Patiëntentevredenheid over de toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk

Kim Van der Burght, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. D. Avonts, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Voorwoord

Het is haast onmogelijk om via deze weg iedereen te bedanken die mij geholpen heeft om deze masterproef te verwezenlijken. Toch wil ik enkele van hen hier speciaal vermelden.

Bedankt aan mijn promotor prof. dr. Avonts voor de goede opvolging en de constructieve gesprekken het afgelopen jaar.

Speciale dank gaat uit naar mijn praktijkopleider dr. Michaël de Vos dat ik dit project in de praktijk mocht uitvoeren. Dankzij hem kreeg ik de nodige tijd met de patiënten om mijn interviews af te leggen.

Bedankt aan mijn familie en vrienden voor de morele steun tijdens het realiseren van deze masterproef. In het bijzonder Thomas Van der Meeren voor zijn expertise op het vlak van statistiek en visgraatanalyses.

Speciale vermelding gaat uit naar mijn vriend Edward Anseeuw, voor zijn eeuwig geduld en emotionele steun de afgelopen twee jaar.

Inhoudstafel

Voorwoord 3
Inhoudstafel 4
Lijst van figuren 5
Lijst van tabellen 5
1 Abstract 6
2 Inleiding 8
2.1 Opzet van de studie 8
2.2 FOCUS analyse 8
2.3 Visgraatanalyse 9
2.4 Literatuur 12
2.5 Afkappingspunt tevredenheidsscore volgens de praktijk 18
2.6 Doelstellingen 19
3 Methodologie 20
3.1 Literatuurstudie 20
3.2 Praktijkschets 20
3.3 Onderzoeksmethode en -populatie 21
3.4 Dataverzameling 21
3.5 Statistische analyses 21
3.6 Kwalitatief onderzoek 22
4 Resultaten 23
4.1 Demografische gegevens 23
4.2 Kwantitatieve verwerking van de resultaten 23
4.3 Kwalitatieve verwerking van de resultaten 26
5 Discussie 30
5.1 Bespreking resultaten 30
5.2 Zwaktes en sterktes 32
6 Conclusie en aanbevelingen voor de praktijk 33
7 Referenties 34
8 Bijlagen 37
8.1 Informatieformulier 37
8.2 Toestemmingsformulier 39
8.3 Diepte-interview 40
8.4 Protocol en goedkeuring Ethisch Comité 41

Lijst van figuren

Figuur 1: Visgraatanalyse van de praktijkorganisatie en de patiënten(on)tevredenheid bij vrije consultatie……...10
Figuur 2: Visgraatanalyse van de praktijkorganisatie en de artsen(on)tevredenheid bij vrije consultatie…….....12
Figuur 3: Tevredenheid volgens geslacht……24
Figuur 4: Tevredenheid volgens leeftijd. Ingedeeld in twee categorieën, namelijk jonger dan 60 jaar en ouder of gelijk aan 60 jaar.…….……25
Figuur 5: Tevredenheid volgens het gemiddeld aantal consultaties op jaarbasis…….25
Figuur 6: Maximaal aanvaardbare wachttijd volgens de onderzoekspopulatie bij vrije consultatie en bij een afsprakensysteem……..26

Lijst van tabellen

Tabel 1: Evaluatie van de patiëntentevredenheid in de huisartsenpraktijk in België……14
Tabel 2: Overzicht van verschillende consultatievormen met hun voor- en nadelen……...17
Tabel 3: Karakteristieken van de populatie……..23
Tabel 4: Tevredenheid van de studiepopulatie over het huidige systeem……24

1 Abstract

Achtergrond

Bij vrije consultatie kan de wachttijd oplopen, hetgeen de patiëntentevredenheid negatief beïnvloedt. Toch blijkt de duur van een consultatie een betere predictor te zijn. Factoren die de tevredenheid beïnvloeden zijn leeftijd en het aantal consultaties op jaarbasis. Sociale status en opleiding hebben een eerder beperkte invloed. Bij onderzoek naar de tevredenheid in Europa scoort 80% van de patiënten deze als ‘goed’ tot ‘zeer goed’. Uit literatuuronderzoek kan geen verschil aangetoond worden in de patiëntentevredenheid tussen vrije consultatie en een afsprakensysteem. Patiënten gaan het systeem kiezen dat het best bij hen past, waardoor een gemengd systeem een oplossing kan bieden.

Onderzoeksvraag

Het doel van deze studie is om na te gaan hoe de patiënten denken over de huidige vorm van consultatie. De voor- en nadelen van vrije consultatie worden bevraagd. Er wordt gepolst naar hun mening over een afsprakensysteem en een gemengd systeem. Doelstelling van dit onderzoek is nagaan of er nood is aan verandering. Er wordt gestreefd naar 80% of meer van de deelnemers die hun tevredenheid scoren als ‘goed’ of ‘zeer goed'. Indien het merendeel van de patiënten voorstander is van een gemengd systeem of een afsprakensysteem kan beslist worden met de praktijkopleider om over te schakelen.

Methodologie

Een verkennende literatuurstudie wordt opgesteld aan de hand van verschillende databanken. Vervolgens wordt een onderzoek uitgevoerd in een opleidingspraktijk in Sint-Lievens-Esse. Door middel van een diepte-interview wordt gepolst naar de patiëntentevredenheid. Het diepte-interview is opgesteld uit een combinatie van vragen uit de QUALICOPC en EUROPEP vragenlijsten. Aspecten die in deze masterproef bevraagd worden zijn: demografische gegevens, de tevredenheid met het huidig systeem, suggesties tot verbetering, de voor-en nadelen van vrije consultatie, de mening over een afsprakensysteem of een gemengd systeem, de verwachtingen van een afsprakensysteem en de aanvaardbare wachttijd bij beide systemen. Iedere 10de en 15de patiënt wordt gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Indien iemand weigert wordt de daaropvolgende patiënt gevraagd. Resultaten worden zowel kwalitatief als kwantitatief bekeken. Voor statistische verwerking wordt het programma SPSS 25 gebruikt.

Resultaten

Dertig patiënten hebben deelgenomen aan het onderzoek. Er wordt een gemiddelde tevredenheid van 8 op 10 gevonden. 80% van de onderzoekspopulatie scoort hun tevredenheid als ‘goed’ of ‘zeer goed’. Er zijn weinig suggesties tot verbetering, behalve het veranderen van de zitbanken en het installeren van Wi-Fi. Desondanks de hoge tevredenheid kiest bijna twee derde voor een verandering naar een afsprakensysteem. Diegenen die voorstander blijven van vrije consultatie kunnen zich wel vinden in een gemengd systeem. De voorkeur om telefonisch of online een afspraak te maken is gelijk verdeeld.

Patiënten vinden stiptheid het belangrijkste bij een afsprakensysteem. De aanvaardbare wachttijd bij afspraken is maximaal een half uur, bij vrije consultatie staat er geen limiet op.

Conclusie

Er is een hoge tevredenheid in de praktijk met een gemiddelde score van 8 op 10. Desondanks deze hoge score is er ruimte voor verandering. De introductie van een gemengd systeem met een online en telefonisch afsprakensysteem kan bijdragen tot een hogere patiëntentevredenheid.

2 Inleiding

2.1 Opzet van de studie

In de opleidingspraktijk wordt gewerkt volgens vrije consultatie. Patiënten kunnen tijdens de consultatie-uren steeds binnen. Patiënten dienen geen afspraak te maken, wat de telefonie ontlast. Een ander voordeel is dat de duur van een consultatie niet strikt geregeld is. Echter, een volle wachtzaal kan tijdsdruk met zich meebrengen. De huisarts weet niet wanneer de consultatie zal gedaan zijn. Dit brengt een last mee voor het sociaal leven.

Het systeem van vrije consultatie in deze praktijk roept enkele vragen op. Zijn de patiënten in deze opleidingspraktijk tevreden met de toegankelijkheid van de praktijk? Vinden zij de mogelijkheid van vrije consultatie een meerwaarde? Hoe denken zij over de wachttijden? Wat vinden zij goed aan het huidig systeem? Wat vinden ze slecht? Hebben zij zelf ideeën die een verbetering kunnen zijn voor de praktijk?

In de opleidingspraktijk bestaat het idee om over te schakelen naar een afsprakensysteem. Er moet nagegaan worden hoe tevreden de patiënten zijn over het huidige consultatie systeem. Tijdens een diepte-interview wordt gepeild naar de mening van de patiënten rond de toegankelijkheid van vrije consultatie of een afsprakensysteem. Op basis van de resultaten van dit onderzoek kan nagegaan worden of er vanuit de onderzoekspopulatie vraag is naar verandering.

2.2 FOCUS analyse

Find: In de praktijk zijn er twee zaken die opvallen. Enerzijds zijn er de lange wachttijden tijdens drukke periodes. Anderzijds zijn er patiënten die telefonisch proberen een afspraak te krijgen. Hoe denken de patiënten over de toegankelijkheid van dit systeem. Heeft de lange wachttijd een invloed op hun tevredenheid? Willen zij verandering? Zoja, de welke?
Organise: Samen met de praktijkopleider wordt nagegaan hoe de toegankelijkheid van de praktijk loopt. Er wordt overlegd over de vrije consultatie en de afspraken naar de patiënten toe.
Clarify: Patiënten kunnen tijdens de vrije consultatie terecht bij de arts. Er zijn twee artsen die tegelijkertijd consulteren. Afhankelijk van de drukte kunnen de wachttijden oplopen tot twee uur. Patiënten bellen de arts op of ze na de consultatie nog kunnen langskomen. Zo willen ze de wachttijd vermijden. Sommigen wensen een huisbezoek, omdat ze niet zo lang willen wachten. Dit heeft invloed op zowel de tevredenheid van de patiënt als van de arts.
Understand: Aan de hand van een visgraatanalyse wordt de patiënten- en artsentevredenheid geanalyseerd. Zowel de goede als slechte factoren van de praktijkwerking worden in het diagram geplaatst. In de analyse worden twee aspecten belicht. Enerzijds de beleving van de patiënt en de invloed van verschillende factoren op hun tevredenheid. Anderzijds het referentiekader van de arts. In het verder

verloop van deze masterproef wordt de focus gelegd op de patiëntentevredenheid, eerder dan de artsentevredenheid. De visgraatanalyse wordt in volgende paragraaf uitgebreid besproken.
Start: Aan de hand van een kwalitatief onderzoek worden dertig personen ondervraagd over hoe zij het systeem van vrije consultatie ervaren. Er wordt nagegaan hoe zij tegenover een afsprakensysteem of een gemengd systeem staan. Door gebruik te maken van een diepte-interview kan de onderzoeker verder ingaan op een gegeven antwoord.

2.3 Visgraatanalyse

2.3.1. Patiënten(on)tevredenheid

2.3.1.4. Persoonsgebonden

Patiënten hebben bij een systeem van vrije consultatie de zekerheid die dag gezien te worden. Wanneer er veel mensen op een zelfde ogenblik binnen komen geeft dit lange wachttijden. Dit zorgt ervoor dat sommige mensen de consultatie uren niet naleven of privileges verwachten. Een gedeelte belt de arts op met de vraag wanneer zij buiten de vrije consultatie kunnen langskomen.

2.3.1.2. Praktijkorganisatie

De arts werkt op vrije consultatie, dit betekent dat hij zowel ’s morgens als ’s avonds een aantal uren patiënten ziet zonder afspraak. Patiënten die per se die dag willen langskomen hebben de zekerheid gezien te worden. Vrije consultatie kan leiden tot lange wachttijden, wat er voor zorgt dat mensen sneller bellen voor een huisbezoek.

Door de komst van een HAIO heeft de praktijkopleider besloten geen patiëntenstop in te voeren. De laatste jaren is er een toename van het aantal patiënten. Beide artsen consulteren op hetzelfde moment, waardoor er sinds anderhalf jaar een dubbele bezetting is. Dit heeft zijn invloed op de wachttijd en mogelijk ook op de patiëntentevredenheid.

Van 8 uur tot 19 uur is de praktijk telefonisch bereikbaar. Er wordt niet gewerkt met een secretariaat dus de patiënt komt rechtstreeks bij één van de artsen terecht.

In de wachtzaal is zowel Wi-Fi als radio aanwezig. Echter, de Wi-Fi heeft nog nooit gewerkt. Omwille van een sterke isolatie van het gebouw is er onvoldoende telefonisch bereik. Er zijn geen stoelen, maar banken zodat de ruimte optimaal benut wordt. Dit kan op zijn beurt een effect hebben op de tevredenheid van de patiënten.

