kunnen worden teruggevonden in bijlage 7.

Tabel 10 illustreert of de praktijkvormen die men consulteert, de leeftijd, het geslacht, het opleidingsniveau, het hebben van een chronische aandoening, het ervaren van de eigen gezondheid als redelijk tot zeer slecht, de duur van de arts-patiëntrelatie en de consultatiefrequentie een invloed hebben op het kiezen voor een huisarts of huisartsenpraktijk omwille van de praktijkorganisatie.

Variabelen	B	OR	P-waarde
Constante	2,196	8,985	0,132
Praktijkvorm waarin men consulteert			
duopraktijk	1,160	3,190	0,009
groepspraktijk	1,357	3,885	0,003
Minimum 1 chronische aandoening hebben	0,051	1,053	0,894
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	-0,574	0,563	0,195
Leeftijd	-0,001	0,999	0,966
Vrouw	-0,613	0,542	0,120
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	-0,383	0,682	0,592
diploma hoger onderwijs	-0,945	0,389	0,179
Een job hebben	-0,626	0,535	0,261
Langer dan 3 jaar patiënt in de praktijk	-0,364	0,695	0,459
Consultatiefrequentie in laatste 6 maanden			
2 tot 4 keer consultatie in 6 maanden	0,929	2,531	0,023
≥5 keer consultatie in 6 maanden	0,862	2,367	0,122

Tabel 10: Multipele logistische regressie van persoonlijke kenmerken op het kiezen van een huisarts omwille van de praktijkorganisatie

Het gehele model toont een significant verband met het kiezen voor een praktijk om een reden die behoort tot de praktijkorganisatie (N=265, χ^2=25,234; p=0,007, df=12) en verklaart 16,3% van de variantie (Nagelkerke R^2). Er bestaat een positief verband tussen het kiezen van een huisarts omwille van de praktijkorganisatie en het consulteren van een duo- of groepspraktijk en de frequentie van consulteren. Patiënten uit een duo- of groepspraktijk hebben een hogere kans op het maken van een keuze omwille van de praktijkorganisatie. De odds hierop is ruim drie keer groter bij deelnemers uit een duopraktijk (OR=3,190, p=0,009) en bijna vier keer groter bij deelnemers uit een groepspraktijk (OR=3,885, p=0,003) in vergelijking met patiënten uit een solopraktijk. Daarbovenop is ook de odds voor het kiezen van een praktijk omwille van een reden passend bij de praktijkorganisatie ruim tweeënhalf keer groter bij mensen die de voorbije zes maanden reeds 2 tot 4 keer consulteerden dan mensen die minder frequent consulteren (OR=2,531, p=0,023).

3.3 Omwille van een arts die in de praktijk werkzaam is

77,9% kiest voor een huisartsenpraktijk omwille van de arts die er werkt. Tabel 11 illustreert dat het luisteren naar de patiënt en het vertrouwen dat patiënten in hun arts stellen van groot belang zijn. Verder stellen ze vriendelijkheid op prijs en kan ook de ervaring en reputatie van een arts een rol spelen, eerder dan de leeftijd of het geslacht van de arts.

Reden	Totaal aangeduid (als belangrijkste reden)	Totaal (N=254)
Omwille van het geslacht van deze arts	13 (1)	5,1%
Omwille van de leeftijd van deze arts	16 (0)	6,3%
Omdat deze arts de tijd neemt om naar mij te luisteren	156 (12)	61,4%
Omwille van de reputatie van deze arts	59 (0)	23,2%
Omdat ik veel vertrouwen in deze arts stel	181 (13)	71,3%
Omwille van de ervaring van deze arts	79 (3)	31,1%
Omdat deze arts vriendelijk is	105 (1)	41,3%

Tabel 11: Frequentie hoe vaak de verscheidene redenen betreffende een arts werden aangeduid

Uit een multipele logistische regressie die werd uitgevoerd op de redenen 'een arts die tijd neemt om naar mij te luisteren', 'vertrouwen in een arts', 'ervaring van de arts' en 'een vriendelijke arts' blijkt dat enkel het beschikken over een diploma hoger onderwijs een duidelijke positieve invloed heeft op de kans om de reden 'veel vertrouwen in de arts stellen' mee te nemen in de keuze voor een praktijk (OR=2,603, p=0,029). Ook een diploma middelbaar onderwijs (OR=2,190, p=0,055) en de leeftijd (OR=1,017, p=0,055) tonen een rand-significante, positieve invloed op het aanduiden van de reden dat ze veel vertrouwen in de arts stellen. De statistische analyses kunnen worden teruggevonden in bijlage 7.

De resultaten van een multipele logistische regressie die de invloed nagaat van enkele persoonlijke kenmerken op het kiezen van een praktijk omwille van een arts die er werkt worden weergegeven in tabel 12.
Het model toont een significant verband tussen het geheel van alle weergegeven kenmerken en het kiezen van een praktijk omwille van een arts die er werkzaam is (N=266, χ^2=29,684; p=0,003; df=12) en verklaart 16,3% van de variantie (Nagelkerke R^2).

Variabelen	B	OR	P-waarde
Constante	1,672	5,320	0,214
Praktijkvorm waarin men consulteert			
duopraktijk	0,545	1,724	0,202
groepspraktijk	0,163	1,177	0,691
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	-0,266	0,767	0,520
Minimum 1 chronische aandoening hebben	0,274	1,315	0,438
Leeftijd	0,001	1,001	0,955
Vrouw	0,089	1,093	0,792
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	-0,703	0,495	0,309
diploma hoger onderwijs	-0,983	0,374	0,159
Een job hebben	-1,152	0,316	0,029
Langer dan 3 jaar patiënt in de praktijk	0,795	2,213	0,031
Consultatiefrequentie in laatste 6 maanden			
2 tot 4 keer consultatie in 6 maanden	0,197	1,217	0,585
≥5 keer consultatie in 6 maanden	0,813	2,255	0,135

Tabel 12: Multipele logistische regressie van persoonlijke kenmerken op het kiezen van een huisartsenpraktijk omwille van een arts

Enkel de variabelen ‘een job hebben’ en ‘langer dan drie jaar patiënt zijn in een praktijk’ hebben een onafhankelijke invloed op het kiezen voor een praktijk omwille van een arts. Deelnemers die een job hebben lijken minder te kiezen voor een praktijk omwille van een arts, de odds hierop is voor hen namelijk ongeveer drie keer kleiner dan voor gepensioneerden of mensen zonder werk (OR=0,316, p=0,029). De kans dat patiënten hun vaste huisartsenpraktijk kiezen omwille van een arts is ongeveer twee keer groter bij mensen die al langer dan drie jaar de praktijk consulteren (OR=2,213, p=0,031).

3.4 Omwille van een andere reden

34 personen (10,4%) gaven aan dat er -nog- een andere reden was voor het kiezen van een huisartsenpraktijk dan diegenen die werden voorgesteld. Een deelnemer duidde deze aan als belangrijkste, en vulde aan met de reden ‘hij kent me van jongs af aan’. Aangezien het hier gaat om een gering aantal werd hierbij geen multipele logistische regressie uitgevoerd.

De frequentst aangegeven redenen zijn: ‘ik consulteer al van kinds af aan deze praktijk’ (N=5), ‘de arts is een kennis/vriend’ (N=8), ‘ik was reeds patiënt bij de vorige arts van wie de huidige de praktijk heeft verdergezet’ (N=4), ‘ik heb deze arts leren kennen tijdens een wachtdienst of het verlof van een andere arts en ik ben hem/haar blijven consulteren’ (N=4).

4. Patiëntenvoorkeuren

In dit onderdeel worden de voorkeuren van de patiënten beschreven met betrekking tot de praktijkvorm die zij verkiezen, of zij steeds dezelfde arts wensen te spreken en of zij een voorkeur hebben voor een mannelijke of vrouwelijke arts. Daarenboven wordt onderzocht welk afsprakensysteem zij verkiezen. Verder wordt eveneens nagegaan of de respondenten een praktijkwebsite en consultaties op zaterdagvoormiddag een meerwaarde vinden. Op deze items wordt tenslotte een multipele logistische regressie uitgevoerd om na te gaan welke patiëntenkenmerken een onafhankelijke voorspeller zijn voor deze voorkeuren. Er wordt echter om praktische redenen geen logistische regressie toegepast op de voorkeur omtrent de praktijkvorm.

4.1 Voorkeur praktijkvorm

Tabel 13 beschrijft het verband tussen de praktijkvorm die men verkiest en de praktijkvorm in de geconsulteerde praktijk. De deelnemers duidden soms meerdere antwoorden aan, hoewel deze mogelijkheid niet werd vermeld in de vraag.

	Praktijken die men verkiest			
Praktijk die men consulteert	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	multidisciplinaire groepspraktijk
solopraktijken (N=102)	52,9%	55,9%	4,9%	0,0%
duopraktijken (N=112)	14,3%	33,0%	52,7%	4,5%
groepspraktijken (N=110)	13,6%	3,6%	66,4%	20,9%
totaal (N=324)	26,2%	30,2%	42,3%	8,6%
χ^2	54,878	69,104	89,499	33,091
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Tabel 13: Weergave per praktijkvorm welke soort praktijk men verkiest

In het algemeen verkiezen de respondenten een groepspraktijk (42,3%) boven een duopraktijk (30,2%) of solopraktijk (26,2%). In de totale populatie kiest slechts een minderheid voor een multidisciplinaire groepspraktijk. Er is een significant verband tussen de praktijkvorm die de patiënten verkiezen en de geconsulteerde praktijkvorm. Solopraktijken worden eerder verkozen door patiënten uit solopraktijken, duopraktijken eveneens door patiënten uit solopraktijken alsook uit duopraktijken en groepspraktijken dan weer door patiënten die een duo- of groepspraktijk consulteren op moment van bevraging. Multidisciplinaire groepspraktijken lijken enkel door patiënten uit groepspraktijken verkozen te worden.

4.2 Voorkeur om steeds dezelfde huisarts te consulteren

75,4% vindt het belangrijk tot heel erg belangrijk om steeds dezelfde huisarts te consulteren (N=325). Tabel 14 toont een multipele logistische regressie waarbij de invloed van een aantal variabelen op de wens om steeds dezelfde huisarts te spreken wordt nagegaan. Deze variabelen zijn de praktijkvorm die men consulteert, het hebben van een chronische aandoening, het inschatten van de eigen gezondheid als redelijk tot zeer slecht, het geslacht, de leeftijd, de opleiding, het hebben van een job, de frequentie van consulteren en de duur van een arts-patiëntrelatie. Het model in zijn geheel heeft geen significante relatie met de voorkeur om bij elk consult dezelfde arts te raadplegen (N=265, χ^2=19,007; p=0,088; df=12) en verklaart 10,3% van de variantie (Nagelkerke R^2).

Ouderen vinden het belangrijker om steeds dezelfde arts te consulteren dan jongere personen. De odds op belang hechten aan het spreken van een vaste arts neemt toe met een factor 1,027 bij het toenemen van de leeftijd van de patiënt met één jaar (OR=1,027, p=0,044). Er is een rand-significant effect van het consulteren van een duopraktijk en de eigen gezondheid als matig tot zeer slecht beschouwen op deze wens. Het inschatten van de eigen gezondheid als slecht lijkt een hogere kans te geven op het uiten van de wens dezelfde arts te kunnen consulteren. Patiënten die een duopraktijk consulteren zouden hieraan minder belang hechten.

Variabelen	B	OR	P-waarde
Constante	-0,355	0,701	0,764
Praktijkvorm waarin men consulteert			
duopraktijk	-0,676	0,509	0,085
groepspraktijk	0,005	1,005	0,989
Minimum 1 chronische aandoening hebben	-0,185	0,831	0,576
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	0,760	2,138	0,072
Leeftijd	0,027	1,027	0,044
Vrouw	-0,217	0,805	0,499
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	-0,361	0,697	0,499
diploma hoger onderwijs	0,083	1,087	0,882
Het hebben van een job	0,309	1,362	0,499
Langer dan 3 jaar patiënt in de praktijk	0,412	1,509	0,236
Consultatiefrequentie in laatste 6 maanden			
2 tot 4 keer consultatie in 6 maanden	0,175	1,191	0,612
≥5 keer consultatie in 6 maanden	-0,132	0,877	0,768

Tabel 14: Multipele logistische regressie van socio-demografische en patiëntkenmerken op de voorkeur het (heel erg) belangrijk te vinden om bij elk consult dezelfde arts te raadplegen

4.3 Voorkeur voor een mannelijke of vrouwelijke huisarts

Bijna drie vierden van de respondenten (73,5%, N=324) heeft geen voorkeur wat betreft het geslacht van de arts die zij consulteren. 13,6% van de respondenten heeft wel een voorkeur voor een vrouwelijke of mannelijke arts en 13,0% heeft enkel bij bepaalde klachten een voorkeur. In dit laatste geval kiezen 87,5% van de vrouwen en 40% van de mannen een vrouw.

Variabelen	B	OR	P-waarde
Constante	-3,038	0,048	0,001
Praktijkvorm waarin men consulteert			
duopraktijk	1,680	5,365	<0,001
groepspraktijk	1,749	5,747	<0,001
Minimum 1 chronische aandoening hebben	-0,161	0,851	0,619
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	-0,026	0,974	0,944
Leeftijd	0,005	1,005	0,633
Vrouw	0,678	1,970	0,034
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	-0,814	0,443	0,093
diploma hoger onderwijs	-0,016	0,984	0,974
Langer dan 3 jaar patiënt in de praktijk	0,414	1,512	0,242
Consultatiefrequentie in laatste 6 maanden			
2 tot 4 keer consultatie in 6 maanden	0,303	1,354	0,360
≥5 keer consultatie in 6 maanden	-0,464	0,628	0,335

Tabel 15: Multipele logistische regressie van socio-demografische en patiëntkenmerken op de voorkeur voor het raadplegen van een vrouwelijke of mannelijke arts

Tabel 15 geeft een multipele logistische regressie weer waarbij de invloed van enkele variabelen wordt nagegaan op de voorkeur voor een mannelijke of vrouwelijke arts. Het model in zijn geheel heeft een sterk significante relatie met het hebben van een voorkeur voor een vrouwelijke of mannelijke arts (N=288, χ^2=39,558; p=<0,001; df=11) en verklaart 18,7% van de variantie (Nagelkerke R^2). Het is duidelijk dat het geslacht van een patiënt invloed heeft op het hebben van een voorkeur voor het geslacht van de arts die men consulteert. Vrouwen hebben vaker dan mannen een voorkeur wat betreft het geslacht van de arts; de odds op het hebben van een voorkeur voor een mannelijke of vrouwelijke arts is bijna twee keer groter voor vrouwen dan voor mannen (OR=1,970, p=0,034). Aanvullende beschrijvende analyses tonen aan dat vrouwen in 88,9% een vrouw verkiezen en mannen in 54,5% een arts van hetzelfde geslacht.

Zowel patiënten die een duopraktijk als patiënten die een groepspraktijk consulteren hechten belang aan het geslacht van de arts die ze consulteren, de odds hierop is ongeveer vijf keer groter dan voor patiënten die een soloprakrijk consulteren.