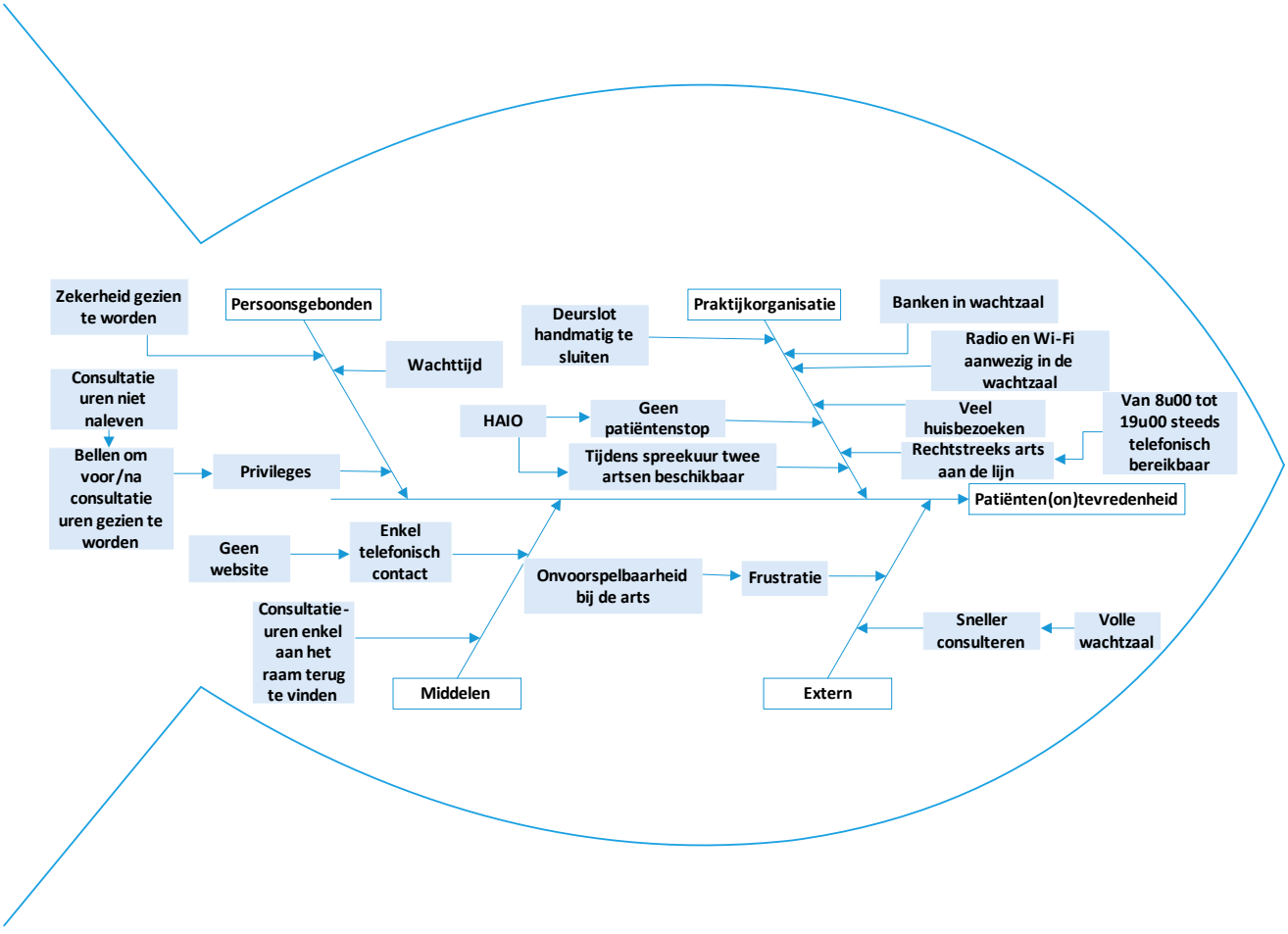
De deur in de praktijk dient handmatig gesloten te worden. Dit betekent dat de arts op het einde van het officiële consultatie-uur de deur dient te gaan sluiten met de sleutel. Telkens een patiënt de praktijk wil verlaten dient de arts de deur manueel te openen.

2.3.1.3. Middelen

Er is geen website voorhanden om de consultatie uren te raadplegen. De uren kunnen gevonden worden op de visitekaartjes en op een bord aan het raam in de praktijk. Patiënten contacteren de arts steeds telefonisch. Dit zorgt voor veel telefonie, welke op zijn beurt ook invloed heeft op de progressie van een consult en daarmee mogelijk een invloed heeft op de patiëntentevredenheid.

2.3.1.1 Extern

Door het systeem van vrije consultatie kan de arts zijn agenda moeilijk op voorhand plannen. Dit kan aanleiding geven tot een toename van de werkdruk, die de arts kan frustreren. Een overvolle wachtzaal kan de arts onder druk zetten sneller te consulteren. Hierdoor zal de patiënt minder tijd doorbrengen bij de arts.



Figuur 1: *Visgraatanalyse van de praktijkorganisatie en de patiënten(on)tevredenheid bij vrije consultatie*

2.3.2 Artsentevredenheid

2.3.2.1 Persoonsgebonden

De arts, die op vrije consultatie werkt, heeft een vast tijdsschema waar hij zich aan dient te houden. Urgenties zijn moeilijker in te plannen en dit kan een bepaalde stress met zich meebrengen. Het is moeilijk een volle wachtzaal achter te laten, maar nog moeilijker een urgentie te negeren. De arts heeft wel een grotere vrijheid inzake de consultatieduur. Hierdoor kan de arts voor zijn patiënt de tijd nemen die hij nodig acht. Bij een afsprakensysteem dienen de patiënten reeds in te vullen waarvoor ze komen. Het kan als arts nuttig zijn op voorhand te weten waarvoor een patiënt consulteert. Bij vrije consultatie is dit niet mogelijk. De arts weet niet op voorhand hoeveel patiënten hij die avond zal zien. Dit maakt de combinatie met een sociaal leven in de week moeilijk.

2.3.2.2 Praktijkorganisatie

Van 8 uur tot 19 uur kan de patiënt de praktijk telefonisch bereiken en komt hij rechtstreeks bij de arts terecht. Dit zorgt voor een belasting bij de arts en zorgt ervoor dat de consultatie dikwijls onderbroken wordt. Echter, de arts kan wel beslissen of de patiënt nog langs kan komen of een advies geven. Dit kan de arts-patiënt band ten goede komen, welke ook zijn invloed heeft op de tevredenheid van de arts in zijn beroep. De ernst van de klacht is niet altijd even goed in te schatten via telefoon. Hierdoor zou een schuldgevoel kunnen ontstaan bij de arts als achteraf blijkt dat het iets dringend was. Uit schrik iets belangrijk te missen zal de arts de patiënt minder snel weigeren.

Voor een laboresultaat is het in de praktijk onderling afgesproken dat de patiënt de praktijk opbelt tussen 18 uur en 19 uur. Dit zorgt opnieuw voor een toename van telefonie. De arts wordt meermaals gestoord tijdens zijn consult. Dit kan aanleiding geven tot misverstanden doordat de arts steeds afgeleid wordt.

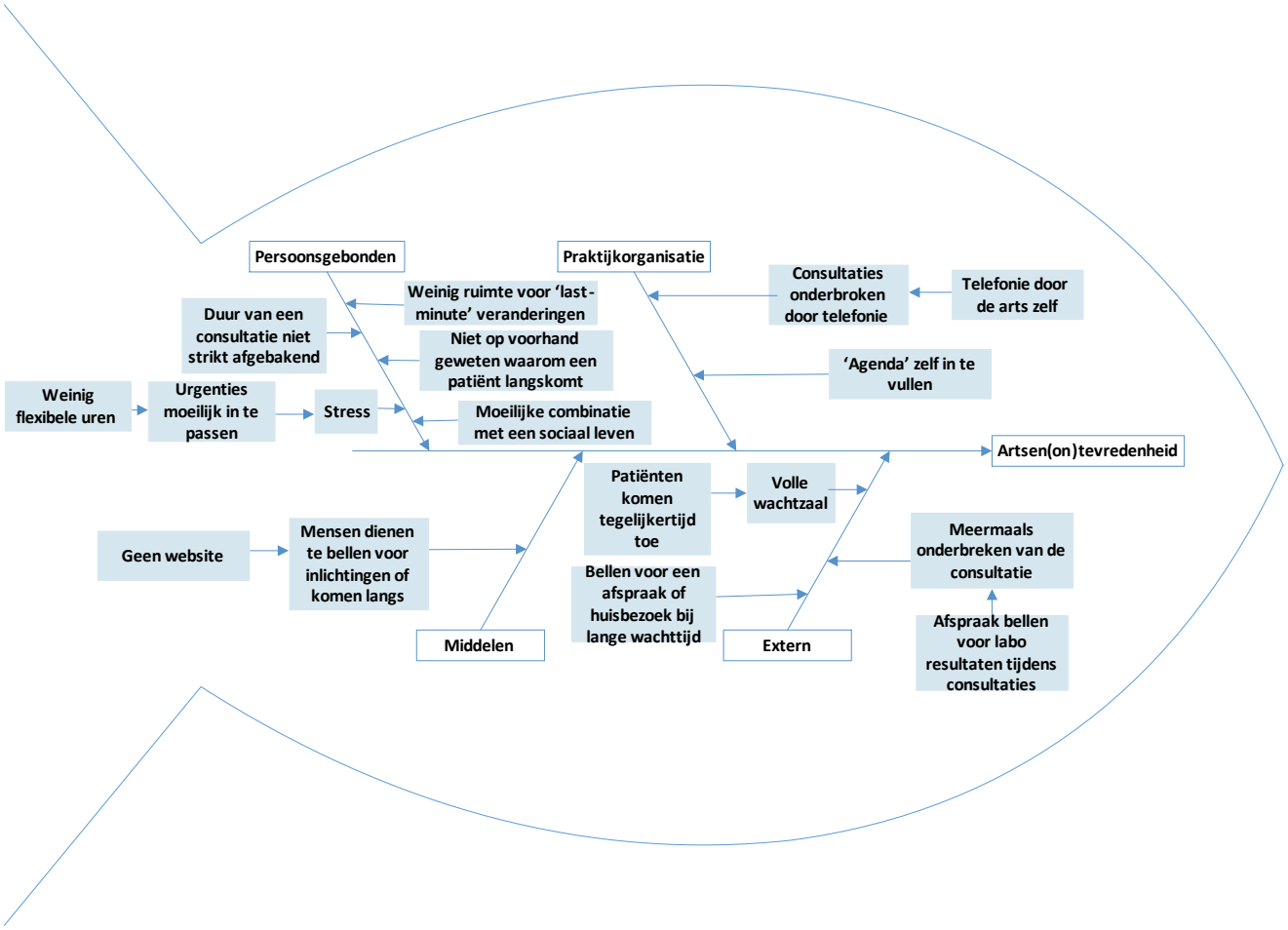
2.3.2.3 Middelen

Er is geen website voorhanden om de consultatie uren na te gaan. Patiënten dienen hiervoor langs te komen of te telefoneren. Dit zorgt voor een toename aan telefonie en belasting bij de arts.

2.3.2.4 Extern

Een volle wachtzaal schrikt de patiënten af. Patiënten gaan de praktijk opbellen in de hoop dat zij nog na de consultatie uren kunnen gezien worden. Indien dit niet mogelijk is vragen zij voor een huisbezoek. Doorheen de jaren is dit systeem zo gegroeid, waardoor het moeilijk te veranderen is. Vaak wordt het woord ‘opvoeden’ gebruikt. In die zin dat de patiënten opgevoed worden met deze gewoonten en ze dus ook moeilijk kunnen loslaten.

Patiënten komen of te vroeg of te laat om de wachttijden te vermijden. Zij houden niet altijd rekening met de werklast van de arts, waardoor deze zich onbegrepen kan voelen. Een volle wachtzaal brengt eveneens een werkdruk met zich mee.



Figuur 2: *Visgraatanalyse van de praktijkorganisatie en de artsen(on)tevredenheid bij vrije consultatie*

2.4 Literatuur

2.4.1 Patiënten tevredenheid

2.4.1.1 Determinanten van patiëntentevredenheid

2.4.1.1.1 Verwachtingen van de patiënt

Verwachtingen hebben een fundamentele invloed op de patiëntentevredenheid. Personen met lage verwachtingen tonen een hogere tevredenheid. Het is moeilijk te definiëren waarvoor de term 'verwachtingen' staat (1). Een studie heeft onderzoek gedaan naar welke verwachtingen patiënten hebben van eerstelijnsgeneeskunde. Daaruit blijken 'een snelle hulp bij urgenties', 'de tijd nemen om naar de patiënt te luisteren' en 'een correcte geheimhouding van medische informatie' prioritair (2).

2.4.1.1.2 Geslacht

Bij onderzoek naar de invloed van geslacht op de tevredenheid zijn de resultaten niet eenduidig. Over het algemeen wordt aangenomen dat er geen invloed is (3-5). Een onderzoek in België door Peersman et al. vindt geen statistisch significant verschil tussen mannen en vrouwen. Wanneer er rekening gehouden wordt met andere kenmerken van de patiënt vinden zij een hogere tevredenheid bij de vrouwen in vergelijking met de mannen (6).

2.4.1.1.2 Leeftijd

Verschillende studies tonen een verband tussen de leeftijd en de tevredenheid. Oudere patiënten zijn meer tevreden over de eerstelijnszorg in vergelijking met jongeren (1, 7-12). Sebo et al. geeft hiervoor de goede arts-patiënt relatie als verklaring. Oudere patiënten hebben vaak een complexe medische voorgeschiedenis en chronische aandoening waardoor zij frequenter op consultatie komen of urgente problemen hebben. Jongere patiënten blijken meer veeleisend te zijn in vergelijking met ouderen inzake de wachttijd in de wachtzaal. Het omgekeerde zien we bij de wachttijd tot het maken van een afspraak bij urgente problemen alsook bij de telefonische beschikbaarheid van de huisarts. Het merendeel van de ouderen is op pensioen en hebben, in vergelijking met jongere patiënten, meer tijd. De mogelijkheid tot een huisbezoek en het 24 uur beschikbaar zijn van de huisarts zijn vooral bij de ouderen van belang (13).

2.4.1.1.3 Educatie en sociale status

Ook opleiding speelt een rol in de tevredenheid bij patiënten. Een hogere tevredenheid wordt gevonden bij lager opgeleide patiënten (1, 6). In een studie van Schutz et al. gaat een hoge opleiding gepaard met een lage patiëntentevredenheid. Deze studie haalt aan dat andere factoren, zoals inkomen, hier ook een rol in spelen (14). Het verband tussen sociale status en tevredenheid is minder duidelijk. Een hogere tevredenheid wordt geassocieerd met een hogere sociale status (1). Een studie van Hall en Dornan vindt het opmerkelijk dat de invloed van opleiding en sociale status tegengesteld is (15).

2.4.1.1.4 Contactfrequentie

Er is onderzoek gedaan naar de invloed van de contactfrequentie op de patiëntentevredenheid. Hoe vaker de patiënt contact heeft met de huisarts, hoe hoger de tevredenheid (6, 7).

2.4.1.2 Evaluatie van patiënten

Het medisch beroepsgeheim, de arts die naar de patiënt luistert, de duur van een consultatie en snel bij de arts terecht kunnen in geval van een noodgeval scoren in Europa het best op gebied van patiëntentevredenheid. De wachtduur in de wachtzaal, de beschikbaarheid van de arts of de praktijk via telefoon en de preventie-consulten worden eerder negatief beoordeeld (7).

In België scoort het correct en vertrouwelijk bewaren van het medisch dossier het hoogst, gevolgd door een snelle hulp bij urgenties. Op de derde plaats staat de arts die naar de patiënt luistert. De wachttijd en

het preventieconsult worden het slechts geëvalueerd in België. Cijfers aangaande België worden in onderstaande tabel weergegeven (7).

Een studie uit Zwitserland toont dat de wachttijd minder belangrijk is dan de mogelijkheid te kiezen door welke arts ze gezien worden. Voor veel patiënten weegt de duur van een consultatie op tegen de lange wachttijd (13). Consultatieduur is een betere predictor van de patiëntentevredenheid dan de wachttijd in de wachtzaal (16). De slechtste combinatie is een lange wachttijd en een korte consultatieduur (13, 17).

Uit verschillende studies blijkt dat patiënten de voorkeur geven aan kleinere praktijken (10, 18-23). Dit geeft een betere beschikbaarheid en continuïteit van zorg (21).

Tabel 1: *Evaluatie van de patiëntentevredenheid in de huisartsenpraktijk in België. De ranking is op basis van het percentage patiënten die 4 of 5 scoren (7).*

REDEN	SCORE 4-5 (%)	RANKING
Een afspraak maken op een moment dat voor de patiënt goed past.	88%	13
Snelle opvang van urgenties in de eerstelijn.	93	2
De praktijk telefonisch bereiken	93	4
De arts telefonisch bereiken	90	8
Tijd in de wachtzaal	66	23

2.4.1.3 Verschillen tussen landen in Europa

Patiëntentevredenheid is een belangrijke indicator van gezondheidskwaliteit (24, 25). Om de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde volgens de patiënt te meten kan gebruik gemaakt worden van het EUROPEP[1] instrument. Dit is een gestandaardiseerd instrument dat ontwikkeld is door een internationale Europese groep en niet in één specifiek land (7, 26, 27). Het geeft een idee hoe de patiënt de zorg in de huisartsenpraktijk ervaart en het geeft de nodige feedback naar de huisarts en zijn praktijkorganisatie (6).

[1] EUROPEP : European Task Force on Patients' Evaluations of General Practice

Er is onderzoek gedaan naar de patiëntentevredenheid in de eerste lijn in verschillende landen. De organisatie en voorziening van de eerstelijnsgeneeskunde verschilt tussen Europese landen. De prioriteiten van de patiënten tegenover eerstelijnspraktijken tonen in verschillende landen gelijkenissen (26, 28, 29).

Over het algemeen zijn de patiënten in Europa heel positief over de eerstelijnszorg. De landen waar de huisarts niet als triage arts optreedt en de arts per prestatie betaald wordt zoals Zweden, Duitsland en België, tonen een hogere tevredenheid. Dit prestatiegericht systeem zorgt ervoor dat artsen meer patiëntgericht gaan handelen, door de omgevende concurrentie. Een patiënt die niet tevreden is met het eerstelijnssysteem zal geneigd zijn rechtstreeks naar tweedelijn te gaan. In Engeland en Nederland wordt goed gescoord op communicatie. In Duitsland en Noorwegen scoort vooral de hulpvaardigheid hoog. De arts aan de telefoon krijgen en het maken van een afspraak worden positief geëvalueerd in Zwitserland, Duitsland en België. De patiënten in Noorwegen en Denemarken beoordelen de consultatieduur negatief. In Engeland en Slovenië zijn mensen minder tevreden van de aanpak van urgenties in de eerstelijn (7).

2.4.2 Artsentevredenheid

2.4.2.1 Verwachtingen van de artsen

De verwachtingen van een goede eerstelijnszorg zijn bij artsen gelijkaardig aan die van patiënten. Bij huisartsen staan ‘het snel verlenen van hulp bij urgenties’, ‘het bewaren van medisch beroepsgeheim’ en ‘tijd nemen voor de patiënt’ ook bovenaan. Het kritisch beoordelen van medicatie en doorverwijzing staan bij beide partijen hoog aangeschreven. Daar waar patiënten vooral de beschikbaarheid van de arts en de kwaliteit van informatievoorziening belangrijk vinden leggen huisartsen een andere nadruk. Zij vinden de samenwerking met collega’s en multidisciplinair overleg belangrijker. Artsen kunnen minder goed inschatten wat de patiënt belangrijk vindt. Zo blijkt de patiënt het belangrijk te vinden zoveel mogelijk informatie te krijgen over zijn aandoening, waar de arts dit als minder belangrijk inschat. Ook het maken van een afspraak op korte tijd blijkt voor de patiënt veel belangrijker. Focus dient gelegd te worden op dialooggerichte huisartsenzorg, waar de patiënt voldoende uitleg krijgt over zijn aandoening en therapie (2). Reden dat dit voor de arts minder belangrijk lijkt dan voor de patiënt is de tijdsdruk (30).

2.4.3 Toegangsvormen in de eerste lijn

Iedere toegangsvorm probeert een evenwicht te vinden tussen de nood van de praktijk en de nood van diens patiënten. Dit kan gaan van volledig vrije consultatie tot een strikt afsprakensysteem (31). Volgens het APCC[2] programma zijn de toegangsvormen in de eerstelijn in te delen in vijf groepen.

Een eerste systeem is vrije consultatie waar de patiënt komt opdagen en wacht tot hij aan de beurt is. Naarmate de jaren vorderen, weten de mensen wanneer ze best langskomen en wanneer het een minder geschikt moment is. Belangrijke voordelen die hier worden aangehaald zijn: de consultatieduur is flexibel, geen gecompliceerde afspraaksystemen en de dagen zijn niet op voorhand al ingenomen met allemaal chronische patiënten. Daartegenover staan enkele nadelen: moeilijker te plannen voor mensen die geen auto hebben of werken, soms uren wachttijd en de druk bij de artsen bij een overvolle wachtzaal.

Bij de tweede toegangsvorm kunnen patiënten enkel de dag zelf telefonisch afspraken maken. Wanneer alle afspraken die dag volzet zijn, kan de patiënt morgen terugbellen. Dit geeft als voordeel dat mensen hun doktersbezoek kunnen plannen, acute zaken kunnen die dag gezien worden en de dokters hebben meer flexibiliteit in het plannen van hun dag. Nadelig is de drukke telefonie alsook het teleurstellen van patiënten indien ze morgenvroeg moeten terugbellen. Het opvolgen van chronische patiënten is niet te plannen.

Als derde is er de methode van oversaturatie. Dit is een toegangsvorm waar afspraken op vraag van de patiënt worden gepland en acute zaken ertussen worden genomen, bijvoorbeeld tijdens lunchpauze of door overboeking. Het wordt gezien als een eerlijk systeem waar rekening gehouden wordt met zowel acute als chronische pathologieën. Echter, het is een complex systeem dat veel stress met zich meebrengt.

Een voorlaatste toegangsvorm is waar de arts enkele afspraken vrij houdt voor dringende gevallen. Eén derde van de afspraken wordt vrijgehouden. Deze vorm geeft speling voor acute zaken alsook geeft het de mogelijkheid om op voorhand te plannen voor chronische patiënten. Echter, deze laatste dienen mogelijk langer te wachten op een afspraak. Dit kan de druk verhogen om toch chronische patiënten te zien op de vrijgehouden momenten (32).

[2] APCC: Australian Primary Care Collaboratives

Een laatste vorm is de geavanceerde toegankelijkheid[3]. Dit is internationaal het best gekende systeem, waar vraag en capaciteit in evenwicht worden gebracht. De dag start met voldoende vrije afspraken in functie van de nood. Er staat geen beperking op afspraken gepland in de toekomst. Prioritair is de continuïteit van zorg die je als huisarts moet kunnen bieden. Voordelig aan dit systeem is dat je de dag start met een groot deel van je afspraken nog vrij. Zo kan je patiënten, die de dag zelf gezien willen worden, tevreden stellen, zonder teniet te doen aan tijd voor acute situaties. Er bestaat nog belangrijke twijfel over de toepasbaarheid, aangezien het een belangrijke toewijding en tijd vraagt van de arts (32). Het 'advanced access' model wordt gezien als de oplossing voor patiënten die te lang moeten wachten voor een afspraak. Veel artsen denken dat zij onvoldoende kunnen beantwoorden aan de vraag naar afspraken. Volgens de Kaiser permanentie, waar dit model geïntroduceerd is, daalde de vraag naar afspraken per patiënt per jaar met 10% (33). De wachttijden in de wachtzaal nemen af en er is een vermindering van het aantal patiënten die niet komen opdagen. Op gebied van patiëntentevredenheid is er onduidelijkheid (34). Een studie van Sampson toont een daling van patiëntentevredenheid rond deze toegangsvorm wanneer het aantal 'same-day' afspraken toeneemt (35). Tenzij bij urgente problemen, willen patiënten een afspraak op een moment dat voor hen goed uitkomt. Eerder dan zo snel mogelijk een afspraak te hebben (34).

Tabel 2: *Overzicht van verschillende consultatievormen met hun voor- en nadelen.*

CONSULTATIEVORM	VOORDEEL	NADEEL
Vrije consultatie	Flexibele duur van consultatie Geen gecompliceerd afsprakensysteem Voldoende vrije plaatsen aan het begin van de dag Zekerheid gezien te worden	Moeilijk in te plannen Wachttijd Druk bij de artsen
Afsprakensysteem op de dag zelf	Makkelijk in te plannen Plaats voor urgenties Meer flexibiliteit voor de arts	Drukke telefonie Teleurstelling bij de patiënt wanneer volzet Geen planning chronische patiënten
Oversaturatie	Eerlijk	Complex Hoge werkdruk
Eén derde van afspraken vrijhouden voor urgenties	Planning voor chronische patiënten Plaats voor urgenties	Lange wachttijd voor chronische patiënten
Geavanceerde toegankelijkheid	Plaats voor chronische en acute problematiek Minder lange wachttijd	Onduidelijkheid omtrent patiëntentevredenheid Complex systeem dat toewijding vraagt van de arts

[3] Advanced access

2.4.3 Vrije consultatie versus afspraken

In een studie van Pascoe wordt gepeild naar de gebruiksvriendelijkheid van een afsprakensysteem en het verschil met vrije consultatie. Er wordt nagegaan of de patiënt gezien wordt binnen de tijd die hij wenst, of hij de dokter van zijn keuze heeft en hoe tevreden ze zijn met de toegangsvorm van de praktijk. Dit gebeurt in een groep patiënten die op vrije consultatie komt in vergelijking met een groep op afspraak (31).

Het blijkt dat patiënten op afspraak vaker gezien worden binnen de tijd die ze willen. Reden die hiervoor aangehaald wordt is het minder dringende karakter van hun probleem in combinatie met de keuze om op een minder druk moment te komen (31). Volgens een studie van Papp et al. neemt bij introductie van een afsprakensysteem de toegankelijkheid van de praktijk af (36). Diegenen die op afspraak komen, hebben in de helft van de gevallen de dokter naar hun keuze. In tegenstelling tot bij vrije consultatie waar minder dan 20% door de dokter naar keuze gezien wordt. Er wordt wel een verschil gezien tussen de beide groepen als het gaat over bij welke arts ze een consult willen. Als het gaat om belangrijke problemen willen de mensen graag dezelfde arts zien. Voor banale gezondheidsproblemen hechten ze hier minder belang aan (31).

Uit de resultaten wordt geconcludeerd dat patiënten voor zichzelf het meest gepaste systeem gaan kiezen. Mogelijk heeft een gemengd systeem de voorkeur, waar patiënten de kans krijgen het systeem te kiezen dat het best aansluit bij hun voorkeur en noden (37). Hierin speelt de aard van hun aandoening alsook hun agenda een rol (31).

2.4.3.1. Vrije consultatie en burn-out

De voordelen van een vrije consultatie zijn onduidelijk en de meeste studies focussen op de wachttijden en de patiëntenervaringen. Een studie van Vedsted et al. onderzoekt of er een verband kan aangetoond worden tussen vrije consultatie en burn-out bij artsen. Hieruit blijkt dat artsen die met vrije consultatie werken een hogere kans maken op een burn-out. Echter, een causaal verband kan niet aangetoond worden. Daarnaast wordt ook gezien dat vrije consultatie gepaard gaat met een kortere consultatieduur alsook met een werkweek van meer dan 52 uren (37).

2.5 Afkappingspunt tevredenheidsscore volgens de praktijk

Bij aanvang van dit onderzoek wordt in overleg met de praktijkopleider een doel bepaald. Aan de hand van de resultaten kan gekeken worden of er al dan niet nood is aan verandering in de praktijkorganisatie. Er wordt beslist dat een gemiddelde tevredenheidsscore van 80% wordt nagestreefd. Indien 80% van de patiënten het huidig systeem goed of zeer goed scoren lijkt verandering geen noodzaak. Dit cijfer is

gebaseerd op een studie van Grol et al. waar 80% van de studiepopulatie de zorg omschreven heeft als goed of uitstekend (7).

2.6 Doelstellingen

Uit literatuuronderzoek komen belangrijke determinanten naar voor die een invloed hebben op de patiëntentevredenheid. Het verband met leeftijd is de meest significante bevinding. Oudere mensen tonen een hogere tevredenheid inzake de eerstelijnsgeneeskunde. Consultatiefrequentie en educatie tonen een verband, doch minder sterk. Patiënten die frequenter bij de huisarts gaan tonen een hogere patiëntentevredenheid. Een lagere educatie gaat eveneens gepaard met een hogere tevredenheid. Er is geen invloed van geslacht op de patiëntentevredenheid.

Aan de hand van het EUROPEP instrument kan achterhaald worden hoe de patiënten de zorg ervaren. Patiënten in België zijn tevreden over het medisch beroepsgeheim, de arts die naar de patiënt luistert, de duur van de consultatie en de snelheid waarmee ze gezien kunnen worden bij een urgentie. De wachtduur in de wachtzaal, de preventieve consulten en de telefonische beschikbaarheid van de arts scoren minder goed.

Wanneer er gepeild wordt naar de tevredenheid bij vrije consultatie versus een afsprakensysteem is er weinig verschil. Hieruit wordt besloten dat mensen vooral kiezen voor het systeem dat het beste bij hen past, afhankelijk van hun voorkeuren en noden op dat moment. Een gemengd systeem kan de oplossing bieden.