4.4 Voorkeur voor vrije raadpleging of een afsprakensysteem

Een minderheid (7,1%) verkiest de vrije raadpleging, doch 41,7% wenst dat er enkele consultatieblokken worden gereserveerd voor vrije raadpleging. Ongeveer de helft (51,2%) verkiest dat er uitsluitend op afspraak wordt gewerkt (N=326). Tabel 16 toont een multipele logistische regressie van enkele persoonlijke kenmerken op de voorkeur voor consultaties op afspraak.

Variabelen	**B**	**OR**	**P-waarde**
Constante	-0,099	0,906	0,932
Praktijkvorm waarin men consulteert			
duopraktijk	2,792	16,307	<0,001
groepspraktijk	1,341	3,824	<0,001
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	-1,159	0,314	0,003
Minimum 1 chronische aandoening hebben	0,271	1,312	0,399
Leeftijd	-0,001	0,999	0,963
Vrouw	-0,490	0,613	0,138
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	-0,181	0,835	0,712
diploma hoger onderwijs	-0,248	0,780	0,615
Werksituatie			
deeltijds werk	-0,856	0,425	0,089
voltijds werk	-0,950	0,387	0,058
Kinderen <18 jaar in het gezin	-0,272	0,762	0,457
Consultatiefrequentie in de laatste 6 maanden			
2 tot 4 keer consultatie in 6 maanden	0,271	1,311	0,427
≥5 keer consultatie in 6 maanden	0,737	2,091	0,105

Tabel 16: Multipele logistische regressie van persoonlijke kenmerken op de voorkeur op afspraak te komen versus een gemengd systeem

Het totale model geeft een significant verband weer met de voorkeur voor enkel consultaties op afspraak (N=256, χ^2=67,810; p<0,001; df=13) en verklaart 31,1% van de variantie (Nagelkerke R^2). De praktijkvorm die men consulteert heeft een positieve invloed op de voorkeur voor een afsprakensysteem; personen uit een duopraktijk hebben een meer dan 16 keer grotere odds (OR=16,307, p<0,001) en uit een groepspraktijk een bijna vier keer grotere odds (OR=3,824, p<0,001) op het prefereren van een afsprakensysteem. Mensen die aangeven in een redelijke tot zeer slechte gezondheid te verkeren lijken dan weer geen voorkeur te hebben voor consultaties uitsluitend op afspraak, ze hebben een ongeveer drie keer kleinere odds op een voorkeur voor een afsprakensysteem (OR=0,314, p=0,003). Het hebben van een voltijdse of deeltijdse job lijkt dan weer een trend tot significantie te vertonen om eerder een gemengd systeem te prefereren.

Er is een duidelijk significant verschil tussen het consultatiesysteem dat men verkiest en de praktijk die men consulteert (N=326, χ^2=57,818; P<0,001). Tabel 17 illustreert dat patiënten uit solopraktijken meer voor een gemengd systeem te vinden zijn, terwijl deelnemers uit een duopraktijk een afsprakensysteem verkiezen en respondenten uit groepspraktijken zowel een gemengd systeem als een afsprakensysteem goedkeuren.

	Consultatiesysteem dat men verkiest		
Praktijk waarin men consulteert	vrije raadpleging	op afspraak	gemengd systeem
solopraktijken (N=102)	14,7%	24,5%	60,8%
duopraktijken (N=114)	4,4%	73,7%	21,9%
groepspraktijken (N=110)	2,7%	52,7%	44,5%
Totaal (N=326)	7,1%	51,2%	41,7%

Tabel 17: Per praktijkvorm die men consulteert het consultatiesysteem dat men verkiest

Bij diegenen die op afspraak wensen te komen en dus een gemengd systeem of consultatie uitsluitend op afspraak verkiezen (N=303), is de wijze waarop men een afspraak wenst te maken ongeveer gelijk verdeeld tussen telefonisch en online. Een afspraak maken via internet wordt relatief gezien iets vaker gekozen (41,3%) dan telefonisch een consultatie boeken (39,3%). 19,5% geeft aan beide middelen te zullen gebruiken om een afspraak vast te leggen. Daarnaast geeft toch 73,8% aan dat ze gebruik zouden maken van een online afsprakensysteem (N=301).

4.5 Voorkeur voor consultaties op zaterdagvoormiddag

Meer dan drie kwart van de ondervraagden (76,6%) vindt zaterdagvoormiddag-consultaties een meerwaarde (N=325). Tabel 18 geeft de resultaten weer van een multipele logistische regressie waarbij de onafhankelijke invloed van enkele patiëntenkenmerken op deze voorkeur wordt nagegaan. Het model met alle persoonlijke kenmerken toont geen significant verband met het beschouwen van consultaties op zaterdagvoormiddag als een meerwaarde (N=271, χ^2=20,832; p=0,076; df=13) en verklaart 11,3% van de variantie (Nagelkerke R^2). De uitkomst om een raadpleging op zaterdag een meerwaarde te vinden komt meer voor bij jonge mensen. De odds om zaterdagvoormiddagconsultaties als een meerwaarde te beschouwen, neemt immers af met een factor 1,033 bij het toenemen van de leeftijd met 1 jaar (OR=0,968, p=0,039). De opleiding, het hebben van kinderen en een job hebben oefenen dus geen onafhankelijke invloed uit.

Variabelen	B	OR	P-waarde
Constante	3,163	23,635	0,014
Praktijkvorm waarin men consulteert			
duopraktijk	0,457	1,580	0,244
groepspraktijk	0,217	1,242	0,570
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	0,203	1,225	0,604
Minimum 1 chronische aandoening hebben	-0,382	0,682	0,250
Leeftijd	-0,033	0,968	0,039
Vrouw	-0,381	0,683	0,257
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	-0,122	0,886	0,792
diploma hoger onderwijs	0,246	1,278	0,612
Tewerkstelling			
deeltijds werk	-0,133	0,876	0,814
voltijds werk	-0,470	0,625	0,389
Kinderen <18 jaar in het gezin	0,430	1,537	0,345
Consultatiefrequentie in de laatste 6 maanden			
2 tot 4 keer consultatie in 6 maanden	0,109	1,115	0,759
≥5 keer consultatie in 6 maanden	0,164	1,178	0,732

Tabel 18: Multipele logistische regressie van persoonlijke kenmerken op consultaties op zaterdagvoormiddag een meerwaarde vinden

4.6 Voorkeur voor een praktijkwebsite

Van de totale populatie (N=326) is 82,8% vertrouwd met het gebruik van internet en beschikt 87,1% over een internetverbinding thuis. 71,1% vindt een praktijkwebsite een meerwaarde (N=322). Tabel 19 toont welke patiëntenkenmerken hiervoor fungeren als voorspellers.

Variabelen	B	OR	P-waarde
Constante	-6,448	0,002	0,001
Praktijkvorm waarin men consulteert			
duopraktijk	1,757	5,793	<0,001
groepspraktijk	1,886	6,596	<0,001
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	0,899	2,457	0,058
Minimum 1 chronische aandoening hebben	-0,171	0,843	0,653
Leeftijd	0,006	1,006	0,744
Vrouw	-0,387	0,679	0,322
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	0,664	1,943	0,220
diploma hoger onderwijs	1,144	3,140	0,048
Een job hebben	0,437	1,548	0,431
Vertrouwd met het gebruik van internet	2,272	9,700	<0,001
Beschikken over een internetverbinding thuis	3,638	38,023	0,001

Tabel 19: Multipele logistische regressie van persoonlijk kenmerken op een praktijkwebsite een meerwaarde vinden

Het totale model geeft een significant verband weer met het erkennen van de meerwaarde van een praktijkwebsite (N=292, χ^2=136,164; p<0,001; df=11) en verklaart 54,1% van de variantie (Nagelkerke R^2). De kans dat patiënten uit een duo- of groepspraktijk een praktijkwebsite een meerwaarde vinden, is ruim vijf keer groter dan voor de patiënten uit een solopraktijk. De solopraktijken hebben momenteel geen praktijkwebsite, toch blijkt uit een bijkomende analyse dat respectievelijk 41,7% (praktijk 1, N=48) en 59,6% (praktijk 2, N=52) van hun patiënten een website een meerwaarde zouden vinden. Van de patiënten in de duo- en groepspraktijken erkent 80,2% het nut van de praktijkwebsite. Ook hoger opgeleiden zien het nut van een praktijkwebsite meer in, de odds is ongeveer drie keer groter bij mensen met een diploma hoger onderwijs dan bij mensen zonder diploma of een diploma lager (middelbaar) onderwijs (OR=3,140, p=0,048). Vertrouwd zijn met het gebruik van internet (OR=9,700, p<0,001) en beschikken over een internetverbinding thuis (OR=38,023, p=0,001) brengen eveneens een hogere kans met zich mee om positief te antwoorden op de vraag of een praktijkwebsite een meerwaarde kan zijn. Wanneer de logistische regressie enkel wordt uitgevoerd op de patiënten uit de duo-en groepspraktijken, worden in grote lijnen dezelfde verbanden gezien. Terwijl geen enkele variabele een onafhankelijke invloed heeft op de voorkeur voor een praktijkwebsite bij patiënten die solopraktijken consulteren. De resultaten van deze bijkomende analyses kunnen worden teruggevonden in bijlage 7.

Tabel 20 geeft weer welke informatie de voorstanders van een praktijkwebsite er dan graag op willen terugvinden. De consultatie-uren wordt hierbij het vaakst aangegeven (90,6%). En hiermee gepaard gaande zou toch 83,5% ook online een afspraak willen boeken. Daarnaast is het eveneens aangewezen de contactgegevens van de praktijk, alsook informatie over de artsen en medewerkers en de organisatie van de wachtdienst op de website te plaatsen. De antwoordmogelijkheid ‘andere’ werd slechts in één geval gespecifieerd, waarbij ‘advies psychische problemen’ werd genoteerd.

Informatie	**Percentage**
consultatie-uren	90,6%
informatie over de arts(en) en medewerkers	46,4%
online een afspraak kunnen maken	83,5%
contactgegevens praktijk	54,9%
werking van de praktijk	30,8%
organisatie wachtdienst	47,8%
gezondheidsinformatie	23,7%
andere	1,3%

Tabel 20: frequentie van informatie die men op een praktijkwebsite wenst terug te vinden (N=224)

VI DISCUSSIE

Het doel van dit onderzoek is na te gaan hoe patiënten hun huisartsenpraktijk kiezen. Welke reden is hierbij doorslaggevend? Is dit om een persoonlijke reden, wordt dit gestuurd door de praktijkorganisatie of kiest men omwille van een arts die in de praktijk werkzaam is? Daarnaast worden de voorkeuren van de deelnemende patiënten onderzocht aangaande de praktijkvorm, het spreken van dezelfde arts, het geslacht van de huisarts, het afsprakensysteem, consultaties op zaterdagvoormiddag en een praktijkwebsite. Ook de patiëntenkenmerken van de deelnemers worden onder de loep genomen. Tot slot worden de sterktes en beperkingen van deze studie besproken en wat deze resultaten in de praktijk kunnen betekenen. Waar mogelijk wordt een aanzet gegeven voor verder onderzoek.

1. Patiëntenkenmerken steekproef

Hieronder volgt een kritische analyse van de resultaten betreffende de patiëntenkenmerken socio-demografisch, op het vlak van gezondheid en consumptie van de gezondheidszorg. Er zijn bij sommige variabelen duidelijke verschillen terug te vinden tussen de praktijken onderling. Er werd getracht deze verschillen geen invloed te laten uitoefenen op de analyses door de variabelen op te nemen in multipele logistische regressiemodellen.

1.1 Socio-demografische gegevens

Het betreft een gemiddeld gezien oudere populatie met een gemiddelde leeftijd van 51,6 jaar, hetgeen ouder is dan de populatie uit de EUROPEP-studie waar de gemiddelde leeftijd 49,6 jaar was. (15) De solopraktijken hebben gemiddeld een oudere patiëntenpopulatie, hetgeen verklaard kan worden doordat het percentage patiënten dat een duo- of groepspraktijk consulteert volgens de literatuur afneemt met de leeftijd. (2) Het verschil in gemiddelde leeftijd tussen praktijken vertaalt zich verder ook in de verschillen die worden gezien wat betreft het aantal gezinnen met minderjarige kinderen en de werksituatie. Een overwicht aan vrouwen nam deel aan deze studie, met name 62,6% van de ondervraagden zijn vrouwen. Dit weerspiegelt de Belgische bevolking niet, gezien die bestaat uit 50,9% vrouwen (60), maar komt wel overeen met de man-vrouwverhouding in de EUPOPEP-studie in Vlaanderen, respectievelijk 35,5% en 64,4%. (15,54) Ook in andere studies is er een overwicht aan vrouwelijke deelnemers opgetekend, vermoedelijk omdat zij vaker eerstelijnsgezondheidszorg consumeren dan mannen. (2) Verder verschilt ook de opleiding significant tussen de praktijken. In het algemeen betreft het een relatief hoogopgeleide populatie aangezien 44,3% beschikt over een diploma hoger onderwijs, terwijl dit volgens de Belgische statistieken in 2016 slechts 29,9% was. In de steekproef heeft 15,8% geen diploma of een diploma lager (middelbaar) onderwijs, terwijl dit in realiteit 34,4% is. In de studie is in 39,9% het diploma middelbaar onderwijs het hoogste behaalde diploma, in werkelijkheid is dit bij 35,7%, wat dus vergelijkbaar is. (60) De populatie heeft overwegend de Belgische nationaliteit, ook het geboorteland van beide ouders is meestal België. Dit impliceert dat er weinig etnische minderheden in deze studie zijn opgenomen, en

laat deze groep zich nu eerder als actieve consumenten opstellen in de zoektocht naar een huisartsenpraktijk. (6) In België heeft 88,5% van de bevolking de Belgische nationaliteit. (60) Er is geen vergelijking gebeurd per praktijk of de steekproef representatief is voor de patiëntenpopulatie. De gegevens betreffende de leeftijd, de verdeling mannen en vrouwen en het aantal chronische zieken werden wel voorgelegd aan elke praktijk. Men kan stellen dat de studiepopulatie niet helemaal overeenkomt met de patiëntenpopulatie in de praktijk. Zo zijn de mannen in de praktijkpopulatie meer vertegenwoordigd, al zou er wel een licht overwicht aan vrouwen zijn, en is de studiepopulatie gemiddeld gezien ouder dan de populatie in de praktijk. Het aantal chronische aandoeningen in de steekproef lijkt overeen te komen met de reële cijfers, al zou het in sommige praktijken een onderschatting zijn. Meer details kunnen worden teruggevonden in de praktijkschets in bijlage 6. Er kan worden besloten dat het eerder een relatief bevoorrechte, oudere, hoger opgeleide, Belgische populatie betreft, met een overwicht aan vrouwen. De meerderheid heeft een partner, een gezin zonder minderjarige kinderen en is niet beroepsactief.