Het doel van deze studie is om na te gaan hoe de patiënten denken over de huidige vorm van consultatie en wat hun tevredenheid erover is.

Allereerst wordt gekeken naar de tevredenheid bij de patiënten over vrije consultatie. Wat vinden zij voordelig en wat eerder nadelig aan dit systeem. Er wordt een score op tien gevraagd en een classificatie.

Daarna wordt gekeken of er vraag is naar een afsprakensysteem. Er wordt gepeild welke patiënten de voorkeur geven aan een gemengd systeem. Dit is de combinatie van afspraken met enkele dagen vrije consultatie. Patiënten kunnen verantwoorden waarom ze voor een systeem opteren.

Deze studie draagt bij tot het optimaliseren van het consultatiesysteem in de opleidingspraktijk.

3 Methodologie

3.1 Literatuurstudie

Door gebruik te maken van verschillende databanken (PubMed, Web of Science, Cochrane Library, Google Scholar) wordt een verkennende literatuurstudie opgesteld. Zo wordt meer inzicht verworven in het onderwerp.

Belangrijke zoektermen zijn: ‘appointment’, ‘open access’, ‘general practice’, ‘primary care’,‘patient satisfaction’, ‘waiting time’, ‘QUALICOPC’ en ‘EUROPEP’. Daarnaast worden verwante artikels opgezocht alsook referenties uit gebruikte artikels. Kennis wordt opgedaan uit andere MaNaMa-projecten, niet alleen op gebied van literatuur, alsook op gebied van de studies die zij uitgevoerd hebben in de praktijk. Er wordt gekeken naar de sterktes en zwaktes van deze onderzoeken en hun voorstellen tot verder onderzoek.

3.2 Praktijkschets

De praktijk bestaat uit één huisarts en één huisarts in opleiding. Ze is gelegen in Sint-Lievens-Esse, een deelgemeente van Herzele. De praktijkopleider werkt 28 jaar solo. Hij werkt op vrije consultatie. Dit betekent dat patiënten binnen een bepaalde tijdsduur onbeperkt langs kunnen komen, zowel ‘s ochtends als ‘s avonds. Voor de start van de vrije consultatie worden twee patiënten op afspraak gezien voor een nuchtere bloedafname.

De praktijk is ruraal gelegen en heeft een diverse populatie. Zowel een jong als oud publiek van verschillende maatschappelijke klassen. Door zijn jarenlange ervaring is de arts een gevestigde waarde in het dorp.

In de praktijk zijn er twee consultatieruimtes en een wachtzaal. Er is geen secretariaat aanwezig en er wordt geen gebruik gemaakt van een telesecretariaat. Wanneer een patiënt belt komt hij tussen 8 uur ‘s ochtends en 19 uur ‘s avonds rechtstreeks bij de huisarts terecht.

De praktijk heeft geen website. In beide consultatieruimtes zijn visitekaartjes aanwezig met de consultatie-uren. De uren zijn zichtbaar op het raam van de praktijk. Er is vrije consultatie ’s morgens tussen 8 uur 30 en 10 uur en ’s avonds tussen 17 uur 30 en 19 uur. De wachtzaal is toegankelijk vanaf 7 uur 45 en vanaf 17 uur. Woensdagavond start de vrije consultatie om 18 uur. Zaterdagvoormiddag consulteert één arts tussen 9 uur en 11uur.

Medische dossiers worden genoteerd en bijgehouden door middel van het medisch programma Health One.

De praktijk maakt deel uit van de georganiseerde wachtdienst in de gemeenten Brakel, Herzele, Lierde, Oosterzele, Sint-Lievens-Houtem en Zottegem. In de week wordt deze ingedeeld in vier wachtkringen. De arts is van wacht in zijn eigen afgebakende regio, voor deze praktijk is dat Herzele en Sint-Lievens-Houtem. Tijdens het weekend wordt de wacht georganiseerd vanuit één centrale locatie.

3.3 Onderzoeksmethode en -populatie

Een prospectieve studie 'Patiëntentevredenheid over de toegankelijkheid van de praktijk' is goedgekeurd door het Ethisch Comité (EC/2012/631). Dit monocentrische onderzoek is uitgevoerd in een huisartsenpraktijk te Sint-Lievens-Esse. De inclusie van patiënten is van start gegaan op 4 september 2017 en geëindigd op 15 oktober 2017. Zowel mensen met een acute of chronische pathologie, of mensen in goede gezondheid kunnen deelnemen. Eveneens wanneer de ondervraagde zwanger is kan zij deelnemen aan het onderzoek. Exclusiecriteria is kinderen jonger dan 18 jaar.

3.4 Dataverzameling

Iedere tiende en vijftiende patiënt die langskomt op consultatie wordt gevraagd om deel te nemen aan de studie. Indien iemand weigert wordt de daaropvolgende patiënt gevraagd. Indien de patiënt een kind (gedefinieerd als <18 jaar) is wordt gevraagd aan de ouder of hij/zij wilt deelnemen. Indien het kind (<18 jaar) niet vergezeld is van een ouder wordt de daarop volgende patiënt gekozen.

3.5 Statistische analyses

De gegevens worden geanalyseerd in SPSS (versie 25). Voor elke statistische test wordt er tweezijdig getest, met een 90% betrouwbaarheidsinterval. Het gekozen significantieniveau is $p< 0.1$.

De Shapiro-Wilk test wordt gebruikt om normaliteit na te gaan, aangezien deze geschikt is voor een kleine onderzoekspopulatie. Indien gegevens niet normaal verdeeld zijn, worden deze weergeven door middel van hun mediaan en interkwartiel afstand (IQR). Gaussiaanse verdelingen worden beschreven door gemiddelde ± standaarddeviatie.

Allereerst worden beschrijvende parameters berekend. Zowel voor de tevredenheid alsook over de aanvaardbare wachttijd in de wachtzaal wordt het betrouwbaarheidsinterval berekend en grafisch voorgesteld. Aan de hand van kruistabellen wordt nagegaan of er een statistisch significant verband kan aangetoond worden tussen de variabelen.

3.6 Kwalitatief onderzoek

Aan de hand van een interview wordt gepolst naar de tevredenheid bij de patiënten. Er worden 30 patiënten ondervraagd. Iedereen krijg de keuze het gesprek onmiddellijk na de consultatie te laten doorgaan of op een later moment via telefoon. Na ondertekenen van het informed consent en een uitleg omtrent de studie wordt een gesprek gevoerd aan de hand van een vragenlijst.

De vragenlijst is opgesteld aan de hand van de EUROPEP en QUALICOPC vragenlijst. De EUROPEP vragenlijst is een instrument dat peilt naar de evaluatie van de eerstelijnsgezondheidszorg door patiënten. Deze is gevalideerd en internationaal gestandaardiseerd. De QUALICOPC studie evalueert het eerstelijnssysteem in Europa op drie gebieden, namelijk kwaliteit, gelijkheid en kosten.

Er wordt gekozen voor een diepte-interview, zodat de interviewer kan afwijken van de vooropgestelde vragenlijst. Zo kan dieper ingegaan worden op de antwoorden van de patiënt. Hierbij is het belangrijk dat de interviewer geen suggestieve antwoorden geeft, maar een open gesprek voert waar de deelnemer zijn vrije mening kan uiten. De interviewer treedt niet op als expert, maar stimuleert en ondersteunt de deelnemer in het gesprek. Elk gesprek wordt opgenomen en achteraf letterlijk neergeschreven in een document.

Aspecten die in deze masterproef bevraagd worden zijn (zie bijlage): demografische gegevens, de tevredenheid met het huidig systeem, suggesties tot verbetering, de voor-en nadelen van vrije consultatie, de mening omtrent een afsprakensysteem of een gemengd systeem, de verwachtingen van een afsprakensysteem en de aanvaardbare wachttijd bij beide systemen.

Daarna wordt elk interview afzonderlijk geanalyseerd. Bevindingen worden genoteerd en er wordt gezocht naar overeenkomsten en tegenstrijdigheden. Eerst wordt gepoogd een algemeen beeld te krijgen van de onderzoekspopulatie. Algemene trends worden neergeschreven. Daarna wordt gekeken naar bijzondere citaten en ideeën die bijdragen aan dit verbeteringsproject.

4 Resultaten

4.1 Demografische gegevens

Aan deze studie hebben 30 personen deelgenomen. Er is een bijna evenredige verdeling tussen het aantal mannen en vrouwen, namelijk 16 vrouwen (53,3%) en 14 mannen (46,7%).

De gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie bedraagt 45 jaar, de jongste deelnemer is 19 jaar en de oudste 78 jaar. Niemand uit de deelnemers heeft recht op verhoogde terugbetaling.

Bij 70% van de studiepopulatie is het minder dan 6 maanden geleden dat zij op consultatie kwamen. Bij 30% is het langer dan zes maanden geleden. Op jaarbasis komen ze gemiddeld drie maal op consultatie.

Van de onderzochte populatie beschikken er 25 (83.3%) over internet.

Tabel 3: *Karakteristieken van de populatie. Waarden worden weergegeven volgens gemiddelde +- standdaarddeviatie en volgens mediaan (interkwartiel afstand).*

Karakteristieken van de populatie (n= 30)	
Geslacht	
Vrouw (%)	16 (53.3)
Man (%)	14 (46.7)
Leeftijd (jaren)	46 (±18)
Aantal consultaties op jaarbasis	3 (2-6)
Laatste consultatie	
<1 maand	10 (33.3%)
Tussen 1 maand en 6 maanden	11 (36.7%)
Tussen 6 maanden en 1 jaar	8 (26.7%)
> 1 jaar	1 (3.3%)
Hoelang reeds patiënt in de praktijk (jaren)	17 (7-27)
Internet ter beschikking	
Ja (%)	25 (83.3%)
Neen (%)	5 (16.7%)

4.2 Kwantitatieve verwerking van de resultaten

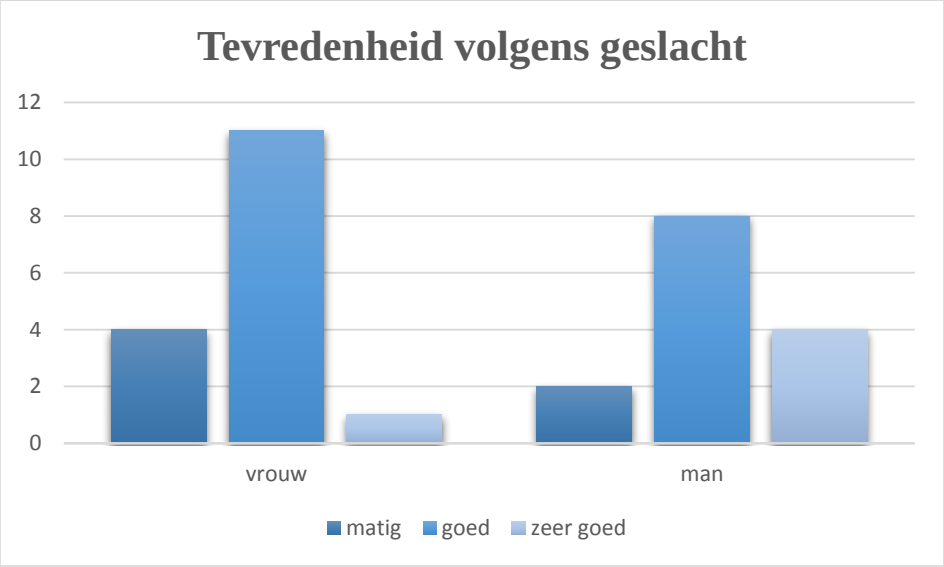
4.2.1 Tevredenheid over het huidige systeem

De tevredenheid bij de patiënten over de huidige vorm van consultatie wordt op twee manier bevraagd. Enerzijds is er een schaal gaande van heel slecht tot heel goed. Bij navraag naar de tevredenheid van het huidige systeem wordt een gemiddelde tevredenheidsscore van 8 op 10 gevonden. 80% van de studiepopulatie beoordeelt het huidig systeem als goed of zeer goed. Onderstaande tabel toont de verdeling van de tevredenheid in de onderzoekspopulatie.

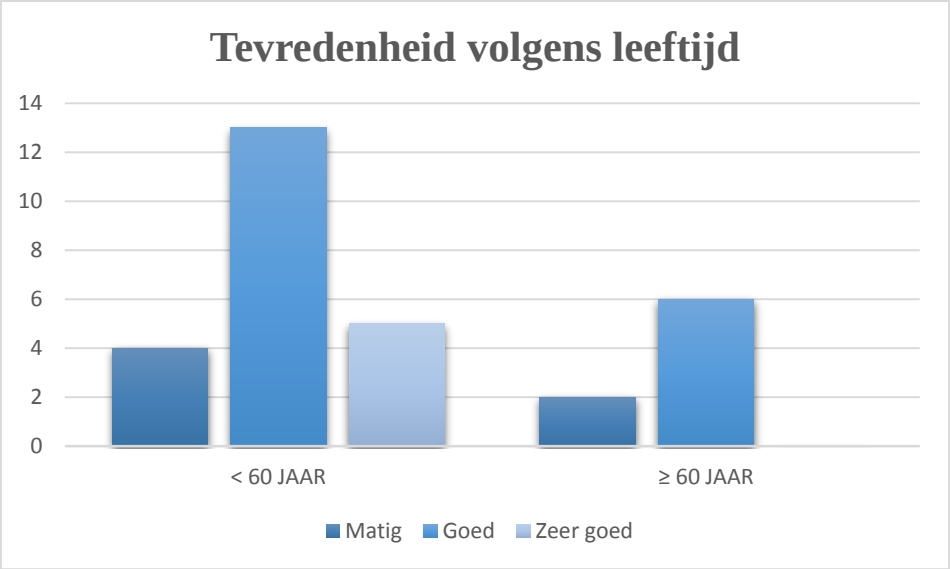
***Tabel 4**: Tevredenheid van de studiepopulatie over het huidige systeem.*

Tevredenheid over het huidige systeem	
Tevredenheid (score op 10)	8.0 (±1,4)
Zeer slecht	0 (0%)
Slecht	0 (0%)
Matig	6 (20%)
Goed	19 (63.3%)
Zeer goed	5 (16.7%)

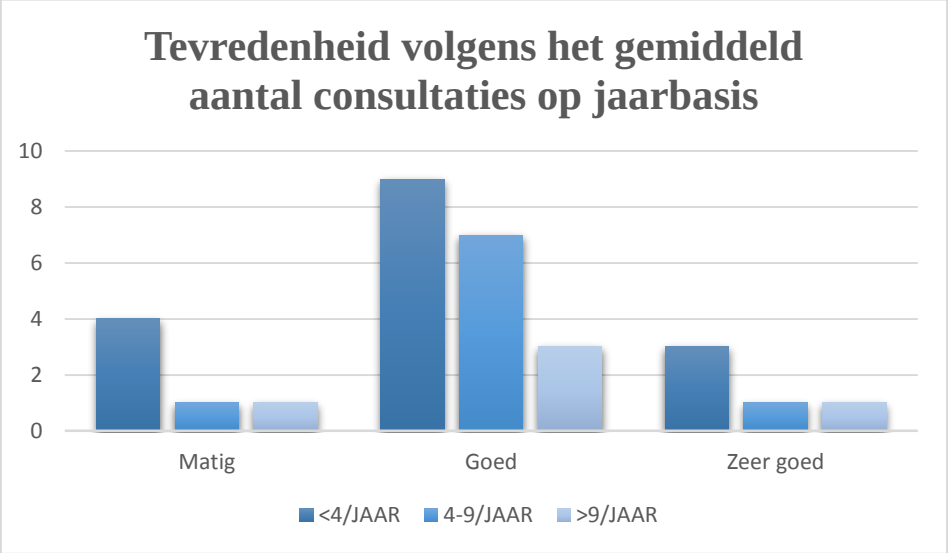
Er bestaat geen statistisch significant verband tussen patiëntentevredenheid en geslacht (P=0.337), leeftijd (P=0.493) en contactfrequentie (P=0.894). Ook met andere variabelen gebruikt in deze masterproef bestaat geen significant verband. Bevindingen uit deze masterproef worden aan de hand van grafieken weergegeven.



***Figuur 3:** Tevredenheid volgens geslacht.*



Figuur 4: *Tevredenheid volgens leeftijd. Ingedeeld in twee categorieën, namelijk jonger dan 60 jaar en ouder of gelijk aan 60 jaar.*

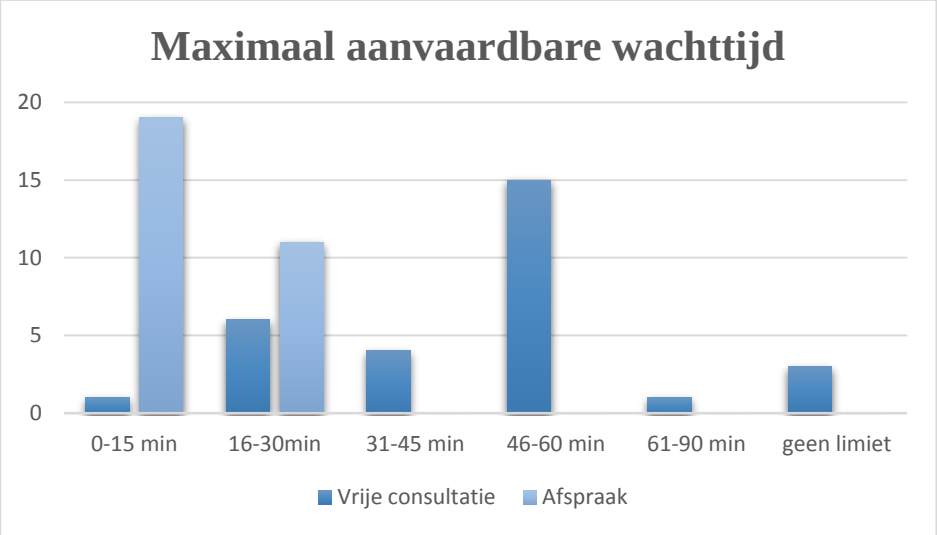


Figuur 5: *Tevredenheid volgens het gemiddeld aantal consultaties op jaarbasis.*

4.2.2 Aanvaardbare wachttijd

Onderstaande grafiek geeft aan welke wachttijd patiënten als aanvaardbaar ervaren. Dit zowel voor vrije consultatie als bij een consultatie op afspraak. Bij een afsprakensysteem geven 19 mensen een kwartier als maximum aanvaardbare wachttijd. Minder dan één derde geven een maximum wachttijd van 30 minuten op. De helft van de onderzoekspopulatie vindt 60 minuten de maximum wachttijd bij vrije consultatie. Vier personen kiezen 45 minuten, 6 personen vinden een halfuur maximum aanvaardbaar. Eén persoon vindt een kwartier maximum aanvaardbaar, één persoon kiest 90 minuten. Drie personen

geven geen limiet op. Er bestaat geen statistisch significant verband tussen leeftijd, geslacht en contactfrequentie en de aanvaardbare wachttijd of andere variabelen gebruikt in dit onderzoek.



Figuur 6: *Maximaal aanvaardbare wachttijd volgens de onderzoekspopulatie bij vrije consultatie en bij een afsprakensysteem*

4.3 Kwalitatieve verwerking van de resultaten

De onderzoekspopulatie toont een hoge tevredenheid. Er wordt gevraagd naar mogelijke verbeteringen voor de praktijk. Bijna twee derde kan geen verandering bedenken.

"Ik kan geen veranderingen bedenken. Het enige dat ik soms mis is Wi-Fi. Dat zou het wachten een stuk aangenamer maken."

"Ik vind het nu al een verbetering nu jullie met twee artsen zijn. Zo hoef ik minder lang te wachten. Wanneer er veel patiënten zaten had ik privileges. Ik belde de arts op met de vraag wanneer ik het best kon langskomen.

"Als je zo lang moet wachten krijg je hier echt rugpijn van de slechte banken. Dat zou nog de beste verbetering kunnen zijn, nieuwe zetels aanschaffen."

Twee personen vinden het makkelijk de arts te kunnen bellen om te vragen wanneer het een rustig moment is om langs te komen op vrije consultatie. Vier mensen suggereren andere banken aan te kopen. Er stelt iemand spontaan voor om één dag per week volledig op afspraak te werken. Voor sommigen is het een verbetering met twee artsen.

De helft van de onderzoekspopulatie vindt de vrijheid om te kiezen wanneer je langskomt een belangrijk pluspunt bij vrije consultatie. De zekerheid om gezien te worden speelt voor één derde van de studiepopulatie een belangrijke rol. Drie personen vinden de sociale factor een belangrijk gegeven.

"De tijd die je in de wachtzaal doorbrengt wordt er nog eens een gesprek gevoerd", vertelt een patiënt, "maar met de opkomst van gsm en iPad is het sociaal contact sterk gedaald".

Bijna iedereen is het erover eens dat de wachttijd het belangrijkste nadeel is. Eén persoon geeft besmettingsgevaar als extra nadeel op.

"Doordat het merendeel van de aanwezigen in de wachtzaal ziek is, loop je risico besmet te geraken. Als ik lang in de wachtzaal zit tussen al die hoestende mensen, krijg ik schrik zieker naar huis te gaan."

"De lange wachttijd vind ik nadelig. Maar ik leid daaruit af dat de arts de tijd neemt voor zijn patiënten. Dit vind ik belangrijker dan de wachttijd. "

"Soms moet je hier lang wachten, maar ik kom speciaal vroeger omdat ik weet dat er veel volk in de wachtzaal zit."

"Je moet incalculeren dat je op tijd aanwezig bent, anders moet je heel lang wachten. Zo is het praktijk om half 9, dan moet je hier zeker al om kwart voor 8 zijn."

Er wordt door iemand aangehaald dat hij voor zichzelf de wachttijd geen probleem vindt, maar wel voor zijn kinderen. Heel zieke mensen of ouders met zieke kinderen hebben al een huisbezoek aangevraagd om de lange wachttijd te vermijden.

Negentien geïnterviewden geven de voorkeur aan een afsprakensysteem ten opzichte van vrije consultatie. Belangrijkste reden om hiervoor te kiezen is het vermijden van de lange wachttijden bij vrije consultatie. Een ander voordeel dat aangehaald wordt is het op voorhand kunnen plannen van een afspraak.

"Ik kies voor een afsprakensysteem. Je maakt een afspraak en wordt gezien op het uur. Er zijn volgens mij geen nadelen aan verbonden."

Elf personen houden vast aan het systeem van vrije consultatie. Hier worden vooral het gemak alsook de vrijheid te kunnen kiezen wanneer ze langskomen aangehaald als belangrijkste redenen. Drie personen vinden vrije consultatie flexibeler dan op afspraak langs te komen.

In het interview wordt ook de mogelijkheid van een gemengd systeem aangekaart. Er wordt de keuze gegeven tussen een gemengd systeem of uitsluitend op afspraak. Achttien mensen kiezen voor een gemengd systeem. Zo hebben ze de voordelen van beide systemen en kan de keuze afhangen van de ernst van de klacht. Twaalf personen geven nog steeds de voorkeur aan een volledig afsprakensysteem. Er zou anders teveel verwarring optreden vertellen ze.

"Als het dringend is kan ik een afspraak maken, als ik niet gehaast ben kan ik op vrije consultatie komen."

"Ik kies voor een gemengd systeem, als het dringend is kan je onmiddellijk langskomen. Maar als je niet veel tijd hebt om in de wachtzaal te zitten kan je op afspraak komen."

"Voor niet dringende gevallen kan je een afspraak maken, en dan voor dringende gevallen kan je nog kijken of je afspraak kan maken en indien niet kan je naar de vrije consultatie komen."

"Wanneer je plots ziek wordt is het makkelijk op vrije consultatie te kunnen komen. Voor administratieve zaken of chronische opvolging kan je beter op afspraak komen."

In de groep die initieel kiest voor het behoud van vrije consultatie geeft bijna iedereen de voorkeur aan een gemengd systeem. In de groep die voorstander is van een afsprakensysteem gaat slechts de helft zich bedenken naar een gemengd systeem.

Er wordt navraag gedaan wat mensen belangrijk vinden wanneer hun huisarts op afspraak werkt. Stiptheid wordt door iedereen als prioriteit aangehaald. Iemand vindt een continu telefonische beschikbaarheid voor urgenties belangrijk.

"Bij een afsprakensysteem zou ik schrik hebben dat de dringende zaken niet kunnen gezien worden. Ik vind het belangrijk dat de arts nog steeds continu bereikbaar is en ik bij een dringende klacht kan gezien worden." Hoe kunnen we dit opvangen? "Ik zou denken enkele vrije momenten houden om dan met dringende zaken te kunnen opvullen."

Een duidelijk online afsprakensysteem is essentieel. De onderzoekspopulatie heeft schrik niet gezien te worden door de huisarts bij een dringend probleem. Er wordt als oplossing voorgesteld enkele buffers in te lassen, die later ingevuld kunnen worden met urgenties. Omdat bij een afsprakensysteem de consultatie gelimiteerd is in duur hebben drie mensen schrik dat er minder tijd zou gemaakt worden voor de patiënt.

Het merendeel van de ondervraagden ouder dan 60 jaar heeft geen internet. De jongeren (<60 jaar) hebben allemaal internet. Wanneer er overgeschakeld wordt op een afsprakensysteem kan deze of via

telefoon of via internet gemaakt worden. Eén op zes vindt beide mogelijkheden goed. De keuze om of telefonisch of online een afspraak te maken is gelijk verdeeld.

"Een afspraak via telefoon vind ik persoonlijker. Op die manier kan de arts reeds een eerste inschatting maken van de ernst van de klacht. Dit mag ook door een secretaresse gedaan worden."

Iemand anders zegt dat hij via telefoon sneller te weten kan komen wanneer hij gezien zal worden. Er wordt gedacht dat met internet bedoeld wordt dat het via mail geregeld wordt. Wanneer dit misverstand rechtgezet wordt blijven mensen voorkeur geven aan telefonie omwille van het persoonlijk karakter.

"Een afspraak via internet is makkelijker, dan kan ik direct kijken welke uren nog open staan. Via telefoon zou ik gewoon de eerste vrije afspraak doorgespeeld krijgen."

Drie mensen maken zichzelf de bedenking dat bij het online maken van een afspraak de telefonie niet extra wordt belast. Als oplossing voor de telefonie suggereert iemand een administratief bediende aan te werven. Iemand zegt resoluut dat ze geen van beide opties aanvaardbaar vindt, omdat ze niet op afspraak ziek kan worden. Haar vorige huisarts werkte uitsluitend op afspraak en daarom is ze veranderd.

Er wordt gepolst naar de aanvaardbare wachttijd bij een consultatie op afspraak en bij vrije consultatie. Algemeen kan gesteld worden dat er een duidelijk verschil is tussen vrije consultatie en afspraken. De onderzoekspopulatie hecht veel belang aan stiptheid bij een afsprakensysteem. Het merendeel vindt een kwartier wachten aanvaardbaar. Bij vrije consultatie zijn ze voorbereid op een lange wachttijd. Drie personen zetten er geen limiet op.

"Bij vrije consultatie staat daar voor mij geen limiet op. Wie niet wacht wordt niet geacht, misschien moet je dat in de wachtzaal hangen."

5 Discussie

5.1 Bespreking resultaten

Aan de hand van een diepte-interview wordt gepeild naar de patiëntentevredenheid over vrije consultatie in de praktijk. De voor- en nadelen van dit systeem worden bevraagd. Er wordt nagegaan of er suggesties tot verbetering zijn en hoe tevreden de onderzoekspopulatie is. Er wordt gevraagd naar hun mening omtrent een afsprakensysteem of een gemengd systeem. Dit is een praktijkverbeteringsproject dat kan helpen tot het optimaliseren van de huidige consultatievorm.