1.2 Gezondheid

1.2.1 Chronische aandoening

46,7% van de steekproef geeft aan een chronische aandoening te hebben, wat veel is. In de gezondheidsenquête 2013 rapporteert 28,5% van de personen ouder dan 15 jaar een chronische aandoening te hebben. Dit percentage stijgt sterk met de leeftijd, bij 75-plussers is dit bijna 48,8% en ook vrouwen rapporteren vaker een chronisch aandoening dan mannen, respectievelijk 31,1% en 25,8%. De oudere leeftijd in deze populatie en het relatief grotere aandeel vrouwen zou in deze studie de hogere cijfers met betrekking tot het hebben van een chronisch aandoening aldus kunnen verklaren, alsook dat de bevraging geschiedde bij personen in de wachtzaal van een huisartsenpraktijk. (61)

1.2.2 Gezondheidsbeleving

De gezondheidsbeleving wordt hier subjectief bevraagd en omvat dus zowel de fysieke, psychische als sociale gezondheid zoals in de gezondheidsenquête. In deze studie beschouwt 71,2% de eigen gezondheid als goed tot zeer goed, in de gezondheidsenquête 2013 was dit 78%. Het inschatten van de gezondheid als redelijk tot zeer slecht was respectievelijk 28,8% en 22%. De resultaten zijn dus relatief vergelijkbaar. De verschillen zouden kunnen verklaard worden doordat de subjectieve beoordeling bij personen van 75 jaar en ouder en bij vrouwen minder gunstig is. Opmerkelijk is dat, hoewel bijna de helft aangeeft een chronische aandoening te hebben, toch bijna driekwart zegt in goede tot zeer goede gezondheid te verkeren. Vermoedelijk betreft een groot deel van de chronische aandoeningen risicofactoren, zoals hypertensie, waarvoor de patiënt behandeld wordt, maar die geen directe invloed hebben op de gezondheidsbeleving. (62)

1.3 Consumptie eerstelijnsgezondheidszorg

1.3.1 Vaste huisarts

In deze studie geeft 96,6% aan een vaste huisarts te hebben, wat overeenkomt met de 96% die in de literatuur wordt teruggevonden. (2) Bovendien geeft ook 95,3% aan op moment van het invullen van de vragenlijst de vaste huisarts te consulteren.

1.3.2 Hoe lang al naar de praktijk

Gemiddeld gezien is driekwart van de deelnemers langer dan drie jaar patiënt in de praktijk. Er zijn echter grote verschillen onderling. Volgens de literatuur kent de duur van de arts-patiëntrelatie en de tevredenheid over de verleende zorg een evenredig verband. (11)

1.3.3 Hoe vaak consultatie afgelopen 6 maanden voor het huidige bezoek

De meerderheid van de respondenten consulteerde een huisarts in de afgelopen zes maanden reeds twee tot vier keer, en hier zien we geen significante verschillen tussen de praktijken Dit kan ruwweg overeenkomen met het gemiddeld aantal consultaties bij een huisarts van 4,28 per patiënt in het jaar 2010. (63)

1.3.4 Verplaatsing naar de huisartsenpraktijk

87,7% van de deelnemers heeft minder dan 20 minuten de tijd nodig voor de verplaatsing van bij hun thuis naar de huisartsenpraktijk, wat bevestigt dat zij kiezen voor een dichtbij gelegen praktijk.

2. Keuze huisarts

De onderzoeksvraag onderscheidde 23 redenen om voor de geconsulteerde huisartsenpraktijk te kiezen onderverdeeld in de volgende drie categorieën: omwille van persoonlijke redenen, omwille van de praktijk of de praktijkorganisatie, of omwille van de arts.

Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten relatief gezien het vaakst kiezen voor een huisartsenpraktijk **omwille van de praktijk of de praktijkorganisatie**. Dit is voornamelijk het geval voor patiënten die een duo- of groepspraktijk consulteren en diegenen die de voorbije zes maanden twee tot vier keer een huisarts consulteerden. Wanneer we verder kijken naar kenmerken van de praktijk of praktijkorganisatie, blijkt voor de helft van de patiënten de bereikbaarheid mee te spelen in hun praktijkkeuze. De bereikbaarheid van de praktijk speelt meer mee bij patiënten met een chronische aandoening. Relatief snel een afspraak kunnen krijgen is een andere, vaak aangeduide reden. Vooral vrouwen blijken dit een belangrijk item te vinden. De bevinding in deze analyse dat bijna 30% de praktijk kiest die het dichtste bij is, bevestigt hetgeen reeds in de literatuur (4) is beschreven. Of het dan ook wel degelijk de dichtstbijzijnde praktijk betreft, werd niet geverifieerd. Het belang van de afstand tot de praktijk en een korte wachttijd tot het krijgen van een afspraak zijn ook door literatuur eerder aangehaald

als belangrijke items in het keuzeproces. (9) Deze analyse suggereert wel dat de bereikbaarheid van de praktijk belangrijker is dan de afstand tot de praktijk. Wat de patiënten verstaan onder bereikbaarheid is echter niet duidelijk. Dit kan de bereikbaarheid met het openbaar vervoer zijn, hoewel de meerderheid met de auto of de fiets naar de praktijk komt. Dit kan evenwel de parkeergelegenheid zijn, of bijvoorbeeld de telefonische bereikbaarheid van de praktijk.

Het kiezen van een praktijk omwille van de organisatie wordt op de voet gevolgd door het kiezen om een persoonlijke reden. De onafhankelijke voorspeller hierbij is de leeftijd, waarbij jongere patiënten meer kans hebben om een persoonlijke reden op te geven op basis waarvan men een keuze maakt. Dat familieleden reeds patiënt waren in de praktijk is hierbij de vaakst aangeduide reden (116 patiënten), vooral voor jongere personen lijkt dit een belangrijke reden te zijn. Verder blijkt dat wordt voortgegaan op de raad van familie en kennissen. Dit wordt bevestigd in de literatuur (4), met name dat de keuze wordt gemaakt omdat familieleden er reeds patiënt zijn of de praktijk hen wordt aangeraden. Opvallend is dat weinigen, slechts 37 personen, een bewuste keuze maken door praktijken te vergelijken. Bijna een op vijf geeft aan dat de praktijk die ze consulteren de enige is die ze kennen. In het onderzoek van Salisbury et al. (4) was dat zelfs een op drie.

Tenslotte is de arts die er werkt eveneens een belangrijke motivatie om voor een praktijk te kiezen en is de kans dat iemand een reden uit deze categorie zal opgeven groter voor mensen die al langer dan drie jaar patiënt zijn in de praktijk en diegenen die geen job hebben. De eerste voorspeller kan gelinkt worden aan de literatuur waaruit blijkt dat een langere arts-patiëntrelatie ook zorgt voor een grotere tevredenheid. Vermoedelijk kan deze tweede voorspeller (geen job hebben) verklaard worden door het aandeel gepensioneerden bij deze variabele, gezien gekend is dat gepensioneerden belang hechten aan hun arts, zij respect hebben voor het advies van de arts en zij steeds dezelfde arts wensen te spreken. (31) Het vertrouwen dat in een arts wordt gesteld is voor 71% een belangrijke reden en relatief gezien zelfs de belangrijkste reden in deze categorie. Hierbij is hoger opgeleid zijn een voorspeller en heeft ook de leeftijd een rand-significante positieve invloed. Luisteren naar de patiënt is tevens een belangrijke motivatie (61,4%). Dit bevestigt de prioriteit die patiënten stellen, namelijk een arts die de tijd neemt om naar hen te luisteren. (7,8,13,51) De vriendelijkheid (41,3%) en de ervaring van de arts (31,1%) vervolledigen de lijst met redenen om te kiezen voor een praktijk omwille van een arts. Hoewel men rekening houdt met welke praktijken door anderen worden aangeraden, lijkt de individuele reputatie van de arts eerder ondergeschikt te zijn. De analyse bevestigt bovendien de conclusie van dr. Vens (24) dat de leeftijd en het geslacht van de arts weinig belang hebben bij de keuze van een huisarts. Opmerkelijk is dat in absolute aantallen de frequentste redenen in de categorie ‘keuze voor een praktijk omwille van een arts die er werkzaam is’ vaker zijn aangeduid dan redenen in de andere twee categorieën. Zo duidden 181 personen aan dat ze **veel vertrouwen in de arts stellen** en 156 personen dat de arts de tijd neemt om naar hen te luisteren, terwijl slechts 139 deelnemers de bereikbaarheid aankruisten en 116 personen dat familieleden die reeds patiënt waren in de praktijk een reden was voor hun keuze. Deze aantallen liggen relatief dicht bij elkaar. Ook de praktijkgebonden (83,7%), de persoonsgebonden (82,2%) en de artsgebonden (77,9%) redenen werden in verhouding ongeveer even vaak aangekruist. Het is dus niet duidelijk of de redenen behorend tot de praktijk(organisatie) dan wel het vertrouwen

die men in een arts stelt de belangrijkste reden is om voor een praktijk te kiezen. We zouden kunnen stellen dat er geen algemeen toepasbare regel is bij het keuzeproces. Zoals uit de scoping review (3) blijkt, maken verschillende patiënten verschillende keuzes in verschillende situaties. Men zou wel kunnen stellen dat de patiënten zich eerder als passieve consumenten opstellen, zoals de literatuur al aangaf. (3, 4) Ze kiezen voor een praktijk waar familie reeds patiënt is of die hen door iemand werd aangeraden. Ook de bereikbaarheid en de ligging van de praktijk spelen een rol. Hierdoor kan men veronderstellen dat het model voorgesteld in *Together we change* (1) in de praktijk kan worden geïmplementeerd gezien de huisartsenpraktijken onder meer worden onderverdeeld in eerstelijnszones op basis van geografische ligging. Verder is ook duidelijk dat de arts die in de praktijk werkt belangrijk is, en dat de patiënt belang hecht aan een arts die luistert en die ze kunnen vertrouwen.

3. Patiëntenvoorkeuren

Hierna worden de voorkeuren van de ondervraagden besproken aangaande enkele arts- en praktijk gebonden items. Samenvattend zouden we kunnen stellen dat in het algemeen de ideale huisartsenpraktijk een groepspraktijk is waarbij men een vaste arts heeft, er op afspraak wordt gewerkt, maar toch nog enkele consultatieblokken vrije raadpleging worden georganiseerd, waar men ook op zaterdagvoormiddag zou terecht kunnen en er een praktijkwebsite is.

3.1 Voorkeur praktijkvorm

Hoewel de literatuur stelt dat patiënten kleinere praktijken verkiezen (14-19), blijkt uit de resultaten dat men in het algemeen een groepspraktijk verkiest (42,3%). Het is opmerkelijk dat patiënten uit een solopraktijk ook een solopraktijk of duopraktijk prefereren. Zij lijken dus bewust te kiezen voor een kleinere praktijk. Hier dient wel de opmerking te worden gemaakt dat in dit onderzoek een solopraktijk in se geen zuivere solopraktijk is, gezien de solo-arts ondersteuning krijgt van een huisarts-in-opleiding (HAIO). Bijgevolg kunnen deze praktijken als duopraktijken worden beschouwd. Dit is ook het geval voor de duopraktijken in dit onderzoek, die bestaan uit twee huisartsen en een HAIO en dus in feite groepspraktijken zijn. Patiënten die duopraktijken consulteren verkiezen groepspraktijken of duopraktijken. Patiënten uit groepspraktijken prefereren ook duidelijk (multidisciplinaire) groepspraktijken al zou 13,6% ook wel een solopraktijk verkiezen. Men zou kunnen stellen dat de deelnemers de voordelen van een groepspraktijk inzien. Wensing et al. stelde vast dat in 2004 de mensen nog moesten wennen aan paramedici in de praktijk (23), anno 2016 lijkt dit al meer aanvaard te zijn. Vooral patiënten die momenteel een groepspraktijk consulteren, aanvaarden andere paramedici in de praktijk. Vermoedelijk is dit ook te wijten aan het feit dat in de deelnemende groepspraktijken momenteel reeds paramedici aan het werk zijn. Bovendien gaven 42 patiënten aan dat ze voor de huisartsenpraktijk kozen net omdat het een groepspraktijk is en gaven 21 deelnemers aan dat de aanwezigheid van paramedici in de praktijk hun keuze positief hadden beïnvloed.

3.2 Voorkeur om steeds dezelfde huisarts te consulteren

Hoewel groepspraktijken hun ingang vinden, geeft driekwart aan het belangrijk tot heel erg belangrijk te vinden om steeds dezelfde arts te spreken. In de literatuur was hierover geen eenduidigheid, en dit onderzoek leunt dus aan bij de conclusies van dr. Van Stappen (19) en Jabaaij et al. (31). Patiënten houden nog steeds van de persoonlijke continuïteit die de eerstelijnsgezondheidszorg kenmerkt. De analyse suggereert dat vooral ouderen dit belangrijk vinden, hoewel dokter Van Stappen in haar onderzoek (19) stelde dat er geen verband is met de leeftijd van de patiënten. Patiënten uit een duopraktijk en mensen die hun gezondheid ervaren als matig tot zeer slecht, lijken bovendien meer belang te hechten aan een vaste arts. Dat patiënten uit een groepspraktijk, volgens de gevoerde analyses, niet opvallend vaker kiezen om steeds dezelfde arts te raadplegen, zou kunnen betekenen dat de suggestie van dr. Thijs (25) om in een groepspraktijk twee vaste artsen te kiezen in de realiteit wordt toegepast. In het onderzoek van Jabaaij et al. (31) hadden vrouwen en gepensioneerden een sterkere wens dezelfde arts te kunnen spreken, in deze analyse kon echter geen invloed worden vastgesteld van het geslacht van de deelnemers of het gepensioneerd zijn.

3.3 Voorkeur voor een mannelijke of vrouwelijke huisarts

Slechts een kwart van de deelnemers heeft een voorkeur voor een mannelijke of vrouwelijke arts waarvan de helft deze voorkeur enkel heeft bij bepaalde klachten. Opmerkelijk is dat in dit laatste geval de meerderheid van de vrouwen (87,5%) voor een vrouwelijke huisarts kiest, maar toch ook 40% van de mannen een vrouwelijke dokter verkiezen. Het is niet duidelijk bij welke klachten de respondenten een voorkeur hebben. Vermoedelijk betreft dit bij vrouwen onder meer gynaecologische problemen. Toch heeft ook 40% van de mannen bij bepaalde klachten de voorkeur voor een vrouwelijke arts. De onderzoeker denkt dat dit te maken heeft met de aanpak van vrouwelijke artsen, die de patiënt meer centraal stelt en ruimte laat voor shared decision making, zoals beschreven door Hall et al. (34). Vrouwen hebben in het algemeen een grotere kans om een voorkeur te hebben voor het geslacht van de huisarts dan mannen. Ook waar de patiënt consulteert heeft een invloed. Zo hebben patiënten uit een duo- of groepspraktijk vaker een voorkeur voor een arts van een specifiek geslacht. Uiteraard is men in dergelijke praktijken ook meer in de mogelijkheid om een arts van een specifiek geslacht te kiezen. In tegenstelling tot een meta-analyse (34) lijkt de leeftijd in de analyses geen onafhankelijke invloed uit te oefenen op het hebben van een voorkeur voor een mannelijke of vrouwelijke arts.