Dertig patiënten hebben deelgenomen aan het onderzoek. Er wordt een gemiddelde tevredenheid van 8 op 10 gevonden. 80% van de onderzoekspopulatie scoort hun tevredenheid als ‘goed’ of ‘zeer goed’. Er zijn weinig suggesties tot verbetering, behalve het veranderen van de zitbanken en het installeren van Wi-Fi. Desondanks de hoge tevredenheid kiest bijna twee derde voor een verandering naar een afsprakensysteem. Vooral de wachttijd is nadelig bij vrije consultatie. Daartegenover staat de flexibiliteit en de zekerheid om gezien te worden. Diegenen die voorstander blijven van vrije consultatie kunnen zich wel vinden in een gemengd systeem. De voorkeur om telefonisch of online een afspraak te maken is gelijk verdeeld. Patiënten vinden stiptheid het belangrijkste bij een afsprakensysteem. De aanvaardbare wachttijd bij afspraken is maximaal een half uur, bij vrije consultatie staat er geen limiet op.

In de onderzoekspopulatie geven 80% een score ‘goed’ tot ‘zeer goed’. Dit komt overeen met wat in Europa gevonden wordt (7). In tegenstelling tot wat in literatuur gevonden wordt ligt de tevredenheid bij jongeren in dit onderzoek hoger dan bij ouderen. Onze leeftijdsindeling is eveneens niet gelijk verdeeld met een groter aandeel personen jonger dan zestig. De invloed van het geslacht is in verschillende studies onderzocht met wisselende resultaten. In deze studie antwoorden mannen vaker met ‘zeer goed’ en vrouwen met ‘matig’. Verschillende studies zijn het erover eens dat er geen verband kan aangetoond worden tussen het geslacht en de tevredenheid (6). Ook in dit onderzoek is er geen statistisch significant verband getoond. In literatuur wordt een evenredig verband gevonden tussen consultatiefrequentie en de tevredenheid. In dit onderzoek is de tevredenheid in alle groepen gelijklopend. Statistisch toont dit geen significant verband. Hieruit wordt besloten dat de onderzoekspopulatie het meest wenselijk antwoord gaat geven. Slechts bij een ernstig voorval gaan mensen hun ongenoegen uiten (6).

Het grootste deel van de studiepopulatie kan geen verbeteringen bedenken. Dit weerspiegelt zich in een goede tevredenheid met een gemiddelde score van acht op tien. Een aantal mensen is niet tevreden over de banken in de wachtzaal. Dit is een belangrijk gegeven dat met de praktijkopleider moet besproken worden. Twee personen vinden het een goede aanpassing nu er twee dokters tegelijkertijd aanwezig zijn.

Dit laatste is interessant als opleidingspraktijk. Bij de komst van een HAIO is er twijfel geweest om afwisselend consultatie te voeren in de praktijk en iemand op de baan voor huisbezoeken. Twee derde wil geen verandering, maar bij bevraging wil twee derde wel overschakelen op een afsprakensysteem. Hieruit kan opnieuw besloten worden dat mensen vooral het meest positieve antwoord zullen geven. Een goede score op tevredenheid betekent vooral dat de mensen niet ontevreden zijn (6).

Volgens de onderzoekspopulatie is vrijheid het belangrijkste voordeel van vrije consultatie. Ze hebben schrik bij een afsprakensysteem pas later gezien te worden dan ze nodig achten. Dit wordt ook in de literatuur terug gevonden (36). Dit staat in contrast met hetgeen gevonden wordt door Pascoe et al. Patiënten worden bij een afsprakensysteem vaker binnen de tijd die ze willen gezien (31). Over de nadelen van een vrije consultatie is er duidelijkheid. De wachttijd wordt, op één iemand na, door iedereen als nadelig bestempeld. Dit komt overeen met hetgeen in de literatuur wordt gezegd. De wachttijd wordt in Europa als negatief ervaren (13). Tijdens het kwalitatief onderzoek geeft iemand aan dat het lange wachten voor hem betekent dat de arts zijn tijd voor de patiënten neemt. Dit is voor de geïnterviewde belangrijker dan het inkorten van de wachttijd. In de literatuur wordt aangehaald dat de duur van een consultatie een betere predictor is van tevredenheid dan de wachttijd (16). Een vader vertelt dat hij de wachttijden vooral voor zijn kinderen storend vindt. Dit kan opgevangen worden door een spreekuur op afspraak enkel voor kinderen te organiseren. Opvallend is de sociale factor die voor drie personen een voordeel is van de lange wachttijd. Dit resultaat wordt ook teruggevonden in de masterproef van dr. De Ceukeleire (38). Echter, door de opkomst van elektronica is het sociale aspect verminderd.

Het merendeel van de patiënten verkiest een gemengd systeem. Reacties van de onderzoekspopulatie zijn vooral dat ze dan kunnen kiezen in functie van de ernst van de klachten. Dit wordt ook gezien in een studie van Vedsted et al. Zij concluderen dat mensen vooral het systeem kiezen dat het meest aansluit bij hun noden (37). De groep die voorstander is van vrije consultatie kan zich wel vinden in een gemengd systeem. Dit lijkt de beste compromis op basis van de resultaten uit deze masterproef. Patiënten die kiezen voor een volledig afsprakensysteem kunnen op afspraak komen. Diegenen die initieel voorstander waren van vrije consultatie kunnen nagaan welk systeem voor hen het beste werkt. Op termijn kan gekeken worden of er uitsluitend op afspraak kan gewerkt worden.

De onderzoekspopulatie vindt een goede opvang van urgenties en continu telefonische beschikbaarheid het belangrijkst. Dit wordt ook gezien in de literatuur (7, 13). In realiteit blijkt de hulp bij urgenties heel goed te zijn in België, maar de continue telefonische beschikbaarheid toont minder tevredenheid (7). Dit is belangrijk om mee te nemen naar de toekomst als er een afsprakensysteem geïntroduceerd wordt. Ook

de schrik om minder tijd te hebben bij de arts is een gekend aspect. Mensen vinden het belangrijk dat de arts zijn tijd neemt om naar de patiënt te luisteren (13).

Er is verdeeldheid hoe een afspraak moet gemaakt worden. Vooral het persoonlijk contact met de huisarts blijkt van groot belang voor de patiënten. Bijna de helft van de onderzoekspopulatie wil hun afspraak telefonisch maken. Bij overschakelen van vrije consultatie naar een afsprakensysteem zal de telefonie toenemen (39). Dr. Kemper heeft dit in haar masterproef onderzocht en haalt enkele oplossingen naar voor. Bijvoorbeeld het aanwerven van een praktijkassistente, het introduceren van een telefonisch terugbelspreekuur, een telefonisch spreekuur, een medisch callcenter en een online afsprakensysteem (40). Uit literatuur blijkt dat een online afsprakensysteem de telefoondruk doet dalen. Zoals eerder besproken vinden de mensen een continue telefonische beschikbaarheid belangrijk. Dit draagt eveneens bij tot de patiëntentevredenheid (2, 7) Er moet gelet worden op de bewaring hiervan wanneer een afsprakensysteem wordt geïntroduceerd.

De aanvaardbare wachttijd is duidelijk langer bij vrije consultatie in vergelijking met een afsprakensysteem. Bij het kwalitatief onderzoek is stiptheid een prioriteit bij een afsprakensysteem..

5.2 Zwaktes en sterktes

Een sterkte van het onderzoek is de vorm. Er wordt gewerkt met een diepte-interview dat kwalitatief verwerkt wordt. Door een verkennend onderzoek kan een goede basis gelegd worden voor verder onderzoek. Een ander pluspunt van dit onderzoek is de concrete vraag van een gemengd systeem. Dit maakt het onderzoek praktijkgericht. Het is de eerste keer dat dergelijk project in de praktijk wordt uitgevoerd. Zowel voor de artsen als voor de praktijk is dit een leerrijk proces. De rekrutering van deelnemers is ad random gebeurd, waardoor de kans op selectie bias beperkt wordt.

In literatuur worden verschillende variabelen gevonden met een invloed op de patiëntentevredenheid, bijvoorbeeld leeftijd. Deze kunnen in dit onderzoek niet weerhouden worden omwille van de kleine steekproefgrootte. Een ander minpunt is de vragenlijst. Deze is niet gevalideerd en gestandaardiseerd. Door het ontbreken van statistisch significante resultaten kan de invloed van onafhankelijke factoren op de tevredenheid niet met zekerheid besloten worden. Ook voor de keuze van vrije consultatie, afspraak of een gemengd systeem kan geen verband aangetoond worden. Desondanks de opzet van een kwalitatieve studie verschilt de diepte van antwoorden. Reden hiervan is mogelijk de onervarenheid van de interviewer. Zoals gevonden wordt in de literatuur moet er rekening gehouden worden met de welwillendheid van de deelnemers. Patiënten zijn geneigd het meest positieve antwoord te geven, wat de resultaten kan beïnvloeden.

6 Conclusie en aanbevelingen voor de praktijk

Tachtig procent van de onderzoekspopulatie scoort het huidig systeem als goed of zeer goed. Desondanks deze hoge score is er ruimte voor verandering. Het merendeel van de patiënten opteert voor een afsprakensysteem. Echter, één derde blijft vasthouden aan vrije consultatie. Deze laatste groep kan zich wel vinden in een gemengd systeem. Hieruit kan besloten worden dat een gemengd systeem voor deze praktijk een goede oplossing kan bieden. Suggesties tot verandering in deze praktijk zijn de introductie van een gemengd systeem en nieuwe zitbanken. Uit dit onderzoek blijkt dat er zowel een telefonisch als een online afsprakensysteem moet voorzien worden. Bij het werken op afspraak vinden de patiënten stiptheid heel belangrijk. Belangrijk is voldoende tijd te voorzien per consult zodat hier rekening mee gehouden kan worden. In de hoop door een gemengd systeem de wachttijden te verkorten zal dit de patiëntentevredenheid bevorderen

De resultaten van dit onderzoek geven de mogelijkheid na te denken hoe een gemengd systeem kan geïntroduceerd worden. Momenteel zijn de patiënten gewend aan vrije consultatie. Het plots introduceren van een gemengd systeem kan tot verwarring leiden. Deze overgang moet stapsgewijs gebeuren. Een mogelijkheid is de patiënten op de hoogte te brengen door enerzijds een website te maken en anderzijds informatiebrochures in de wachtzaal te leggen. Na overleg met de praktijkopleider wordt gekozen om zowel maandag als vrijdag op vrije consultatie te werken. De andere dagen zal uitsluitend op afspraak zijn. In de wachtzaal worden kaartjes uitgehangen met verschillende uren op. Bij aanvang van de consultatie kan elke patiënt een kaart met het daartoe behorend uur meenemen. Zij kunnen de keuze maken om te wachten of terug te keren naar de praktijk op het afgesproken uur. Dit systeem wordt enkel toegepast op de dagen dat er volgens afspraak gewerkt wordt. Beide artsen stellen de patiënt ook mondeling op de hoogte dat dit een test is. Een maand na introductie wordt er enkel nog telefonisch of via de website een afspraak gegeven. Patiënten die dan de praktijk binnen komen zonder afspraak zullen moeten wachten tot de volgende vrije afspraak.

7 Referenties

1. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med. 1997;45(12):1829-43.
2. H.P. Jung MW, R. Grol. Tussen paternalisme en consumentisme Het dilemma van de huisarts Huisarts en Wetenschap, jaargang 2001, nummer 13:594-600.
3. Doering ER. Factors influencing inpatient satisfaction with care. QRB Qual Rev Bull. 1983;9(10):291-9.
4. Delgado A, Lopez-Fernandez LA, Luna JD. Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. Med Care. 1993;31(9):795-800.
5. Hopton JL, Howie JG, Porter AM. The need for another look at the patient in general practice satisfaction surveys. Fam Pract. 1993;10(1):82-7.
6. Peersman W JN, De Maeseneer J, Seuntjens L. Patiënten evalueren hun huisarts: het gebruik van het EUROPEP-instrument in Vlaanderen. HUISARTS NU. 2001;30(9):405–12.
7. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br J Gen Pract. 2000;50(460):882-7.
8. Kersnik J, Ropret T. An evaluation of patient satisfaction amongst family practice patients with diverse ethnic backgrounds. Swiss Med Wkly. 2002;132(9-10):121-4.
9. D. P. A l'écoute des patients belges en médecine générale. Le projet EUROPEP. Louvain Med. 1999;118(S271-8).
10. Steven ID, Thomas SA, Eckerman E, Browning C, Dickens E. A patient determined general practice satisfaction questionnaire. Aust Fam Physician. 1999;28(4):342-8.
11. Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. J Gen Intern Med. 2005;20(3):226-33.
12. Perneger TV, Stalder H, Schaller P, Raetzo MA, Etter JF. [Patient satisfaction in the ambulatory setting: validation of a scale and identification of associated factors]. Schweiz Med Wochenschr. 1996;126(20):864-71.
13. Sebo P, Herrmann FR, Bovier P, Haller DM. What are patients' expectations about the organization of their primary care physicians' practices? BMC Health Serv Res. 2015;15:328.
14. Schutz SM, Lee JG, Schmitt CM, Almon M, Baillie J. Clues to patient dissatisfaction with conscious sedation for colonoscopy. Am J Gastroenterol. 1994;89(9):1476-9.
15. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. Soc Sci Med. 1990;30(7):811-8.
16. Rubin G, Bate A, George A, Shackley P, Hall N. Preferences for access to the GP: a discrete choice experiment. Br J Gen Pract. 2006;56(531):743-8.
17. Camacho F, Anderson R, Safrit A, Jones AS, Hoffmann P. The relationship between patient's perceived waiting time and office-based practice satisfaction. N C Med J. 2006;67(6):409-13.

18. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H, et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. Int J Qual Health Care. 2002;14(2):111-8.
19. Heje HN, 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.
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. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Practice size: impact on consultation length, workload, and patient assessment of care. Br J Gen Pract. 2001;51(469):644-50.
22. Glenngard AH. Is patient satisfaction in primary care dependent on structural and organizational characteristics among providers? Findings based on data from the national patient survey in Sweden. Health Econ Policy Law. 2013;8(3):317-33.
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. Richards T. Patients' priorities. BMJ. 1999;318(7179):277.
25. Bovier P KB, Stalder H, et al. Qualité des soins en médecine de premier recours: "à l'écoute de nos patients". Rev Medical Suisse. 2006;80:2176-82.
26. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, 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.
27. Grol R. WM, Kersnik J. Patients evaluate General/family Practice: The EUROPEP instrument. . Universal Medical Centre. 2000.
28. Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, et al. General practice care and patients' priorities in Europe: an international comparison. Health Policy. 1998;45(3):175-86.
29. Jung HP, Van Horne F, Wensing M, Hearnshaw H, Grol R. Which aspects of general practitioners' behaviour determine patients' evaluations of care? Soc Sci Med. 1998;47(8):1077-87.
30. Beisecker AE, Beisecker TD. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. Med Care. 1990;28(1):19-28.
31. Pascoe SW, Neal RD, Allgar VL. Open-access versus bookable appointment systems: survey of patients attending appointments with general practitioners. Br J Gen Pract. 2004;54(502):367-9.
32. Knight A LT. Appointments 101--how to shape a more effective appointment system. . Aust Fam Physician. 2013(42(3):152-156.).
33. Murray M, Bodenheimer T, Rittenhouse D, Grumbach K. Improving timely access to primary care: case studies of the advanced access model. JAMA. 2003;289(8):1042-6.
34. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. Arch Intern Med. 2011;171(13):1150-9.

35. Sampson F, Pickin M, O'Cathain A, Goodall S, Salisbury C. Impact of same-day appointments on patient satisfaction with general practice appointment systems. Br J Gen Pract. 2008;58(554):641-3.
36. Papp R, Borbas I, Dobos E, Bredehorst M, Jaruseviciene L, Vehko T, et al. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. BMC Fam Pract. 2014;15:128.
37. Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Open Access to General Practice Was Associated with Burnout among General Practitioners. Int J Family Med. 2013;2013:383602.
38. L. DC. Vrije consultatie of op afspraak: wat vinden de patiënten? . In: Gent U, editor. 2013.
39. Hallam L. Patient access to general practitioners by telephone: the doctor's view. Br J Gen Pract. 1992;42(358):186-9.
40. Kemper I. Masterproject: Onderzoek naar de telefoonbelasting in de huisartspraktijk. ICHOscriptie 2008

8 Bijlagen

8.1 Informatieformulier

Informatieformulier voor deelname aan een onderzoek:

Patiëntentevredenheid over de toegankelijkheid van de praktijk (Project nummer: EC/2017/0481).

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een onderzoek over de toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk. Alvorens deelname aan deze studie moet u hiermee schriftelijk instemmen. Hieronder wordt informatie omtrent het onderzoek meegegeven alsook wat deelname inhoudt voor u. Het is van belang dat u onderstaande informatie goed begrijpt. Indien deze informatiebrochure informatie bevat die u niet begrijpt, ben ik bereid om deze te toe te lichten. U zult een kopie van deze brochure en uw ondertekend formulier ontvangen om te bewaren. Ikzelf zal eveneens een kopie bewaren.

Beschrijving en doel van het onderzoek:

Er wordt u gevraagd deel te nemen aan een studie. Deze studie handelt over de patiëntentevredenheid van een vrije consultatie. Aan de hand van een interview zal nagegaan worden hoe de patiënten denken over het huidige systeem. Doel van de studie is aan de hand van de resultaten na te gaan of het merendeel van de patiënten tevreden of ontevreden is over dit systeem en of er vraag is naar verandering.

De verwachte totale duur van de studie is 12 maanden.

Er zullen in totaal 30 personen aan deze studie deelnemen.

Wat houdt deelnemen aan het onderzoek in?

Via een interview wordt gevraagd naar uw mening rond de toegankelijkheid van de praktijk met vrije consultatie uren, alsook de voor- en nadelen die er volgens u aan vasthangen. Er zal

gevraagd worden naar uw mening rond een afsprakensysteem en welke vorm uw voorkeur heeft. Er wordt ook nagegaan of u een afspraak liefst telefonisch of online zou maken.

Aan de 10de en 15de patiënt die zich op consultatie aanbiedt die dag zal gevraagd worden of hij wil deelnemen aan het onderzoek. Indien iemand weigert zal de daaropvolgende patiënt gevraagd worden. Het interview kan gebeuren na de consultatie of tijdens een telefonisch contact waarop ik u contacteer. Indien er overgeschakeld wordt op een afsprakensysteem is het mogelijk dat u opnieuw gecontacteerd wordt.

Kosten

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

Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal u persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Indien gewenst kan u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens.

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en gecodeerd (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier). Documenten waarin u waarin U wordt geïdentificeerd, zullen niet openlijk beschikbaar zijn. De resultaten van de studie worden anoniem verwerkt en uw persoonlijke informatie zal niet in de masterproef vermeld worden.

Vrijwillige deelname

Voor het bevestigen tot deelname, graag het aangehechte toestemmingsformulier te ondertekenen. Deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig en u kan op eender welk moment beslissen niet verder deel te nemen. U dient hiervoor geen reden op te geven.

Indien u niet wenst deel te nemen zal dit uiteraard geen enkele invloed hebben op de relatie met de arts.

Jouw mening telt en hopelijk kan ik zoveel mogelijk mensen motiveren me te helpen met dit project.

Bedankt voor jullie medewerking

Kim Van der Burght

8.2 Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier voor deelname aan een onderzoek:

Patiëntentevredenheid over de toegankelijkheid van de praktijk.

Hierbij verklaar ik, ondergetekende (naam & voornaam) _____ dat ik mondeling en schriftelijk over het onderzoek ben ingelicht en een kopie van de "Patiënteninformatie" en het "Toestemmingsformulier" ontvangen heb.

Ik heb de informatie gelezen en begrepen. Bij onduidelijkheden kon ik aanvullende vragen stellen, die naar behoren werden beantwoord.

Ik ben op de hoogte dat ik op eender welk moment mijn deelname kan terugtrekken, zonder dat dit effect zal hebben op de zorg.

Ik heb voldoende tijd gehad om te beslissen over deelname aan dit onderzoek.

Datum: ../../….

Naam en handtekening van de deelnemer:

Naam en handtekening van de onderzoeker/arts die voorafgaande uitleg heeft gegeven:

8.3 Diepte-interview

Diepte-interview: vragenlijst

Patiëntentevredenheid over de toegankelijkheid van de praktijk.

Onderstaande vragenlijst dient als leidraad voor de ondervrager. Aangezien het gaat over een mondeling contact kan indien nodig afgeweken worden van de vragenlijst om dieper in te gaan op een gegeven antwoord.

1. Wat is uw geslacht?
2. Wat is uw leeftijd?
3. Wanneer bent u de laatste keer bij de huisarts geweest?
4. Heeft u een idee van het aantal consultaties bij de huisarts op jaarbasis? Zo niet, geeft u toestemming dit na te gaan in uw medisch dossier?
5. Hoelang bent u al patiënt in deze praktijk?
6. Geniet u van een verhoogde terugbetaling? (Als de dubbele code op uw klevers van de mutualiteit eindigt op 1: xx1/xx1)

7. Er wordt momenteel niet op afspraak gewerkt maar met consultatiemomenten. Dit brengt voor- en nadelen met zich mee. Wat vindt u van het huidig systeem?
    i. Wat is voor u een groot voordeel?

    ii. Wat ziet u als nadeel van dit systeem?

    iii. Wat zou u anders willen?

8. Op schaal van 0 tot 10, hoe tevreden bent u met dit systeem? Waar 0 gelijk is aan absoluut niet tevreden en 10 heel tevreden? Wat is voor jou van doorslaggevende factor om deze score te geven?
9. Heeft u ooit een huisbezoek aangevraagd om wachttijden in de wachtzaal te kunnen vermijden?
10. Indien er op afspraak zou gewerkt worden, hoe zou u een afspraak willen maken? Telefonisch? Internet?
11. Beschikt u over internet?
12. Wat vindt u de belangrijkste reden om te kiezen voor vrije consultatie/afsprakensysteem?
13. Wat vindt u belangrijk wanneer uw huisarts op afspraak zou werken?
14. Wat verwacht u van een afsprakensysteem?

15. Zou u een volledig afsprakensysteem verkiezen boven een gemengd systeem.? Dit betekent dat er deels vrije consultatie is zonder afspraak en deels dagen waarop enkel consultatie mogelijk is na afspraak.
16. Bij introductie van een afsprakensysteem, wat vindt u een aanvaardbare wachttijd? Wat vindt u een aanvaardbare wachttijd bij vrije consultatie?

8.4 Protocol en goedkeuring Ethisch Comité

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE
BETREFFENDE EEN
ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS
IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER
HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

PATIËNTENTEVREDENHEID OVER DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE HUISARTSENPRAKTIJK.

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S) PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. DIRK AVONTS
- FUNCTIE: GASTPROFESSOR
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: DEPARTMENT OF GENERAL PRACTICE AND PRIMARY HEALTH CARE
- TELEFOONNUMMER: 09 332 33 12 ▪ FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: DIRK.AVONTS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR: /

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: VAN DER BURGHT KIM
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE ▪ TELEFOONNUMMER: 0479/614706 ▪ E-MAIL:

KIM.VANDERBURGHT@GMAIL.CO
M

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. MICHAEL DE VOS
- ADRES: GENTWEG 43A
- TELEFOONNUMMER: 054/501217 ● E-MAIL: DEVOSMICHAEL@TELENET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: SOLO

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- N.V.T.: IK BEN DE EERSTE HAIO IN MIJN OPLEIDINGSPRAKTIJK EN ZAL EEN NIEUW ONDERZOEK BEGINNEN.

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 01/05/2017
- EINDE ONDERZOEK: 30/09/2018

7. SOORT ONDERZOEK

AAN DE HAND VAN EEN INTERVIEW MET EEN AANTAL PATIËNTEN PROBEER IK NA TE GAAN HOE TEVREDEN DE PATIËNTEN ZIJN MET HET HUIDIG SYSTEEM VAN VRIJE CONSULTATIES. IK VRAAG WAT VOOR HEN GOED LOOPT EN WAT VOLGENS HEN BETER KAN. OOK BEVRAAG IK WAT VOOR HEN BELANGRIJK IS IN DE TOEGANKELIJKHEID VAN EEN HUISARTSENPRAKTIJK. DIT KAN VOOR DE ENE PATIËNT EEN KORTE WACHTTIJD ZIJN OF VOOR DE ANDERE HET 'LAST-MINUTE' NAAR DE ARTS KUNNEN GAAN. HET INTERVIEW ZAL VERLOPEN NA EEN CONSULTATIE OF TELEFONISCH. ER WERD VOORDIEN NOG GEEN DERGELIJK ONDERZOEK GEDAAN IN MIJN OPLEIDINGSPRAKTIJK. AAN DE HAND VAN DE RESULTATEN KAN IK ACHTERHALEN OF ER NOOD IS AAN VERANDERING OF NIET IN DE PRAKTIJK.
IN HET GEVAL EEN INTERVIEW GEZIEN WORDT ALS EEN INTERVENTIE ZOU MIJN MASTERPROEF GAAN OM EEN PROSPECTIEF INTERVENTIONEEL ONDERZOEK.

❑ **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**

❑ VERZAMELEN VAN PATIËNTEN GEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL
AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)

❑ VRAGENLIJSTEN

❑ **INTERVIEW**

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

IN MIJN OPLEIDINGSPRAKTIJK WORDT ER GEWERKT VOLGENS VRIJE CONSULTATIE. PATIËNTEN KUNNEN TIJDENS DE CONSULTATIE UREN STEEDS BINNEN, OOK AL ZITTEN ER AL HEEL VEEL MENSEN. HIERTEGENOVER STAAT DE KANS OP EEN OVERVOLLE WACHTZAAL EN LANGE WACHTTIJDEN. VOOR DE ARTS IS HET VOORDEEL DAT ER TELEFONISCH GEEN EXTRA AFSPRAKEN DIENEN GEMAAKT TE WORDEN, WAT EEN EXTRA BELASTING ZOU ZIJN. EEN ANDER VOORDEEL IS DAT DE DUUR VAN EEN CONSULTATIE NIET ZO STRIKT GEREGELD IS EN ER OP DIE MANIER NIET BINNEN EEN BEPAALDE DUUR VAN EEN CONSULTATIE DIENT GEWERKT TE WORDEN. ANDERZIJDS KAN EEN OVERVOLLE WACHTZAAL EVENEENS TIJDSDRUK MET ZICH MEEBRENGEN. DE HUISARTS WEET NOOIT WANNEER

DE CONSULTATIE ZAL GEDAAN ZIJN. DIT MAAKT, NAAR MIJN INZIENS, EEN SOCIAAL LEVEN NAAST ARTS ZIJN TOCH IETS MOEILIJKER.

REEDS AAN DE START VAN MIJN OPLEIDING TOT HUISARTS VRAAG IK ME AF WAT PATIËNTEN ZELF VINDEN VAN DIT SYSTEEM. ZIJN DE PATIËNTEN IN DEZE OPLEIDINGSPRAKTIJK TEVREDEN MET DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE PRAKTIJK? VINDEN ZIJ DE MOGELIJKHEID VAN VRIJE CONSULTATIE EEN MEERWAARDE? EN HOE DENKEN ZIJ OVER DE WACHTTIJDEN? WAT VINDEN ZIJ GOED AAN HET HUIDIG SYSTEEM? EN WAT VINDEN ZE SLECHTER? HEBBEN ZIJ
ZELF IDEËEN WAT EEN VERBETERING KAN ZIJN VOOR DE PRAKTIJK?

WE VINDEN HET BELANGRIJK TE WETEN HOE HET NU GESTELD IS MET DE PATIËNTENTEVREDENHEID OVER HET CONSULTATIE SYSTEEM. OP DIE MANIER KUNNEN WE DE NOOD AAN VERANDERING INSCHATTEN ZOWEL VOOR ONSZELF, MAAR OOK VOOR DE PATIËNTEN. ZO HEERST AL EEN TIJD DE IDEE OM OVER TE SCHAKELEN NAAR EEN AFSPRAKENSYSTEEM. OP BASIS VAN DE RESULTATEN VAN DIT ONDERZOEK KUNNEN WE NAGAAN OF HIER VANUIT DE PATIËNTENPOPULATIE VRAAG NAAR IS. TIJDENS HET INTERVIEW ZAL GEPEILD WORDEN NAAR DE MENING VAN DE PATIËNTEN ROND DE TOEGANKELIJKHEID VAN VRIJE CONSULTATIE OF EEN AFSPRAKENSYSTEEM. OOK OP
WELKE MANIER ZIJ LIEFST EEN AFSPRAAK ZOUDEN MAKEN, TELEFONISCH OF ONLINE.