3.4 Voorkeur voor vrije raadpleging of afsprakensysteem

Hoewel de literatuur concludeert dat de tevredenheid groter is bij patiënten die een praktijk consulteren op vrije raadpleging (37), zouden de deelnemers in deze studie liever op afspraak komen (51,2%). Dit sluit aan bij eerdere conclusies in de literatuur. (7,36) Bovendien gaven slechts 39 personen eerder aan dat de vrije raadpleging een reden was om voor de huidige praktijk te kiezen. Doch wenst 41,7% dat er in een afsprakensysteem ruimte wordt vrijgehouden voor vrije consultaties. De kans om een voorkeur te hebben voor een afsprakensysteem is het

grootst bij patiënten die een duopraktijk consulteren. Vermoedelijk komt dit door de huidige praktijkorganisatie in de deelnemende praktijken, gezien de duopraktijken momenteel enkel op afspraak werken. De solopraktijken werken met een gemengd systeem, met voornamelijk vrije raadpleging in solopraktijk 1. Groepspraktijk 6 heeft een gemengd systeem, en groepspraktijk 5 uitsluitend een afsprakensysteem. Deze vermoedelijke correlatie tussen de huidige praktijkorganisatie en de voorkeur voor een consultatiesysteem kan ook worden afgeleid uit tabel 12. Wie zijn eigen gezondheid slecht inschat, verkiest minder vaak een afsprakensysteem. Voorzichtig zou kunnen verondersteld worden dat door met vrije raadplegingen te werken de praktijk toegankelijker lijkt en de arts meer tijd kan hebben, iets wat mensen met een slechtere gezondheid belangrijker kunnen vinden. Opmerkelijk is dat ook het hebben van een job, voltijds of deeltijds, een rand-significante, negatieve invloed heeft op de voorkeur voor een afsprakensysteem, wat dus impliceert dat zij vermoedelijk meer voorstander zijn van een gemengd systeem. Misschien willen zij nog enkele momenten vrije raadpleging behouden om de mogelijkheid te hebben de dag zelf te kunnen geholpen worden.

De resultaten tonen geen verschil tussen een online afsprakensysteem en telefonisch een afspraak maken, hetgeen de onduidelijkheid hieromtrent in de literatuur (35,36) versterkt. Al geeft men wel aan gebruik te zullen maken van een online afsprakensysteem als dit zou worden aangeboden. Bovendien gaven eerder reeds 102 deelnemers aan dat online een afspraak kunnen maken een reden is die men meeneemt in het keuzeproces voor een praktijk. Dit was wel eerder zo bij jongere mensen, wat de digitale kloof die dr. Verstringe beschrijft in haar scriptie (38) bevestigt.

3.5 Voorkeur voor consultaties op zaterdagvoormiddag

Zaterdagvoormiddagconsultaties lijken een meerwaarde te zijn voor ongeveer drie kwart van de ondervraagden (76,6%). Er werd echter niet bevraagd of dit ook noodzakelijk is voor hen. Momenteel wordt er in een duopraktijk wekelijks consultaties op zaterdagvoormiddag voorzien en zijn niet-dringende afspraken op zaterdag mogelijk op aanvraag in een solo- en een duopraktijk. Anders dan men zou verwachten, is enkel de leeftijd een onafhankelijke voorspeller, jongere mensen hebben een grotere kans om consultaties op zaterdag een meerwaarde te vinden. Er werd vanuit de literatuur (42) gesuggereerd dat het hebben van een fulltime job hiervoor ook een onafhankelijke voorspeller zou zijn, maar de analyse kon dit niet aantonen. Ook het hebben van kinderen is dat niet. In de literatuur vonden we ook dat consultaties na zes uur ’s avonds voor de meerderheid een meerwaarde zijn. (45) Het is dus duidelijk dat patiënten een grote toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg verwachten en bijgevolg bij hun arts terecht willen kunnen buiten de kantooruren.

3.6 Voorkeur praktijkwebsite

71,7% zou een praktijkwebsite een meerwaarde vinden, wat bevestigt wat masterscripties (46,49) eerder concludeerden. Dit is vooral het geval bij patiënten uit duopraktijken en groepspraktijken. Ook dit zou kunnen verklaard worden door het feit dat de duo- en groepspraktijken in dit onderzoek reeds een praktijkwebsite hebben, terwijl de deelnemende

solopraktijken hierover nog niet beschikken, hoewel toch de helft van hun steekproef een website een meerwaarde zou vinden. Men zou ook de leeftijd als oorzaak kunnen zien van de onafhankelijke invloed van de praktijkvorm die men consulteert, gezien de solopraktijken gemiddeld gezien een oudere populatie hebben. Doch de leeftijd lijkt geen onafhankelijke voorspeller te zijn voor het erkennen van het nut van een website. Bijgevolg is hier dus geen digitale kloof te weerhouden, zoals deze eerder werd gezien bij het online afsprakensysteem. Hoger opgeleiden hebben meer kans het nut van een website in te zien. Het is evident dat het vertrouwd zijn met internet en over een internetverbinding beschikken een positief verband hebben met de voorkeur voor een praktijkwebsite. Het is duidelijk dat een website een meerwaarde kan betekenen voor een praktijk, hoewel slechts weinigen aangaven dat ze de gekozen praktijk hadden leren kennen via de praktijkwebsite. Op een dergelijke website wensen de ondervraagden de consultatie-uren te kunnen raadplegen, alsook dat er een online afsprakensysteem wordt aangeboden. Verder willen ze er de contactgegevens van de praktijk en de wachtdienst terugvinden en mag er ook informatie over de artsen en medewerkers beschikbaar zijn. Deze resultaten komen overeen met het onderzoek van dr. Vandenberghe (49), al bleek uit haar interviews dat ook de werking van de praktijk op de website mag worden geplaatst. In deze studie lijkt dit minder belangrijk te zijn. Dat het terugvinden van gezondheidsinformatie op een praktijkwebsite minder werd aangeduid, bevestigt wat dr. Vandenberghe (49) reeds uit focusgroepinterviews haalde, dat het aanbieden van gezondheidsinformatie een meerwaarde kan zijn, maar geen absolute noodzaak is.

4. Beperkingen en sterktes van het onderzoek

4.1 Sterktes

4.1.1 Response rate

De response rate van deze studie, met name gemiddeld 67,9%, is een behoorlijk resultaat. Bij de EUROPEP-studie werd gestreefd naar een response rate van 60%, maar werd wel een hogere response rate van 81,1% bereikt. (15)

4.1.2 Onderzoeksvraag

Een sterkte van dit onderzoek is dat er weinig (recent) onderzoek is gevoerd rond de keuze voor een huisartsenpraktijk in het algemeen en in het bijzonder in Vlaanderen. Tegelijkertijd wordt de opportuniteit benut om van de vragenlijst gebruik te maken om ook de voorkeuren omtrent enkele praktijkorganisatorische items, die de onderzoeker en praktijkopleider interesseren, te bevragen. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, werden bovendien heel wat redenen aangeboden waaruit de deelnemer kon kiezen. Deze lijken relatief conclusief te zijn, gezien weinig andere reden als belangrijk werden opgegeven. Dit uitgebreid aantal antwoordmogelijkheden is nodig gezien de keuze voor een praktijk een complexe keuze betreft.

4.1.3 Steekproef

Het betreft een relatief grote steekproef met patiënten uit een ruime variatie aan praktijken die toch enkele kenmerken gemeenschappelijk hebben waardoor ze vergelijkbaar zijn. Al dient de opmerking te worden gemaakt dat een solo-praktijk door de aanwezigheid van een HAIO in feite een duopraktijk is en een duopraktijk in casu dus kan gezien worden als een groepspraktijk.

4.1.4 Onderzoeksdesign

Door het studiedesign met schriftelijke vragenlijsten en dankzij de hulp van secretariaatsmedewerkers en artsen kon een aanzienlijk aantal personen worden geïncludeerd. Een sterkte van dit onderzoek is dat bepaalde vragen werden ontleend aan bestaande meetinstrumenten.

4.1.5 Statistische analyse

Op de verklarende variabelen die de onderzoeksvragen bepalen, werd een multivariate analyse uitgevoerd, wat een meerwaarde brengt ten opzichte van enkelvoudige analyses. Op die manier kon de invloed van socio-demografische kenmerken van patiënten die verschillen tussen de praktijken, zoals onder meer de leeftijd, opleiding, werksituatie en duur van de arts-patiëntrelatie, worden geminimaliseerd.

4.2 Beperkingen

4.2.1 Steekproef

Het is moeilijk de resultaten te extrapoleren naar de volledige eerstelijnsgezondheidszorg, gezien het hier gaat om opleidingspraktijken in een landelijk tot halfstedelijk gebied gelegen in Oost- en West-Vlaanderen.

4.2.2 Selectiebias

De rekrutering van de deelnemers gebeurde willekeurig doch niet gestandaardiseerd, wat een selectiebias tot gevolg kan hebben. Er werd bijvoorbeeld niet aan elke opeenvolgende patiënt een vragenlijst overhandigd. Er zijn bovendien geen gegevens beschikbaar over non-responders. Het is niet duidelijk waarom 32,1% de vragenlijst niet of niet volledig ingevuld terugbezorgden. Het is niet duidelijk hoeveel personen weigerden aan de studie deel te nemen en het is enkel gissen naar mogelijke redenen, zoals bijvoorbeeld tijdsgebrek, geen interesse in het onderwerp, ontevredenheid over de praktijk, … De deelname was niet verplicht en intrinsiek aan vragenlijsten selecteer je een bepaald publiek, met name diegenen die tijd hebben en gemotiveerd zijn om een schriftelijke vragenlijst in te vullen. Bovendien nam het beantwoorden van de vragen ongeveer vijf à tien minuten in beslag. Er werd niet geverifieerd of de steekproef representatief is voor de patiëntenpopulatie, maar de praktijken werden wel gevraagd de

leeftijd, het geslacht en het aantal chronische zieken van de steekproef te vergelijken met hun totale patiëntenpopulatie. Uit de praktijkschets in bijlage (cfr. bijlage 6) valt af te leiden dat er in de praktijken eveneens een overwicht aan vrouwen is, doch niet zo sterk uitgesproken als in de steekproef. Verder betreft het een gemiddeld oudere populatie dan de werkelijke patiëntenpopulatie in de praktijken, vermoedelijk onder meer door het tijdstip waarop de vragenlijst werd afgenomen. In praktijk 2 bijvoorbeeld werden de meeste vragenlijsten ingevuld tijdens de vrije raadpleging, waar er relatief meer oudere patiënten worden gezien. De meeste vragenlijsten werden verdeeld door de secretariaatsmedewerkers op het moment dat zij aanwezig waren, dit was zo in de beide groepspraktijken en voor een groot deel in duopraktijk 4. Ook dit kan dus geleid hebben tot een mogelijke selectiebias.

4.2.3 Onderzoeksdesign

Hoewel de gegevens anoniem werden verzameld en werd benadrukt dat het al dan niet invullen van de vragenlijst geen enkele invloed heeft op de arts-patiëntrelatie, kan het niet uitgesloten worden dat er op sommige vragen een sociaal wenselijk antwoord werd gegeven. In de analyse zien we dat de categorie ‘het kiezen voor een huisartsenpraktijk omwille van een arts die er werkt’ relatief gezien pas op de derde plaats komt van de redenen, waardoor kan worden gesteld dat er niet steeds sociaal wenselijk zal geantwoord zijn. De meerderheid van de vragenlijsten werden in de wachtzaal ingevuld, voor de consultatie. Ook dit kan een rol gespeeld hebben. Het is niet duidelijk of de vragen steeds correct werden geïnterpreteerd. Dit is een nadeel verbonden aan het gebruik van schriftelijke vragenlijsten. De deelnemers konden de vragenlijst op hun eigen tempo invullen en er werd benadrukt dat de gegevens anoniem zouden verwerkt worden. De vragenlijsten werden bovendien verzameld in een doos met gleuf in de wachtzaal, en moesten dus niet overhandigd worden aan een arts of secretariaatsmedewerker om impliciet te benadrukken dat niemand, behalve de onderzoeker, de resultaten zou inkijken.

De vragenlijst in deze studie werd door de onderzoeker opgesteld en is niet gevalideerd. Sommige vragen werden ontleend aan gestandaardiseerde vragenlijsten, wat het mogelijk maakt deze te vergelijken met bestaande literatuur. Echter ging het hierbij enkel over vragen om de steekproef te beschrijven en de consumptie van gezondheidszorg na te gaan. De vragen met het oog op het beantwoorden van de onderzoeksvraag werden door de onderzoeker opgesteld. Bij een aantal vragen, waaronder ook de eigenlijke onderzoeksvraag, werden antwoordcategorieën vooropgesteld. Dit vereenvoudigt de analyse, maar beperkt mogelijks ook de deelnemers gezien zij vermoedelijk meer verleid zullen zijn tot het aankruisen van een categorie. Er werd gepoogd dit op te lossen door ‘andere reden’ toe te voegen aan sommige antwoorden en hierbij ruimte te laten om deze reden te noteren, maar dit werd nauwelijks gedaan. Er dient ook te worden opgemerkt dat het gaat om zelf gerapporteerde gegevens en dat de juistheid hiervan niet werd geverifieerd. Verder kan worden besloten dat de vragenlijst uitgebreid is en weinig in detail treedt voor het vergaren van informatie met betrekking tot de onderzoeksvraag. Bij de verwerking van de data werd duidelijk dat sommige vragen beter op een andere manier werden gesteld. Zo konden bijvoorbeeld scores worden toegekend aan de verschillende redenen om de impact ervan op het keuzeproces te kunnen inschatten. Enkel de informatie relevant voor het uiteindelijke onderzoek werd weerhouden.

4.2.4 Belangenconflict

Gezien de studie ook werd gevoerd in beide opleidingspraktijken van de onderzoeker kan de vraag worden gesteld of er sprake kan zijn van een belangenconflict. Doch werden de vragenlijsten in praktijk 1 ook door de andere arts uitgedeeld en in praktijk 4 voornamelijk door de secretariaatsmedewerker. De onderzoeker is van mening en heeft er bovendien op toegezien dat de respondenten geheel op vrijwillige basis deelnamen aan het onderzoek en dat zij vrij waren in hun antwoorden.

5. Implicaties voor de praktijk

De resultaten van dit onderzoek kunnen beperkt geëxtrapoleerd worden, gezien het hier slechts om zes praktijken gaat gelegen in een landelijk tot halfstedelijk gebied met telkens de aanwezigheid van een HAIO. Op praktijkniveau zal elke deelnemende praktijk op de hoogte worden gebracht van de resultaten voor hun praktijk door middel van een individueel rapport met hierin kwalitatieve en kwantitatieve data, omdat dit volgens Heje et al. (64) de interpretatie van patiëntenevaluaties ten goede komt. De onderzoeker verwacht dat de zes deelnemende praktijken een voordeel kunnen halen uit de individuele feedback. Hopelijk geven de resultaten ook op een groter niveau verder inzicht en kunnen ze mogelijks gebruikt worden bij de opstart van een huisartsenpraktijk of eventueel bij het herorganiseren van de eerstelijnsgezondheidszorg. De onderzoeker is van mening dat de bevinding dat patiënten onder meer voor een praktijk kiezen omwille van de bereikbaarheid of de dichtstbij gelegen praktijk, kan betekenen dat de hertekening van de eerstelijn volgens het *Together we change*-model een draagvlak kan vinden bij zorgvragers.

Verder concluderen we dat patiënten zich niet echt opstellen als consumenten in hun zoektocht naar een huisartsenpraktijk. Als huisarts moeten we ons dan ook voornamelijk concentreren op het verlenen van kwalitatief hoogstaande zorg. We kunnen wel besluiten dat het belangrijk is het vertrouwen van de patiënt te winnen, door te luisteren naar de patiënt en een open, empathische houding aan te nemen. Wanneer patiënten tevreden zijn, zullen ze de praktijk aanraden aan anderen.

Een praktijkwebsite kan een meerwaarde betekenen voor een huisartsenpraktijk. Deze hoeft niet al te uitgebreid te zijn, maar wel gebruiksvriendelijk. Voor patiënten kan het voldoende zijn als de contactgegevens van de praktijk, de uren van consultatie, gegevens van de artsen en medewerkers en de organisatie van de wachtdienst er terug te vinden zijn en er een online afsprakensysteem wordt aangeboden.

Het is duidelijk dat patiënten continuïteit van zorg wensen en bij voorkeur wordt deze verleend door een vaste arts. Met het wijzigende landschap in de eerstelijn en met het ontstaan van steeds meer groepspraktijken wordt dit moeilijk. Het is belangrijk dit naar de patiënt te communiceren en bijvoorbeeld de mogelijkheid voor te stellen om twee vaste artsen te kiezen. In de praktijkorganisatie is het dan primordiaal dat er een goed overleg is en dat de artsen op de hoogte zijn van de grote lijnen in het beleid. Bovendien is het van uitermate groot belang om de elektronische medische dossiers adequaat bij te houden en deze uniform in te vullen door alle artsen. Dit om de continuïteit over de verschillende hulpverleners te garanderen.

Er bestaat een draagvlak bij de patiënten voor consultaties op zaterdag, maar deze worden slechts door een minderheid van de jonge artsen georganiseerd. Het kan interessant zijn om in de praktijk een korte bevraging te doen bij de patiënten in welke mate ze consultaties op zaterdagvoormiddag noodzakelijk zouden vinden en afhankelijk van de conclusie hiervan er al dan niet te organiseren op wekelijkse, tweewekelijkse of maandelijkse basis.

6. Suggesties voor verder onderzoek

In dit onderzoek werd enkel gebruik gemaakt van een vragenlijst waarbij de vragen, die een antwoord trachten te vinden op de onderzoeksvraag, door de onderzoeker werden opgesteld. Het kan waardevol zijn om de impact van de redenen die de keuze bepalen na te gaan aan de hand van een score. Om de volledige motivatie van patiënten te achterhalen, kunnen focusgroepdiscussie of diepte-interviews worden gebruikt. Uit dergelijke interviews kunnen dan eventueel ook topics aangaande de praktijkorganisatie worden gedestilleerd die de patiënten relevant vinden en hieromtrent onderzoek voeren. Nu werd de mening bevraagd omtrent zaterdagvoormiddagconsultaties, het afsprakensysteem en de praktijkwebsite, omdat deze onderwerpen de onderzoeker en de praktijkopleider interesseren.

Het zou interessant kunnen zijn in functie van de onderzoeksvraag om bij nieuwe patiënten in een praktijk na te gaan waarom ze voor die praktijk hebben gekozen. Of om bij een praktijk die stopt na te gaan bij de patiënten hoe ze op zoek gaan naar een nieuwe huisarts. Dit zou een meerwaarde zijn, aangezien in de literatuur voornamelijk gebruik wordt gemaakt van discrete keuze experimenten en op die manier onderzoek kan gevoerd worden in een reële setting. Vervolgens zou ook kunnen nagegaan worden waar de patiënten hun informatie halen over de praktijk, of een praktijkwebsite een rol speelt en wat nieuwe media hierbij kunnen betekenen. In praktijken waar nu nog geen website aanwezig is, kan onderzoek worden gevoerd naar de mening hierover en het gebruik hiervan na implementatie. Verder zou onderzoek naar de nood aan consultaties op zaterdag een belangrijke aanvulling op dit onderzoek kunnen betekenen. Tot slot kan ook een bevraging worden gedaan naar de noodzaak voor patiënten om enkele consultatieblokken vrij te houden voor vrije raadpleging en de mening van huisartsen hieromtrent.

VII CONCLUSIE

In België bestaat keuzevrijheid voor een huisarts. Uit de literatuur blijkt dat dit gepaard gaat met een hogere tevredenheid en de kans dat een langdurige arts-patiëntrelatie kan worden opgebouwd. Deze scriptie probeert een antwoord te geven op de vraag hoe patiënten hun huisarts kiezen in Vlaanderen anno 2016. Het lijkt erop dat deze keuze vooral wordt gebaseerd op kenmerken van de praktijk, zoals de bereikbaarheid en de ligging. Men kiest voor de dichtstbijzijnde praktijk, een praktijk waar familieleden reeds patiënt zijn of die hen door familie of vrienden werd aangeraden. Verder is het belangrijk dat er een arts werkt in wie ze vertrouwen stellen en die de tijd neemt om naar hen te luisteren.

De patiënt gedraagt zich eerder als een passieve consument wanneer het gaat om de keuze voor een huisartsenpraktijk, maar heeft toch enkele voorkeuren op het gebied van de praktijkorganisatie. Zo verkiest de Vlaamse patiënt in dit onderzoek een afsprakensysteem waarin mogelijks nog enkele momenten worden gereserveerd voor vrije raadpleging. Men verwacht een toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg waarbij ook consultaties op zaterdag mogelijk zijn. Het lijkt erop dat in Vlaanderen een samenwerkingsverband tussen huisartsen zijn ingang heeft gevonden. Men begint ook paramedici in de huisartsenpraktijk te aanvaarden. Toch heeft men nog steeds de voorkeur voor het hebben van een vaste arts binnen een praktijk. Dit is voornamelijk het geval voor ouderen en mensen die aangeven in een matige tot zeer slechte gezondheid te verkeren. Een minderheid, vooral vrouwen, heeft een voorkeur voor het geslacht van de geconsulteerde huisarts. Verder kunnen we besluiten dat voor een huisartsenpraktijk in Vlaanderen een website een meerwaarde kan betekenen waarop de consultatie-uren, een online afsprakensysteem, de contactgegevens van de praktijk en van de wachtdienst, alsook enkele gegevens over de artsen en medewerkers terug te vinden zijn.

Dit onderzoek geeft dus een eerste aanzet over het keuzeproces in de eerstelijn in Vlaanderen en over de voorkeuren aangaande de praktijkorganisatie. Verder onderzoek is echter aangewezen.

VIII REFERENTIELIJST

1. De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D. (red) Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel, 9 December 2014.
2. Van der Heyden J. Contacten met de huisarts. In: Drieskens S, Gisle L (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten. WIV-ISP, Brussel, 2015.
3. Victoor A, Delnoij D, Friele R, Rademakers J. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. BMC Health Serv Res 2012; 12:272-87.
4. Salisbury C. How do people choose their doctor? BMJ 1989; 299(6699):608-10.
5. Vedsted P, Heje H. Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP. Scand J Prim Health Care 2008; 26(4):228-34.
6. Harris K. How do patients choose physicians? Evidence from a national survey of enrollees in employment-related health plans. Health Serv Res. 2003; 38(2):711-32.
7. De Mûelenaere L. De huisarts: van wieg tot het graf of slechts begeleidende passant? Wat wordt van de huisarts verwacht door de hedendaagse patiënt? [proefschrift] Antwerpen: Universiteit Antwerpen, 2015.
8. Buja A, Cavinato M, Perissinotto E, Rausa G, Mastrangelo G et al. Why do patients change their general practitioner? Suggestions on corrective actions. Ir J Med Sci 2011; 180(1):149-54.
9. Pedersen L, Kjaer T, Kragstrup J, Gyrd-Hansen D. Do general practitioners know patients' preferences? An empirical study on the agency relationship at an aggregate level using a discrete choice experiment. Value Health 2012; 15(3):514-23.
10. Hsu J, Schmittdiel J, Krupat E, Stein T, Thom D, et al. Patient choice. A randomized controlled trial of provider selection. J Gen Intern Med 2003; 18(5):319-25.
11. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. BMJ 1992; 304(6837):1287-90.
12. Jung H, Baerveldt C, Olesen F, Grol R, Wensing M. Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. Health Expect 2003; 6(2):160-81.
13. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). Fam Pract 1999; 16(1):4-11.
14. Kontopantelis E, Roland M, Reeves D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. BMC Fam Pract 2010; 11:61 74.
15. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, et al. Patient satisfaction with availability of general practice: An international comparison. International Journal for Quality in Health Care 2002; 14(2):111-8.
16. van den Hombergh P, Engels Y, van den Hoogen H, van Doremalen J, van den Bosch W, et al. Saying 'goodbye' to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain? Fam Pract 2005; 22(1):20-7.
17. Sebo P, Herrmann F, Bovier P, Haller D. What are patients' expectations about the organization of their primary care physicians' practices? BMC Health Serv Res 2015; 15:328-40.
18. Ling Ng C, Ping Ng K. Does practice size matter? Review of effects on quality of care in primary care. Br J Gen Pract 2013; 63(614):604-10.
19. Van Stappen F. Van solo- naar groepspraktijk: wat zijn de drempels voor de patiënt? [proefschrift] Gent: Universiteit Gent, 2014.
20. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. Br J Gen Pract 1995;

45(401):654-9.
21. Heje H, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Doctor and practice characteristics associated with differences in patient evaluations of general practice. BMC Health Serv Res 2007; 7:46-59.
22. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. Br J Gen Pract 1996; 46(411):601-5.
23. Wensing M, Hermsen J, Grol R, Szecsenyi J. Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in Europe. Health Expect 2008; 11(4):384-90.
24. Vens H. Visie van patiënten in Antwerpen bij verhuis van de huisartsenpraktijk en bij uitbreiding van het artsenteam [proefschrift]. Leuven: KU Leuven, 2013.
25. Thys E. Voor- en nadelen van de groepspraktijk vanuit patiëntenperspectief [proefschrift]. Leuven: KU Leuven, 2016.
26. Campbell S, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. BMJ 2001; 323(7316):784-7.
27. Hippisley-Cox J, Pringle M, Coupland C, Hammersley V, Wilson A. Do single handed practices offer poorer care? Cross sectional survey of processes and outcomes. BMJ 2001; 323(7308):320-3.
28. Parkerton P, Smith D, Straley H. Primary care practice coordination versus physician continuity. Fam Med 2004; 36(1):15-21.
29. Schoonis L. Oprichten van een groepspraktijk vanuit bestaande solopraktijken: met welke factoren moet men rekening houden [proefschrift]. Leuven : KU Leuven, 2014.
30. Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. General practice care and patients' priorities in Europe: an international comparison. Health Policy 1998; 45(3):175-86.
31. Jabaaij L, Schers H, van Essen T, Goudswaard L, Schellevis F. Altijd dezelfde huisarts? Een onderzoek naar wens en waardering van patiënten. Huisarts en wetenschap 2006; 49(13):934-9.
32. Schers H, van den Hoogen H, Bor H, Grol R, van den Bosch W. Preference for a general practitioner and patients' evaluations of care: A cross-sectional study. British Journal of General Practice 2004; 54(506):693-4.
33. Sebo P, Herrmann F, Haller D. Is patient satisfaction with organizational aspects of their general practitioner's practice associated with patient and doctor gender? An observational study. BMC Fam Pract 2016; 17(1):120-27.
34. Hall JA, Blanch-Hartigan D, Roter DL. Patients' satisfaction with male versus female physicians: a meta-analysis. Med Care 2011; 49(7):611-7.
35. De Ceukeleire L. Vrije consultaties of op afspraak: wat vinden de patiënten? [proefschrift]. Gent: Universiteit Gent; 2013.
36. Bakelandt J. Toegankelijkheid van een huisartsenpraktijk anno 2011-2012 [proefschrift]. Gent: Universiteit Gent; 2013.
37. Verhoest E. Afspraken in de huisartsenpraktijk [proefschrift]. Leuven: KU Leuven; 2014.
38. Verstringe N. Praktijk ondersteunend project: onderzoek naar de patiënten-tevredenheid bij implementatie van een online afsprakensysteem [proefschrift]. Gent: Universiteit Gent; 2015.
39. Verschelde J. Het online afsprakensysteem: een evaluatie [proefschrift]. Gent: Universiteit Gent; 2008.
40. Van Pee N. Carrièreperspectief van de HAIO: werkdruk, zorgsubstitutie en taakdelegatie [proefschrift]. Leuven: KU Leuven; 2013.
41. Bogaerts C. Onderzoek naar het welbevinden van de jonge Vlaamse huisarts

[proefschrift]. Brussel: Vrije Universiteit Brussel; 2012.
42. Ford J, Jones A, Wong G, Steel N. Weekend opening in primary care: analysis of the General Practice Patient Survey. Br J Gen Pract 2015; 65(641):792-8.
43. Morgan C, Beerstecher H. Satisfaction, demand, and opening hours in primary care: an observational study. Br J Gen Pract 2011; 61(589):498-507.
44. Lagarde M, Erens B, Mays N. Determinants of the choice of GP practice registration in England: evidence from a discrete choice experiment. Health Policy 2015; 119(4):427-36.
45. Eeckhout S. Dokter, voor mij een afspraak na 18u [proefschrift]. Gent: Universiteit Gent; 2014.
46. Willekens L. Praktijkwebsite als middel om preventieve gezondheidszorg te promoten in de praktijk [proefschrift]. Leuven: KU Leuven; 2015.
47. Kransfeld S. De praktijkwebsite, het uithangbord van een goed georganiseerde praktijk? [proefschrift]. Antwerpen: Universiteit Antwerpen; 2014.
48. Howitt A, Clement S, de Lusignan S, Thiru K, Goodwin D et al. An evaluation of general practice websites in the UK. Fam Pract 2002; 19(5):547-56.
49. Vandenberghe T. Online gezondheidsinformatie: een taak voor de huisarts? [proefschrift]. Leuven: KU Leuven; 2016.
50. Anhang Price R, Elliott M, Zaslavsky A, Hays R, Lehrman W, et al. Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. Med Care Res Rev 2014; 71(5):522-54.
51. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br J Gen Pract 2000; 50(460):882
52. Rahmqvist M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. Int J Qual Health Care 2001; 13(5):385-90.
53. Bowling A, Rowe G, McKee M. Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. J R Soc Med 2013; 106(4):143-9.
54. Peersman W, De Maeseneer J, Seuntjens L. Patiënten evalueren hun huisarts. Het gebruik van het EUROPEP-instrument in Vlaanderen. Huisarts Nu 2001; 30(9):405 12.
55. Petek D, Kunzi B, Kersnik J, Szecsenyi J, Wensing M. Patients' evaluations of European general practice-revisited after 11 years. Int J Qual Health Care 2011; 23(6):621-8.
56. Salisbury C, Wallace M, Montgomery A. Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling. BMJ 2010; 341:5004-11.
57. Schafer W, Boerma W, Kringos D, De Maeseneer J, Gress S, Heinemann S, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. BMC Fam Pract 2011; 12:115-23.
58. Bjertnaes O, Lyngstad I, Malterud K, Garratt A. The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. Fam Pract 2011; 28(3):342-9.
59. Charageddine R, Demarest S, Drieskens S, Gisle L, Tafforeau J et al. Health interview survey 2013. Research protocol. Public health and surveillance. Brussel, juni 2013.
60. FOD Economie Statistics Belgium: statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/arbeid_leven/opleiding/niveau/, geraadpleegd op 4 april 2017
61. Van der Heyden J. Chronische aandoeningen. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP,

Brussel, 2014.
62. Tafforeau J. Subjectieve gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.)., Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014.
63. Meeus P, Van Aubel X. Performantie van de huisartsgeneeskunde, Een check-up. Health Services Research (HSR). Brussel: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). 2012. D/2012/0401/12.
64. Heje H, Vedsted P, Olesen F. General practitioners' experience and benefits from patient evaluations. BMC Fam Pract 2011; 12:116-26.