ER WORDT BESLOTEN AAN ELKE 10DE EN 15DE PATIËNT DIE ZICH OP CONSULTATIE AANBIEDT OM DEEL TE NEMEN
AAN HET ONDERZOEK. INDIEN IEMAND WEIGERT ZAL DE DAAROPVOLGENDE PATIËNT GEVRAAGD WORDEN. DE
PATIËNT KAN KIEZEN OM HET INTERVIEW TE VOEREN NA DE CONSULTATIE OF VIA EEN TELEFONISCH CONTACT. ER ZAL GEPOOGD WORDEN HET ONDERZOEK TE LATEN DOORGAAN ZOWEL TIJDENS EEN DRUKKE PERIODE
(BIJVOORBEELD MAART-APRIL) ALSOOK TIJDENS EEN RUSTIGE PERIODE (AUGUSTUS-SEPTEMBER).

INDIEN OVERGESCHAKELD WORDT OP EEN AFSPRAKENSYSTEEM KUNNEN DE DEELNEMERS OPNIEUW GECONTACTEERD WORDEN. ECHTER, INDIEN UIT DE RESULTATEN BLIJKT DAT PATIËNTEN VOORKEUR GEVEN AAN VRIJE CONSULTATIES ZAL ER EERST VERDER BEKEKEN WORDEN OF ER OOK EFFECTIEF EEN AFSPRAKENSYSTEEM WORDT INGEVOERD.

9. IS HET ONDERZOEK

❑ DIAGNOSTISCH
❑ FYSIOLOGISCH
❑ MORFOLOGISCH
❑ THERAPEUTISCH
❑ FYSIOPATHOLOGISCH
❑ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

❑ JA
❑ NEEN

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE UNIVERSITEIT GENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN : ER ZAL TELKENS AAN DE 10DE EN 15DE PATIËNT DIE ZICH AANBIEDT GEVRAAGD WORDEN OF ZE WILLEN DEELNEMEN AAN HET ONDERZOEK. DIT KUNNEN MENSEN ZIJN MET EEN ACUTE OF CHRONISCHE PATHOLOGIE, OF MENSEN IN GOEDE GEZONDHEID. EVENEENS WANNEER DE ONDERVRAAGDE ZWANGER IS KAN ZIJ DEELNEMEN AAN HET ONDERZOEK. OP DIE MANIER WORDT SELECTIEBIAS VERMEDEN.

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

❑ JA

❑ NEEN

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

❑ JA

❑ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: ER WORDT GEPOOGD 30 TOT 40 PATIËNTEN TE ONDERVRAGEN. ER WORDT GEKOZEN VOOR DIT AANTAL OM TE FOCUSSEN EERDER OP KWALITEIT DAN KWANTITEIT.

LEEFTIJD : >= 18 JAAR

GESLACHT : NIET NADER BEPAALD, GEEN BELANG.

HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? IEDERE 10DE EN 15DE PATIËNT DIE ZICH AANBIEDT OP DE CONSULTATIE ZAL GEVRAAGD WORDEN OM DEEL TE NEMEN AAN HET ONDERZOEK. INDIEN DEZE WEIGERT WORDT GEVRAAGD AAN DE VOLGENDE PATIËNT OM DEEL TE NEMEN. INDIEN DE PATIËNT EEN KIND (GEDEFINIEERD ALS <18 JAAR) IS ZAL GEVRAAGD WORDEN AAN DE OUDER OF HIJ/ZIJ WIL DEELNEMEN. INDIEN HET KIND (<18 JAAR) NIET VERGEZELD IS VAN EEN OUDER WORDT DE DAAROP VOLGENDE PATIËNT GEKOZEN. CONCREET: ER WORDEN IN DE STUDIE ENKEL PATIËNTEN >=18 JAAR GEÏNCLUDEERD.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

❑ JA

❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

❑ JA

❑ NEEN

MONDELING :

❑ JA

❑ NEEN

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA

❑ NEEN

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEEN

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN

IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

❑ JA

❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA

❑ NEEN

C. GAAT HET OM KINDEREN?

❑ JA

❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

❑ JA

❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

❑ JA

❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

❑ JA

❑ NEEN

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

❑ JA

❑ NEEN

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.

WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ER WERD ÉÉN MASTERPROEF GEVONDEN DIE NAUW AANSLUIT BIJ MIJN ONDERWERP. HIERIN WERD NAGEGAAN HOE DE PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK STAAN TEGENOVER CONSULTATIES OP AFSPRAAK OF VRIJE CONSULTATIES EN OM WELKE REDENEN. ALSOOK WERD ER GEVRAAGD NAAR DE TEVREDENHEID VAN DE HUIDIGE ORGANISATIE. DIT WERD NAGEGAAN AAN DE HAND VAN EEN ENQUÊTE MET VRAGEN SAMENGESTELD UIT DE VRAGENLIJST IN DE QUALICOPC-STUDIE EN DE EUROPEP-VRAGENLIJST. ALS RESULTAAT WERD GEVONDEN DAT HET MERENDEEL VAN DE PATIËNTEN TEVREDEN ZIJN OVER DE HUIDIGE CONSULTATIEREGELING ALSOOK WAS ER GEEN DUIDELIJKE VOORKEUR VOOR VRIJE CONSULTATIE OF EEN AFSPRAKENSYSTEEM. DE AUTEUR VAN DE MASTERPROEF GAF AAN DAT HET NUTTIG ZOU ZIJN EVENTUEEL DE VERGELIJKING TE MAKEN BIJ EEN PRAKTIJK WAAR VOORDIEN VRIJE CONSULTATIE WAS EN ER OVERGESCHAKELD WERD OP EEN AFSPRAKENSYSTEEM.

HET IS ERG INTERESSANT TE LEZEN DAT ER WEINIG VOORKEUR GAAT NAAR ÉÉN WELBEPAALDE VORM VAN TOEGANKELIJKHEID. BELANGRIJKE VERSCHILLEN MET MIJN MASTERPROEF ZIJN DE MANIER VAN ONDERVRAGEN ALSOOK DE MOGELIJKHEID HET ONDERZOEK VERDER TE ZETTEN BIJ INTRODUCTIE VAN EEN AFSPRAKENSYSTEEM. AAN DE HAND VAN INTERVIEWS KAN MAKKELIJKER INGEGAAN WORDEN OP BEPAALDE ANTWOORDEN OF KUNNEN ZAKEN VERDUIDELIJKT WORDEN. OP DIE MANIER HOOP IK EEN BETERE WEERGAVE TE KRIJGEN VAN HOE DE PATIËNTEN DIE ONDERVRAAGD WORDEN DENKEN OVER VRIJE CONSULTATIE. ALSOOK KAN IK DIEPER INGAAN OP HUN MOTIVATIE OM EEN BEPAALD ANTWOORD TE GEVEN. DAARNAAST ZAL ER WILLEKEURIG EEN PATIËNT GEVRAAGD WORDEN DEEL TE NEMEN AAN HET ONDERZOEK. ER WORDT BESLOTEN OM DE 10DE EN 15DE PATIËNT DIE ZICH OP CONSULTATIE AANBIEDT DIE DAG TE VRAGEN DEEL TE NEMEN AAN HET ONDERZOEK. OP DIE MANIER KAN SELECTIEBIAS VERMEDEN WORDEN.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

❑ JA

❑ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

❑ JA

❑ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

❑ JA

❑ NEEN

DIT ONDERZOEK WIL VOORAL ACHTERHALEN HOE DE PATIËNTEN DENKEN OVER HET HUIDIG SYSTEEM. ZIJN ZIJ TEVREDEN MET VRIJE CONSULTATIE UREN OF GEVEN DE MEESTEN DE VOORKEUR AAN EEN AFSPRAKENSYSTEEM? OP BASIS VAN DEZE RESULTATEN KAN IN DE TOEKOMST REKENING GEHOUDEN WORDEN MET DE MENING VAN DE PATIËNT. IN HET MAKEN VAN DE BESLISSING OM AL DAN NIET OVER TE SCHAKELEN OP EEN AFSPRAKENSYSTEEM ZAL ER REKENING GEHOUDEN WORDEN MET DE RESULTATEN, HETGEEN EEN VOORDEEL VOOR DE PATIËNTENPOPULATIE BIEDT.

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

❑ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT ❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ? (DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

❑ JA

❑ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? DR. VAN DER BURGHT KIM

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

❑ JA

❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

❑ JA

❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? DR. VAN DER BURGHT KIM

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK):

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

OP BASIS VAN DEZE RESULTATEN KAN IN DE TOEKOMST REKENING GEHOUDEN WORDEN MET DE MENING VAN DE PATIËNT. IN HET MAKEN VAN DE BESLISSING OM AL DAN NIET OVER TE SCHAKELEN OP EEN AFSPRAKENSYSTEEM ZAL ER REKENING GEHOUDEN WORDEN MET DE RESULTATEN, HETGEEN EEN VOORDEEL VOOR DE PATIËNTENPOPULATIE BIEDT.

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA

❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ? N.V.T.

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE N.V.T.

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN N.V.T

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES N.V.T.

D. BLOEDAFNAMEN : .....N.V.T.

E. WEEFSELAFNAME : .....N.V.T.....

F. ANDERE: SPECIFIEK VOOR DE STUDIE ZAL EEN INTERVIEW AFGENOMEN WORDEN MET DE PATIËNT, NA TOESTEMMING. ER ZAL GEPEILD WORDEN NAAR ZIJN MENING OMTRENT CONSULTATIE OP VRIJE UREN EN HOE TEVREDEN HIJ IS MET HET HUIDIGE SYSTEEM. ER ZAL BIJ ELKE 10DE EN 15DE PATIËNT GEVRAAGD WORDEN OF HIJ WIL DEELNEMEN AAN HET ONDERZOEK. INDIEN NEEN, WORDT HET GEVRAAGD AAN DE DAAROPVOLGENDE PATIËNT OP CONSULTATIE. DEELNAME AAN ONDERZOEK HOUDT

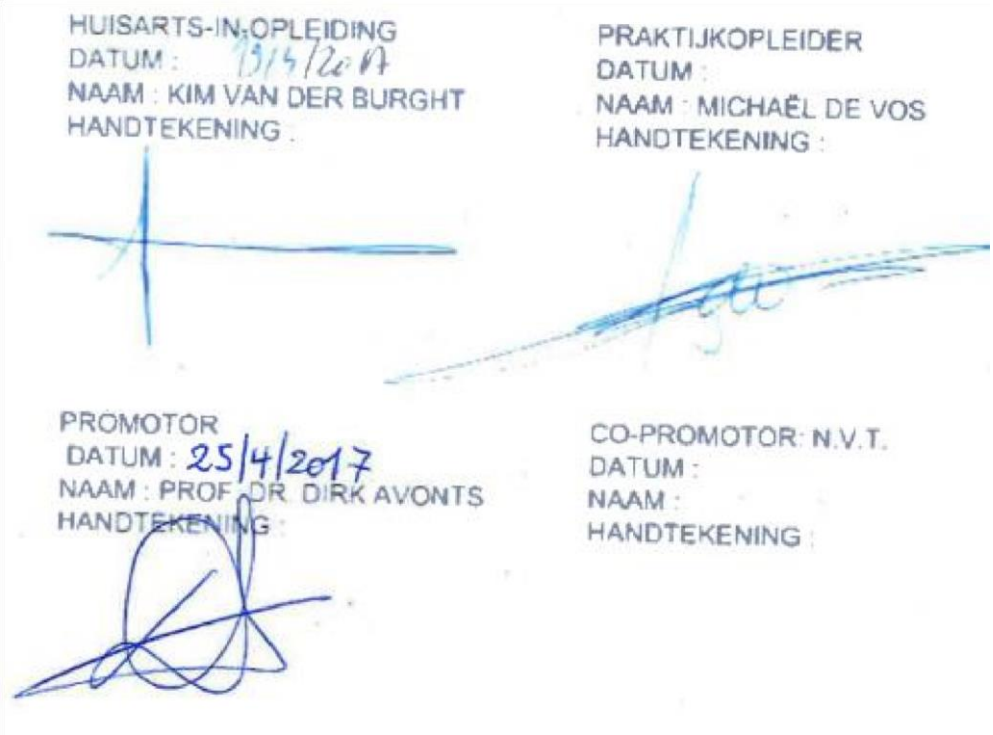
IN EEN EENMALIG INTERVIEW, MAAR INDIEN GEOPTEERD WORDT OM OVER TE SCHAKELEN OP EEN AFSPRAKENSYSTEEM IS HET MOGELIJK DAT DE PATIËNT OPNIEUW GECONTACTEERD WORDT. ZOALS VERMELDT IN HET TOESTEMMINGSFORMULIER KAN DE PATIËNT OP IEDER MOMENT BESLISSEN ZIJN DEELNAME AAN DE STUDIE STOP TE ZETTEN.

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

❑ NIET VAN TOEPASSING

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.



Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

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
	2017/0481	10-mei-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:

Patiëntentevredenheid over de toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk. - MaNaMa Kim Van der Burght

Belgisch Registratienummer: B670201732195

* Antwoord onderzoekers dd. 26/04/2017 (versie 2) (via mail Dr. K. Van der Burght ontv. dd. 27/04/2017) op opmerkingen EC dd. 09/04/2017
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 25/04/2017
* Informatieformulier (versie 2) dd. 26/04/2017
* Toestemmingsformulier (versie 2) dd. 26/04/2017
* Vragenlijsten diepte-interview (versie 2) dd. 26/04/2017

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 27/04/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 27/04/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer 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 27/04/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 27/04/2018, 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 16/05/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/05/2017

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

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@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**
	2017/0481	10-mei-17	Zie "CC"

- *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

I.O. Prof. dr. R. Rubens

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
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

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

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be