IX BIJLAGEN

1. Bijlage: Goedgekeurd protocol 'De patiënt als consument – Hoe kiest men een huisarts?'

Onderzoeker: Ann-Sophie Van Oudenhove, Manama huisartsgeneeskunde
Promotor: Veerle Vyncke
Copromotor: dr. Julie Vanden Bulcke

1. Inleiding

94% van de Belgische bevolking heeft een vaste huisarts [1], het is echter niet duidelijk op welke basis de patiënt zijn of haar huisarts kiest. Deze studie wil via enquêtes bevragen welke kenmerken van de praktijk of arts de keuze beïnvloeden en of deze kenmerken waarop de keuze wordt gebaseerd verschillen tussen subpopulaties.
Deze informatie kan eventueel op termijn worden gebruikt in de hertekening van de eerstelijnsgezondheidszorg.
In de literatuur werd een Brits onderzoek [2] uit de jaren tachtig teruggevonden dat peilde bij patiënten in Engelse praktijken naar hun reden om voor de praktijk waar zij zijn ingeschreven te kiezen. De meest aangehaalde reden was de ligging van de praktijk, omdat die het dichtste bij was. Andere redenen: aangeraden door iemand, de enige huisarts die men kende, de beste praktijk uit een vergelijking van verscheidene praktijken, andere familieleden waren reeds patiënt, omwille van de aanwezigheid van een vrouwelijke dokter (cfr. studie uitgevoerd in 1989), enige praktijk die patiënt opnam, … Dr. Hannah Vens concludeerde in haar Manama-thesis [3] dat patiënten weinig belang hechten aan leeftijd of geslacht van de arts bij hun keuze. De meerderheid van de ondervraagden vindt een samenwerkingsverband zoals een groepspraktijk een meerwaarde.
Recent onderzoek rond dit thema werd verder niet gevonden.
In het kader van een praktijkverbeterproject zal bij de patiënten gepolst worden naar de meerwaarde van een praktijkwebsite en of de patiënten een vrije raadpleging of consultaties op afspraak verkiezen. De resultaten van deze bevraging kunnen worden gebruikt om de huidige praktijkorganisatie van de opleidingspraktijk te evalueren.
In verscheidene Manama-thesisprojecten werd in een opleidingspraktijk reeds gepeild naar de mening van patiënten over een praktijkwebsite of over de organisatie van de raadplegingen in de praktijk. Zo blijkt uit de scriptie van Dr. De Ceukeleire [4] dat de voorkeur voor vrije raadpleging of op afspraak ongeveer gelijk verdeeld is. Hoewel 2/3 van de patiënten over internet beschikt, zou men wel liefst telefonisch een afspraak maken. Dr. Verhoest oppert in haar masterscriptie [5] op basis van de mening van zowel huisarts als patiënt dat enkel op afspraak werken te verkiezen is boven een praktijkorganisatie waarbij zowel op afspraak wordt gewerkt als een vrije raadpleging wordt aangeboden. Er werd in het verleden dus al onderzoek hiernaar verlicht, dit tweede luik van de studie dient dan ook voornamelijk ter evaluatie van de organisatie van de huidige opleidingspraktijk. Een wetenschappelijk methode wordt gehanteerd voor een kwaliteitsverbeterend project.

2. Doel van de studie

Primaire uitkomst: Hoe kiezen patiënten hun vaste huisarts of huisartsenpraktijk? Is dit om persoonlijke redenen, kenmerken van de praktijk(organisatie) of kiezen ze bewust voor een arts?
Secundaire uitkomst: Vinden de patiënten van de huidige opleidingspraktijk een praktijkwebsite een meerwaarde? En verkiezen zij vrije raadpleging of consultaties op afspraak?

3. Studie design

3.1 Type studie

Prospectief observationeel onderzoek bij meerderjarige, wilsbekwame patiënten van verscheidene huisartsenpraktijken in dezelfde regio.

3.2 Samenvatting studie design

Voor het opstellen van de vragenlijst werden vragen ontleend uit de reeds bestaande vragenlijsten uit volgende onderzoeken: gezondheidsenquête 2013, QUALICOPC, EUROPEP.
De papieren vragenlijst, bestaande uit meerkeuzevragen, ja/neen-vragen en open vragen, zal worden voorgelegd aan een gelegenheidssteekproef van patiënten in meerdere praktijken in een half stedelijk gebied, waaronder de eigen opleidingspraktijk. Elke meerderjarige, wilsbekwame patiënt die de praktijk consulteert, komt in aanmerking voor deelname aan de studie. De vragenlijsten zullen door de onderzoeker of een secretariaatsmedewerker worden overhandigd aan de patiënt. Het opzet en verloop van de studie zal hen mondeling worden uitgelegd en zal kunnen worden nagelezen in de informed consent. Indien nodig en bij afwezigheid van de onderzoeker of secretariaatsmedewerker, kunnen de vragenlijsten ook worden aangeboden in de wachtzaal. Er zal in elke deelnemende praktijk een blad met informatie over het onderzoek in de wachtzaal terug te vinden zijn. De vragenlijst kan in de wachtzaal door de patiënt worden ingevuld en nadien in de daarvoor voorziene box worden gedeponeerd. Bij tijdsgebrek kan de vragenlijst eventueel thuis worden ingevuld en deze bij een volgend bezoek worden meegebracht of in de brievenbus van de praktijk worden gedeponeerd. Er wordt nagegaan of het ook mogelijk is de enquête digitaal aan te bieden, zodat de deelnemer de vragenlijst thuis online kan invullen.
Deelname aan de studie gebeurt op vrijwillige basis en al dan niet deelname aan de studie zal geen enkele invloed hebben op de relatie met de artsen in de praktijk. Bovenaan de vragenlijst dienen de deelnemers een vakje aan te vinken indien ze ermee akkoord gaan dat ze schriftelijk werden geïnformeerd over de aard en het doel van de studie, dat ze geheel vrijwillig deelnemen en dat ze beseffen dat al dan niet deelname aan de studie geen invloed heeft op de relatie met hun behandelend arts. Enkel de gegevens van vragenlijsten waarbij dit vakje is aangevinkt zullen worden verwerkt.

3.3 Duur van de studie

Vragenlijsten zullen worden verzameld gedurende enkele maanden, einde van de studie is ten laatste voorzien voor augustus 2017. Er wordt een minimumaantal van 200 deelnemers beoogd, dit om een zo groot mogelijke variatie te bekomen.

4. Studie populatie

4.1 Populatie

Meerderjarige, wilsbekwame mannen en vrouwen die de onderzoekspraktijken consulteren komen in aanmerking voor deelname. De huidige opleidingspraktijk (solo-arts + HAIO) bevindt zich in de half stedelijke gemeente De Pinte. In dezelfde regio zullen ook andere praktijken, met een verschillende praktijkorganisatie, gevraagd worden deel te nemen aan de studie. Eventueel kan later ook de vragenlijsten worden verdeeld in praktijken in een andere regio.

4.2 Inclusiecriteria

- Leeftijd: 18 jaar en ouder
- Patiënten die de deelnemende praktijk consulteren
- Wilsbekwame personen

4.3 Exclusiecriteria

- Leeftijd < 18 jaar
- Wilsonbekwame personen

4.4 Hoeveelheid patiënten

Een minimumaantal van 200 patiënten wordt beoogd, deze grootte werd in onderling overleg beslist om een zo groot mogelijke variatie te bekomen.

5. Methode

5.1 Studie eindpunten

5.1.1 Primair eindpunt

Redenen waarom patiënten voor hun huisarts of huisartsenpraktijk kiezen.

5.1.2 Secundair(e) eindpunt(en)

Of patiënten een praktijkwebsite een meerwaarde zouden vinden en of zij raadpleging op afspraak verkiezen boven vrije raadpleging.

5.1.3 Overige studie parameters

Socio-demografische parameters: leeftijd, geslacht, opleiding, werksituatie, burgerlijke staat, gezinssituatie, inkomen, gezondheidstoestand, het al dan niet hebben van een vaste huisarts, reistijd tot praktijk, moment waarop vrij om arts te consulteren, hoe vaak een arts consulteren, keuze voor een vrouwelijke of mannelijke arts, voorkeur voor praktijkvorm.

5.2 Studieprocedures

5.2.1 Inclusie patiënten

Alle meerderjarige patiënten die in de periode van het verzamelen van de gegevens de praktijk consulteren komen in aanmerking. Zij kunnen in de wachtzaal door de onderzoeker of de secretariaatsmedewerker worden aangesproken en geïnformeerd over de studie. Zij zullen dan een vragenlijst krijgen, waarna ze zelf beslissen of ze wensen deel te nemen aan het onderzoek en dus de enquête invullen. Vragenlijsten waarin de deelnemer het vakje aankruist waarmee hij/zij bevestigt geïnformeerd te zijn over de studie en vrijwillig deel te nemen aan de studie zullen worden verwerkt. Er zal in de wachtzaal eveneens een document uithangen met informatie over het onderzoek en vragenlijsten zullen aanwezig zijn in de wachtzaal. Indien mogelijk zal de vragenlijst ook digitaal worden aangeboden.

5.2.2 Studie procedure

Een vragenlijst werd opgesteld. Waar mogelijk werden vragen ontleend van bestaande en gevalideerde vragenlijsten: gezondheidsenquête 2013, QUALICOPC, EUROPEP. Er wordt gebruikt gemaakt van meerkeuzevragen, invulvragen en ja/neen-vragen.

6. Adverse events

Gezien enkel gevraagd wordt om vragenlijsten in te vullen, worden geen bijwerkingen verwacht bij de deelnemers.

7. Statistische analyse

De verzamelde gegevens zullen statistisch worden verwerkt door middel van het softwarepakket SPSS Statistics (versie 22 en 23). Categorische data zullen worden weergegeven als aantallen en percentages. De correcte statistische testen zullen worden gebruikt, waaronder de Chi-kwadraat test om na te gaan of het verschil tussen twee populaties significant is.

8. Ethische aspecten

Er wordt gebruikt gemaakt van een informed consent. Dit document bevat de nodige informatie betreffende het onderzoek. Er wordt een schriftelijke toestemming door de deelnemer te vragen een vakje aan te vinken indien men akkoord gaat me volgende stelling 'Ik werd schriftelijk geïnformeerd over de aard en het doel van deze studie. Ik neem geheel vrijwillig deel aan het onderzoek. Ik besef dat wel of niet deelnemen aan deze studie geen enkele invloed heeft op de relatie met mijn behandelend arts nu en in de toekomst.' Er worden geen onmiddellijke voordelen noch nadelen voor de deelnemer verwacht. Al dan niet deelnemen aan de studie heeft geen enkele invloed op de relatie met de behandelend arts**.**

9. Studie data

De verzamelde gegevens zullen worden ingegeven in SPSS. De onderzoeker heeft toegang tot deze databank en zal de vragenlijsten bewaren.

10. Referenties

[1] Gezondheidsenquête 2013
[2] Salisbury CJ. How do people choose their doctor? BMJ 1989;299(6699):608-610.
[3] Visie van patiënten in Antwerpen bij verhuis van de huisartsenpraktijk en bij uitbreiding van het artsenteam [proefschrift]. Leuven; Katholieke Universiteit Leuven; 2013
[4] De Ceukeleire L. Vrije consultaties of op afspraak: wat vinden de patiënten? [Proefschrift]. Gent; Universiteit Gent; 2013.
[5] Verhoest E. Afspraken in de huisartsenpraktijk [proefschrift]. Leuven; KU Leuven;2014.

2. Bijlage: Goedkeuring Ethische Commissie

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Lic. Veerle VYNCKE
ALHIER

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0345	11-apr-16	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
De patiënt als consument - Hoe kiest men een huisarts? (MaNaMa Ann-Sophie Van Oudenhove)
Belgisch Registratienummer: B670201627991
Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier dd. 29/02/2016 (volledig ontvangen dd. 08/03/2016) - versie 1
* Adviesaanvraagformulier
  Aangepaste versie ontvangen dd. 30/03/2016 (versie 2 dd. 28/03/2016) *niet ondertekend*
* Protocol (bijlage 3)
* Antwoord onderzoekers
  Ontvangen via mail dr. Ann-Sophie Van oudenhove dd. 30/03/2016 in antwoord op opmerkingen EC dd. 10/03/2016
* Begeleidende brief dd. 29/03/2016
* Informatie- en toestemmingsformulier
  (versie 1) ontvangen dd. 30/03/2016
* Vragenlijsten
  Enquête keuze huisartsenpraktijk (bijlage 2) (versie ontvangen dd. 30/03/2016)

Advies werd gevraagd door:
Lic. V. VYNCKE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 11/04/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 11/04/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Voorafgaand het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 11/04/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 11/04/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/04/2016
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/04/2016

Muriel Fouquet
Tel: 09/332 33 36
Muriel.fouquet@uzgent.be

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185, B-9000 Gent
www.uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0345	11-apr-16	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2016/0345

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de Nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-Dutch informed consent forms with the Dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development: Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Lic. V. VYNCKE - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

3. Bijlage: Informatiebrief

Geachte mevrouw,
Geachte heer,

Om de opleiding tot huisarts te voltooien, dient elke student een masterscriptie te schrijven. Ik koos ervoor om via vragenlijsten te onderzoeken om welke redenen patiënten kiezen voor een specifieke huisarts of huisartsenpraktijk. Hierna kan u meer informatie over het onderzoek vinden. Ik hoop dat ik u mijn vragenlijst mag voorleggen. Alvast bedankt voor uw bereidwillige medewerking!

Titel van de studie:

De patiënt als consument. – Hoe kiest men een huisarts?

Doel van de studie:

Het doel van deze studie is na te gaan hoe patiënten een keuze voor een bepaalde huisartsenpraktijk maken. Er wordt verder ook gepeild naar de tevredenheid over de huidige praktijkorganisatie.

Beschrijving van de studie:

Algemeen beschouwd is het interessant te weten waarom patiënten voor een bepaalde huisarts kiezen. Hierover gaat dan ook het eerste deel van de vragenlijst. In het tweede deel wordt gepeild naar uw mening omtrent de organisatie van deze praktijk, een afsprakensysteem en een praktijkwebsite. De resultaten hiervan kunnen we gebruiken om in de toekomst de dienstverlening te verbeteren.
Het verzamelen van de gegevens voor dit onderzoek gebeurt aan de hand van vragenlijsten. De vragenlijst zal worden voorgelegd aan alle patiënten in de wachtzaal van de praktijk. Iedere volwassen patiënt komt in aanmerking om deel te nemen. Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer 5-10 minuten in beslag.

Deelname en beëindiging:

Deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig. Uw deelname heeft geen enkele invloed op de relatie met de artsen in de praktijk. U kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven.

Indien u wenst deel te nemen aan dit onderzoek, wil ik u vragen om bijgevoegde vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen en deze nadien te deponeren in de daarvoor voorziene box in de wachtzaal of in de brievenbus van de praktijk.

Risico's en voordelen:

Er is geen enkel risico noch voordeel verbonden aan uw deelname aan deze studie.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische

studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Kosten:

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten voor u mee.

Vergoeding:

U ontvangt geen vergoeding voor deelname aan deze studie.

Vertrouwelijkheid:

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden hebben rechtstreeks toegang tot uw dossier om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan.

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens tijdens deze studie anoniem worden verzameld. U hoeft uw naam niet op de vragenlijst te schrijven en uw naam zal nooit gebruikt worden in de rapportage van dit onderzoek.

Letsels ten gevolge van deelname aan de studie:

Aangezien deze studie geen lichamelijke onderzoeken inhoudt, is de kans op letsels dan ook erg klein.

Desalniettemin voorziet de onderzoeker in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel tengevolge van deelname aan de studie. Hiervoor is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

Contactpersoon:

Als u aanvullende informatie wenst over dit onderzoek kunt u in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met de onderzoekers via e-mail:
annsophie.vanoudenhove@ugent.be

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Dr. Ann-Sophie Van Oudenhove
huisarts in opleiding

4. Bijlage: Vragenlijst

Gelieve het vakje aan te kruisen indien u akkoord gaat met volgende stelling:

☐ Ik werd schriftelijk geïnformeerd over de aard en het doel van deze studie. Ik neem geheel vrijwillig deel aan het onderzoek. Ik besef dat wel of niet deelnemen aan deze studie geen enkele invloed heeft op de relatie met mijn behandelend arts nu en in de toekomst.

Vul aan, omcirkel of kruis aan wat voor u van toepassing is.

KEUZE HUISARTSENPRAKTIJK

1. Hoe is uw gezondheidstoestand in het algemeen?
   - ☐ zeer goed
   - ☐ goed
   - ☐ gaat wel (redelijk)
   - ☐ slecht
   - ☐ zeer slecht

2. Hebt u een langdurige ziekte of aandoening (gezondheidsprobleem)? ja / neen
   (vb. hoge bloeddruk, astma, diabetes, depressie,….)

3. Hebt u een vaste huisarts of een vaste huisartsengroepspraktijk?
   (Onder een vaste huisarts (of huisartsengroepspraktijk) wordt verstaan: een huisarts of groepspraktijk die men doorgaans contacteert in geval van gezondheidsproblemen.)

   - ☐ ja (ga naar vraag 4)
   - ☐ neen (ga naar vraag 5)

4. Consulteert u momenteel uw vaste huisarts of huisartsenpraktijk? ja / neen

5. Kunt u aangeven waarom u geen vaste huisarts of huisartsengroepspraktijk heeft?
   - ☐ Ik ben nooit ziek
   - ☐ Ik ben vaak voor langere tijd afwezig
   - ☐ Ik raadpleeg verschillende huisartsen, naargelang het probleem
   - ☐ Ik ga doorgaans onmiddellijk naar een specialist
   - ☐ Ik ga doorgaans onmiddellijk naar de spoedopname
   - ☐ andere reden: ……..

6. Welke vorm van huisartsenpraktijk verkiest u?
   - ☐ solo-praktijk
   - ☐ duo-praktijk
   - ☐ groepspraktijk
   - ☐ groepspraktijk waar ook andere hulpverleners (paramedici) aanwezig zijn
   - ☐ wijkgezondheidscentrum

7. In hoeverre vindt u het belangrijk om bij elk consult dezelfde huisarts te raadplegen?
   - ☐ heel erg belangrijk
   - ☐ belangrijk
   - ☐ neutraal
   - ☐ niet belangrijk
   - ☐ helemaal niet belangrijk

8. Hebt u voorkeur voor een vrouwelijke of mannelijke huisarts?
   - ☐ ja
   - ☐ neen
   - ☐ enkel voor bepaalde klachten

   Indien '**ja'** of '**enkel voor bepaalde klachten**', verkiest u dan een vrouwelijk of mannelijke huisarts?
   - ☐ een vrouw
   - ☐ een man

9. Hoe lang komt u al naar deze praktijk? ……jaar

10. Hoe vaak hebt u <u>de afgelopen 6 maanden</u> een huisarts geconsulteerd?
    - ☐ dit is de eerste keer in de voorbije 6 maanden
    - ☐ een keer vóór dit bezoek
    - ☐ 2 tot 4 keer voor dit bezoek
    - ☐ 5 of meer keer voor dit bezoek
    - ☐ ik weet het niet

11. Op welk moment van de dag komt u meestal naar de huisarts voor een niet-dringend probleem? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

    ☐ voormiddag

    ☐ namiddag

    ☐ avond

12. Op welk moment van de dag bent u doorgaans vrij om de huisarts te consulteren? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

    ☐ voormiddag

    ☐ namiddag

    ☐ avond

13. Vindt u consultaties op zaterdagvoormiddag een meerwaarde? ja / neen

14. Op welke manier komt u doorgaans naar de praktijk? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

    ☐ met de wagen

    ☐ met het openbaar vervoer

    ☐ met de fiets

    ☐ te voet

    ☐ andere: ……..

15. Hoeveel tijd kost het u doorgaans om van thuis naar de praktijk te komen?

    ☐ minder dan 20 minuten

    ☐ 20 – 40 minuten

    ☐ 40 – 60 minuten

    ☐ meer dan 1 uur

    ☐ ik weet het niet

16. Om welke reden koos u voor deze huisartsenpraktijk?

U kan meerdere antwoorden aankruisen, gelieve nadien de voor u voornaamste reden aan te duiden met een pijl.

Om persoonlijke redenen

☐ het is de enige praktijk die ik ken

☐ familieleden waren hier al patiënt

☐ ik heb verschillende praktijken vergeleken en deze leek me de beste

☐ de praktijk werd me door iemand aangeraden

☐ ik maakte kennis met de praktijk via de website

Omwille van de praktijk en/of praktijkorganisatie

☐ de bereikbaarheid

☐ het is de dichtstbijzijnde praktijk

☐ de parkeergelegenheid

☐ de uren van consultatie

☐ ik hoef vooraf geen afspraak te maken, ik kan naar de vrije raadpleging komen

☐ ik kan afspraken online maken

☐ ik kan hier snel terecht, er is een korte wachttijd

☐ omdat de praktijk een secretariaat heeft

☐ ik kan hier betalen met bancontact

☐ omdat deze praktijk een groepspraktijk is

☐ omdat ik in deze praktijk ook terecht kan bij kinesisten/psychologen/ diëtisten/….

Ik koos bewust voor een arts die hier werkt:

☐ omwille van het geslacht van deze arts

☐ omwille van de leeftijd van deze arts

☐ omdat deze arts de tijd neemt om naar mij te luisteren

☐ omwille van de reputatie van deze arts

☐ omdat ik veel vertrouwen in deze arts stel

☐ omwille van de ervaring van deze arts

☐ omdat deze arts vriendelijk is

☐ andere:……..

Een andere reden: ……..... ……. ……. ……. …….....

PRAKTIJKORGANISATIE

17. Bent u vertrouwd met het gebruik van internet? ja / neen

18. Beschikt u thuis over een internetverbinding? ja / neen

19. Zou u een website over de praktijk een meerwaarde vinden? ja / neen

    Zo ja, welke informatie zou u er dan graag op terugvinden?
    (meerdere antwoorden mogelijk)

    ☐ consultatie-uren

    ☐ informatie over de arts(en) en medewerkers

    ☐ online een afspraak kunnen maken

    ☐ contactgegevens praktijk

    ☐ werking van de praktijk (waarvoor kan u bij uw huisarts terecht, welke regels hanteert de praktijk inzake bv het afleveren van voorschriften,…..)

    ☐ organisatie wachtdienst

    ☐ gezondheidsinformatie

    ☐ andere: ……

20. Welk afsprakensysteem verkiest u?

    ☐ vrije raadpleging

    ☐ op afspraak

    ☐ gemengd systeem: zowel op afspraak als momenten waarop vrije raadpleging mogelijk is

21. Indien u graag op afspraak zou komen, op welke manier wenst u dan een afspraak te maken?

    ☐ telefonisch

    ☐ via internet

22. Zou u gebruik maken van een online afsprakensysteem (afspraak maken via de computer)? ja / neen

PERSOONLIJKE GEGEVENS

23. Geboortejaar: …….

24. Geslacht: man / vrouw

25. a. Wat is uw huidige nationaliteit? ……
    b. Wat is uw geboorteland? ……
    c. In welk land is uw moeder geboren? ……
    d. In welk land is uw vader geboren? ……

26. Burgerlijke staat:
    - ☐ alleenstaand
    - ☐ ongehuwd, niet samenwonend, vaste partner
    - ☐ ongehuwd, samenwonend
    - ☐ getrouwd
    - ☐ gescheiden
    - ☐ weduwe/weduwnaar

27. a. Zijn er andere volwassenen in uw gezin (inclusief kinderen >18jaar)? ja / neen

    Zo ja, consulteren zij dezelfde huisarts? ja / neen

    b. Zijn er kinderen (onder 18 jaar) in uw gezin? ja / neen

    Zo ja, consulteren zij dezelfde huisarts? ja / neen

    c. Indien een of meerdere van uw gezinsleden een andere huisartsenpraktijk consulteren, wat is hiervoor de voornaamste reden?
    ……
    ……
    ……

28. Opleiding (hoogste behaald diploma):

☐ lager onderwijs of lager middelbaar onderwijs of geen diploma

☐ middelbaar onderwijs

☐ hoger onderwijs (hogeschool of universiteit)

29. Hoe zou u uw huidige situatie beschrijven? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

☐ werknemer

0 voltijds

0 deeltijds

☐ zelfstandig

☐ huisvrouw/huisman

☐ ziekte of invaliditeit

☐ werkloos

☐ gepensioneerd

☐ student

☐ andere: ……..

30. In vergelijking met het gemiddeld inkomen in België, zou u zeggen dat het inkomen van uw gezin:

☐ onder het gemiddelde ligt

☐ rond het gemiddelde ligt

☐ boven het gemiddelde ligt

Dank u wel voor het invullen van de vragenlijst!

5. Bijlage: Informatieblad wachtzaal

Thesisonderzoek: 'De patiënt als consument – Hoe kiest men een huisarts?'

Geachte mevrouw,

Geachte heer,

Om de opleiding tot huisarts te voltooien doe ik in het kader van mijn **masterscriptie** onderzoek naar de redenen waarom iemand voor een bepaalde huisarts of huisartsenpraktijk kiest.

Door middel van vragenlijsten peil ik naar de voornaamste factoren die deze keuze beïnvloeden, alsook naar enkele voorkeuren aangaande de organisatie van een huisartsenpraktijk.

De vragenlijst is volledig anoniem.

Ik hoop dat ik u een tiental minuten van uw tijd mag vragen om de vragenlijst in te vullen.

U kan deze nadien deponeren in de daarvoor voorziene box of in de brievenbus van de praktijk.

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten

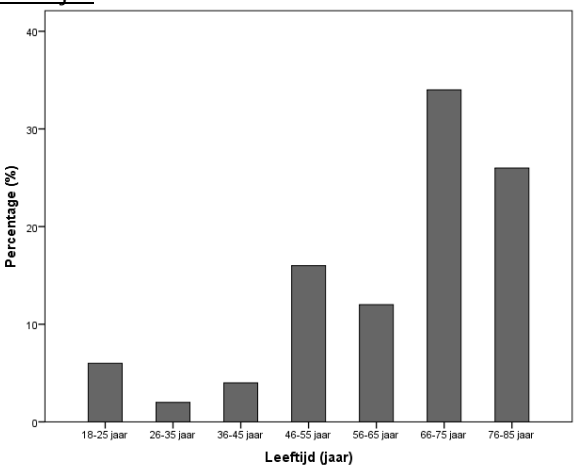
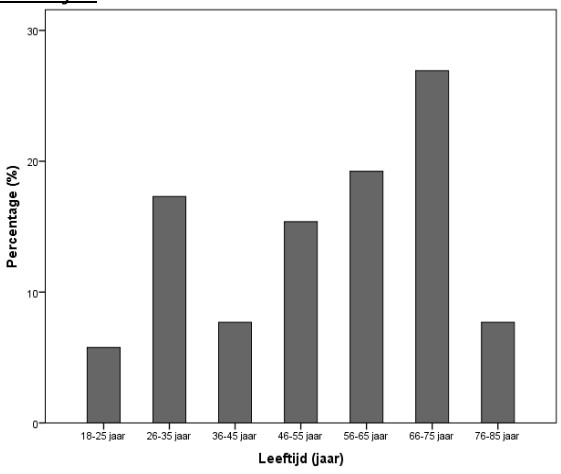
Ann-Sophie Van Oudenhove

Huisarts in opleiding

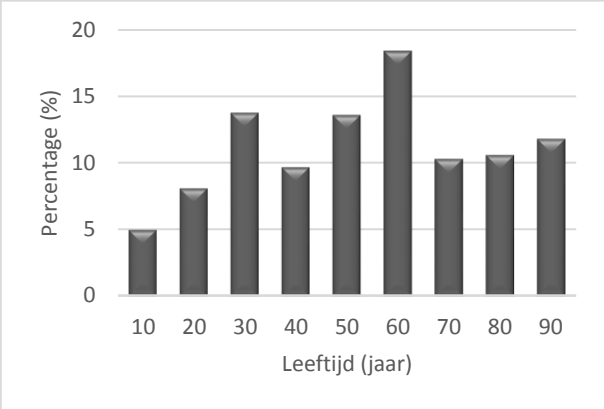
6. Bijlage: Praktijkschets

Volgende praktijkschets geeft de kenmerken van de praktijk weer op het moment dat het onderzoek werd gevoerd.

SOLOPRAKTIJKEN

Praktijk 1	**Praktijk 2**
Aantal artsen werkzaam	
1 ♂ voltijdse arts en 1 ♀ HAIO	1 ♂ voltijdse arts en 1 ♀ HAIO.
Alle artsen geconventioneerd	
ja	neen
Alle artsen geaccrediteerd	
ja	ja
Organisatie consultaties	
dagelijks vrije raadpleging ochtend- en avondblok. Op donderdag uitsluitend op afspraak	helft vrije raadpleging, helft op afspraak
Consultaties op zaterdagvoormiddag	
ja, op afspraak (niet wekelijks)	neen
Afsprakensysteem	
telefonisch	telefonisch
Secretariaat	
meewerkende echtgenote	1 secretaresse gedurende 21,5u/week
Bancontact	
neen, wel via bancontact app op smartphone	neen
Aantal GMD's[2]	
826	1450
Praktijkwebsite	
neen	neen
Andere paramedici	
een kinesiste	neen
Demografische gegevens steekproef studie versus praktijk	
Leeftijd*:* studie:  	Leeftijd*:* studie: 

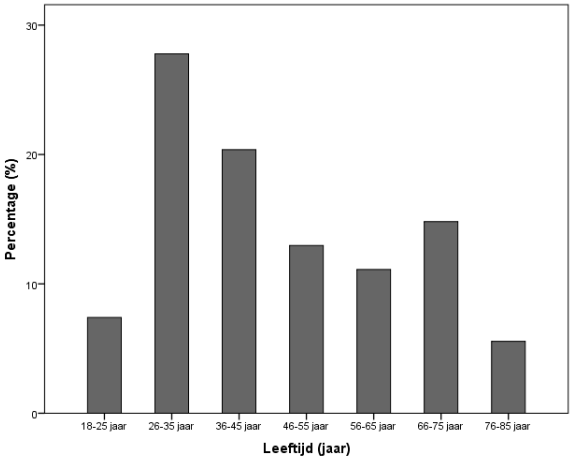
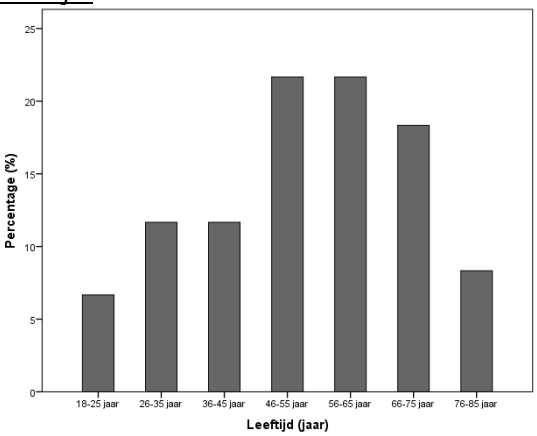
2 Globaal Medisch Dossier

In praktijk:  Geslacht: in de studie 36% man, 64% vrouw, in praktijk 45% mannen, 55% vrouwen. Chronische aandoening: 54%, dit komt vermoedelijk overeen met de realiteit	In praktijk: vermoedelijk groter aandeel 56-plussers in de studie dan in de praktijk, omdat deze groep frequenter op vrije raadpleging komen en dan is er meer tijd in de wachtzaal om de vragenlijst in te vullen. Geslacht in studie: 34,6% man, 65,4% vrouw in de praktijk: 47% mannen en 53% vrouwen Chronische aandoening: 46,2%, dit is vermoedelijk een lichte onderschatting van het reële cijfer.

DUOPRAKTIJKEN

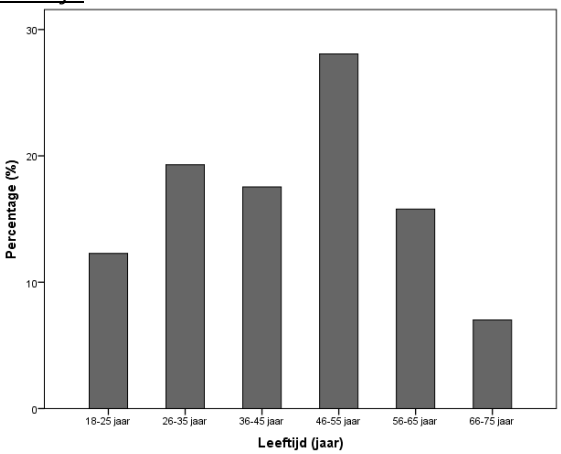
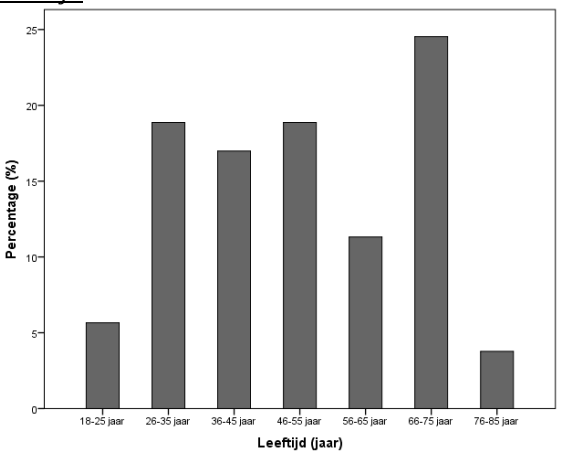
Praktijk 3	**Praktijk 4**
Aantal artsen werkzaam	
2 deeltijds (60-70% FTE[3]) ♀ + ♂ + 1 ♀ HAIO	2 voltijds (♀ + ♂) + 1 ♀ HAIO
Alle artsen geconventioneerd	
ja	ja
Alle artsen geaccrediteerd	
ja	ja
Organisatie consultaties	
op afspraak	op afspraak
Consultaties op zaterdagvoormiddag	
wekelijks op afspraak (9 tot 11u)	ja, op afspraak (niet wekelijks)
Afsprakensysteem	
telefonisch (±40%) + online (±60%)	telefonisch (±55%) + online (±45%)
Secretariaat	
1 deeltijds medewerker	1 secretaresse 23u/w, 61% voltijds
Bancontact	
ja	ja
Aantal GMD's	
1300	1278
Praktijkwebsite	
ja	ja
Andere paramedici	
neen	neen

[3] fulltime-equivalent

Demografische gegevens steekproef studie versus praktijk	
Leeftijd:  Geslacht: 37% man, 63% vrouw Chronische aandoening: 35,2% Deze verdeling weerspiegelt bij benadering de verhoudingen in de praktijk.	Leeftijd:  De jongere patiënten zijn procentueel wat meer vertegenwoordigd in de praktijk. Geslacht: 40% mannen, 60% vrouwen; in de praktijk: 45% mannen en 55% vrouwen Chronische aandoening: 42,4%; dit benadert ongeveer de werkelijkheid

GROEPSPRAKTIJKEN

Praktijk 5	**Praktijk 6**
Aantal artsen werkzaam	
2 voltijdse artsen (♀) en 1 deeltijdse arts (♂) + 1 ♂ HAIO	3 voltijdse artsen (2♀+1♂) + 1 ♀ HAIO
Alle artsen geconventioneerd	
ja	ja
Alle artsen geaccrediteerd	
ja	ja
Organisatie consultaties	
op afspraak	op afspraak en dagelijks 1 uur vrije raadpleging
Consultaties op zaterdagvoormiddag	
neen	neen
Afsprakensysteem	
telefonisch + online (±50%)	telefonisch (±40%) + online (±60%)
Secretariaat	
2 deeltijdse medewerkers	1 verpleegkundige/ secretariaatsmedewerker – 30u/ week
Bancontact	
ja	ja
Aantal GMD's	
2500	2278
Praktijkwebsite	
ja	ja
Andere paramedici	
1 psycholoog	verpleegkundige, diëtiste en psycholoog

Demografische gegevens steekproef studie versus praktijk	
Leeftijd:  Geslacht: 42,1% mannen, 57,9% vrouwen Chronische aandoening: 61,4% Deze verdeling weerspiegelt bij benadering de verhoudingen in de praktijk.	Leeftijd:  Geslacht: 34% mannen, 66% vrouwen Chronische aandoening: 41,5% De praktijk vermoedt dat dit geen perfecte weergave is van de patiëntenpopulatie.

7. Bijlage: Bijkomende analyses

Multipele logistische regressie op 'familieleden waren hier al patiënt':

Variabelen	B	OR	P-waarde
Constante	1,974	7,201	0,006
Minstens 1 chronische aandoening hebben	0,249	1,282	0,401
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	0,055	1,057	0,866
Leeftijd	-0,052	0,949	<0,001
Vrouw	-0,376	0,686	0,193
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	0,688	1,990	0,144
diploma hoger onderwijs	0,250	1,284	0,613

Het model met alle persoonlijke kenmerken toont een significant verband met het aangeven van de reden voor de keuze omdat familieleden al patiënt waren in de praktijk (N=268, χ^2=47,445; p<0,001; df=6) en verklaart 22,2% van de variantie (Nagelkerke R^2).

Multipele logistische regressie op 'de praktijk werd me door iemand aangeraden':

Variabelen	B	OR	P-waarde
Constante	-1,906	0,149	0,006
Minstens 1 chronische aandoening hebben	0,106	1,112	0,718
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	-0,364	0,695	0,274
Leeftijd	0,014	1,014	0,117
Vrouw	0,468	1,597	0,114
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	-0,161	0,851	0,706
diploma hoger onderwijs	0,416	1,515	0,350

Het model met alle persoonlijke kenmerken toont geen significant verband met het aangeven van de reden voor de keuze omdat de praktijk door iemand werd aangeraden (N=268, χ^2=9,252; p=0,160; df=6) en verklaart 4,9% van de variantie (Nagelkerke R^2).

Multipele logistische regressie op 'de bereikbaarheid':

Variabelen	B	OR	P-waarde
Constante	0,260	1,296	0,677
Minstens 1 chronische aandoening hebben	0,958	2,605	0,001
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	-0,582	0,559	0,056
Leeftijd	-0,011	0,989	0,170
Vrouw	-0,140	0,869	0,598
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	0,197	1,112	0,780
diploma hoger onderwijs	0,260	1,218	0,624

Het model met alle persoonlijke kenmerken toont een significant verband met het aangeven van de reden voor de keuze de bereikbaarheid van de praktijk (N=267, χ^2=15,450; p=0,017; df=6) en verklaart 7,5% van de variantie (Nagelkerke R^2).

Multipele logistische regressie op 'de dichtstbijzijnde praktijk':

Variabelen	**B**	**OR**	**P-waarde**
Constante	-0,012	0,988	0,862
Minstens 1 chronische aandoening hebben	-0,051	0,951	0,446
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	-0,252	0,777	0,775
Leeftijd	-0,002	0,998	0,167
Vrouw	-0,389	0,678	0,239
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	-0,465	0,628	0,178
diploma hoger onderwijs	-0,569	0,566	0,986

Het model met alle persoonlijke kenmerken toont geen significant verband met het aangeven van de reden voor de keuze dat het de dichtstbijzijnde praktijk betreft (N=267, χ^2=4,873; p=0,560; df=6) en verklaart 2,6% van de variantie (Nagelkerke R^2).

Multipele logistische regressie op 'ik kan afspraken online maken':

Variabelen	**B**	**OR**	**P-waarde**
Constante	1,611	5,007	0,018
Minstens 1 chronische aandoening hebben	-0,343	0,710	0,235
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	0,036	1,037	0,911
Leeftijd	-0,037	0,964	<0,001
Vrouw	-0,321	0,725	0,260
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	-0,188	0,828	0,663
diploma hoger onderwijs	0,391	1,479	0,374

Het model met alle persoonlijke kenmerken toont een significant verband met het aangeven van de reden voor de keuze het online afsprakensysteem van de praktijk (N=267, χ^2=34,985; p<0,001; df=6) en verklaart 16,7% van de variantie (Nagelkerke R^2).

Multipele logistische regressie op 'korte wachttijd':

Variabelen	B	OR	P-waarde
Constante	-1,004	0,367	0,156
Minstens 1 chronische aandoening hebben	0,146	1,157	0,626
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	-0,152	0,859	0,651
Leeftijd	-0,013	0,987	0,146
Vrouw	0,709	2,031	0,021
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	0,185	1,203	0,682
diploma hoger onderwijs	0,316	1,372	0,497

Het model met alle persoonlijke kenmerken toont geen significant verband met het aangeven van de reden voor de keuze de korte wachttijd (N=267, χ^2=11,242; p=0,081; df=6) en verklaart 5,9% van de variantie (Nagelkerke R^2).

Multipele logistische regressie op 'omdat deze arts de tijd neemt om naar mij te luisteren':

Variabelen	B	OR	P-waarde
Constante	0,001	1,001	0,998
Minstens 1 chronische aandoening hebben	-0,133	0,875	0,638
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	0,197	1,218	0,533
Leeftijd	0,004	1,004	0,628
Vrouw	0,232	1,261	0,403
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	-0,101	0,904	0,795
diploma hoger onderwijs	0,331	1,392	0,427

Het model met alle persoonlijke kenmerken toont geen significant verband met het aangeven van de reden voor de keuze dat de arts de tijd neemt te luisteren (N=250, χ^2=3,746; p=0,711; df=6) en verklaart 2,0% van de variantie (Nagelkerke R^2).

Multipele logistische regressie op 'omdat ik veel vertrouwen in deze arts stel':

Variabelen	B	OR	P-waarde
Constante	-0,657	0,519	0,347
Minstens 1 chronische aandoening hebben	-0,296	0,744	0,332
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	0,351	1,420	0,311
Leeftijd	0,017	1,017	0,055
Vrouw	-0,036	0,964	0,904
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	0,784	2,190	0,055
diploma hoger onderwijs	0,957	2,603	0,029

Het model met alle persoonlijke kenmerken toont geen significant verband met het aangeven van de reden voor de keuze het vertrouwen dat men in de arts stelt (N=250, χ^2=7,437; p=0,282; df=6) en verklaart 4,2% van de variantie (Nagelkerke R^2).

Multipele logistische regressie op 'omwille van de ervaring van deze arts':

Variabelen	**B**	**OR**	**P-waarde**
Constante	-1,577	0,207	0,026
Minstens 1 chronische aandoening hebben	0,164	1,178	0,587
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	0,248	1,281	0,451
Leeftijd	-0,001	0,999	0,871
Vrouw	0,363	1,438	0,233
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	0,536	1,710	0,228
diploma hoger onderwijs	0,470	1,600	0,313

Het model met alle persoonlijke kenmerken toont geen significant verband met het aangeven van de reden voor de keuze ervaring van de arts (N=250, χ^2=4,659; p=0,588; df=6) en verklaart 2,6% van de variantie (Nagelkerke R^2).

Multipele logistische regressie op 'omdat deze arts vriendelijk is':

Variabelen	**B**	**OR**	**P-waarde**
Constante	-0,714	0,490	0,272
Minstens 1 chronische aandoening hebben	0,250	1,284	0,376
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	-0,104	0,901	0,739
Leeftijd	-0,002	0,998	0,777
Vrouw	0,234	1,264	0,403
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	0,072	1,074	0,857
diploma hoger onderwijs	0,472	1,603	0,257

Het model met alle persoonlijke kenmerken toont geen significant verband met het aangeven van de reden voor de keuze de vriendelijkheid van de arts (N=250, χ^2=5,220; p=0,516; df=6) en verklaart 2,8% van de variantie (Nagelkerke R^2).

Multipele logistische regressie op een praktijkwebsite een meerwaarde vinden bij patiënten uit solopraktijken:

51,0% vindt een praktijkwebsite een meerwaarde.

Variabelen	B	OR	P-waarde
Constante	-25,414	0,000	0,998
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	0,863	2,371	0,189
Minimum 1 chronische aandoening hebben	-0,637	0,529	0,229
Leeftijd	0,033	1,034	0,234
Vrouw	0,174	1,190	0,757
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	1,788	5,975	0,066
diploma hoger onderwijs	1,448	4,255	0,119
Een job hebben	1,452	4,273	0,115
Vertrouwd met het gebruik van internet	1,300	3,668	0,313
Beschikken over een internetverbinding thuis	20,831	111407	0,999

Het model met alle persoonlijke kenmerken toont een significant verband met het aangeven van de voorkeur voor een praktijkwebsite (N=92, χ^2=34,051; p<0,001; df=9) en verklaart 41,4 % van de variantie (Nagelkerke R^2). Door het kleine aantal, 92 personen, zijn in sommige categorieën kleine aantallen terug te vinden, wat de soms afwijkende cijfers kan verklaren. De interpretatie van bovenstaand model is dus onder voorbehoud.

Multipele logistische regressie op een praktijkwebsite een meerwaarde vinden bij patiënten uit duo- en groepspraktijken:

80,2% vindt een praktijkwebsite een meerwaarde.

Variabelen	B	OR	P-waarde
Constante	-3,813	0,022	0,103
Redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid	1,264	3,539	0,107
Minimum 1 chronische aandoening hebben	-0,099	0,906	0,873
Leeftijd	-0,003	0,997	0,907
Vrouw	-0,820	0,400	0,168
Opleidingsniveau			
diploma middelbaar onderwijs	0,247	1,280	0,715
diploma hoger onderwijs	1,684	5,387	0,051
Een job hebben	-0,154	0,858	0,845
Vertrouwd met het gebruik van internet	2,600	13,457	0,001
Beschikken over een internetverbinding thuis	3,568	35,438	0,003

Het model met alle persoonlijke kenmerken toont een significant verband met het aangeven van de reden voor de keuze de vriendelijkheid van de arts (N=200, χ^2=88,216; p<0,001; df=9) en verklaart 57,9% van de variantie (Nagelkerke R^2).