Visie van patiënten in Antwerpen bij verhuis van de huisartsenpraktijk en bij uitbreiding van het artsenteam

Hannah Vens, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor:
Prof. J. Goedhuys, Katholieke Universiteit Leuven

Co-promotoren / Stageopleiders:
Dr. G. Haazen, Dr. K. Embrechts

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Achtergrond

Patiënten worden geconfronteerd met heel wat structurele veranderingen binnen de gezondheidzorg zowel op organisatorisch vlak als bij hun eigen huisarts.

Doelstelling

Met deze pilootstudie proberen we te achterhalen hoe patiënten aankijken tegen praktische veranderingen in de huisartsenpraktijk. We spitsen ons hierbij toe op twee concrete situaties, namelijk verhuis van de praktijk en uitbreiding van het aantal artsen met de komst van een nieuwe arts of een huisarts in opleiding (haio).

Methode

Vragenlijst bij patiënten in drie verschillende praktijken in Antwerpen.

Resultaten

De vragenlijst werd aangeboden aan 354 patiënten. We kregen 321 ingevulde enquêtes terug, waarvan 313 gebruikt werden voor interpretatie. De leeftijd van de patiënten varieerde tussen 14 en 88 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 44,8 jaar. Patiënten verkiezen op de hoogte gebracht te worden van verbouwingen of verhuis van de huisartsenpraktijk aan de hand van email (n=113) of via een brief thuis (n=110) en dit liefst enkele weken op voorhand (n=163). Afstand ten opzichte van de vorige praktijk (n=122) en parkeergelegenheid (n=98) zijn hierbij de belangrijkste factoren. Bijna alle patiënten in deze studie (n=290) hebben een vaste huisarts. De ondervraagde patiënten hechten weinig belang aan leeftijd of geslacht bij hun keuze van huisarts. De meerderheid (n=286) vindt het een voordeel wanneer artsen samenwerken in een groepspraktijk. Een nieuwe arts in de praktijk mag voor veel patiënten (n=119) voorgesteld worden door middel van een aankondiging in de wachtzaal. Dit hoeft niet lang op voorhand te gebeuren, 129 personen zeggen “ik zal het wel zien wanneer het zover is”. Ongeveer twee derden (n=204) van de patiënten vindt de aanwezigheid van een haio in de praktijk positief, 87 mensen zouden er zelf voor kiezen om bij de haio te komen.

Besluit

Patiënten worden het liefst op een persoonlijke manier op de hoogte gebracht van structurele veranderingen bij hun huisarts. Patiënten in deze studie vinden het een voordeel wanneer huisartsen samenwerken in een groepsverband en ze beoordelen de aanwezigheid van een huisarts in opleiding in de praktijk positief.

Achtergrond

Niet alleen hulpverleners, maar ook patiënten worden onderworpen aan een constant veranderend klimaat binnen de gezondheidszorg. Zo is er onder andere de toenemende informatisering, de evolutie van solo- naar groepspraktijken en de veranderende regelgeving rond het globaal medisch dossier. Ook bij de eigen huisarts moeten patiënten zich aanpassen. Er wordt bijvoorbeeld meer en meer na afspraak gewerkt en patiënten worden gestimuleerd om zelf op raadpleging te komen in plaats van een huisbezoek aan te vragen. Af en toe stopt een dokter, wordt een praktijk overgenomen of verhuist of groeit een praktijk.

Het belang van een goede arts-patiënt relatie is reeds lang gekend. Dit blijft echter een complex en moeilijk te definiëren onderwerp. In een poging hiertoe werd door Ridd et al. een kader ontworpen waarin hij de de arts-patiënt relatie beschouwt als het product van longitudinale zorg en ervaringen tijdens de afzonderlijke consultaties. Vier essentiële elementen verlenen volgens hem diepgang aan de relatie, namelijk “elkaar kennen”, vertrouwen, loyaliteit en achting. De context waarin patiënt en dokter elkaar ontmoeten heeft zowel op longitudinale zorg als op ervaring tijdens de consultatie een invloed [1]. Wat de impact van contextuele factoren precies is, wordt niet duidelijk afgelijnd.

In de meeste landen is er een evolutie waarbij het aantal huisartsen die nog alleen werken daalt. Uit internationaal onderzoek op basis van het EPA-instrument (European Practice Assessment) blijkt dat, hoewel patiënten in Europa globaal tevreden zijn over de huisartsenpraktijk, ze de voorkeur geven aan kleinere praktijken. Bovendien leidt contact met een vertrouwde huisarts tot hogere tevredenheid [2-8]. Wensing concludeerde op basis van de Europep vragenlijst in 9 Europese landen bij 15996 patiënten dat patiënten kleinere praktijken verkiezen en liever dokters hebben die full time beschikbaar zijn [2,8]. In Nederland bleek uit een studie van Schers dat “de dokter kennen” leidde tot grotere tevredenheid over de consultatie [5]. Bovendien evalueerden patiënten voor wie het niet uitmaakte bij welke dokter ze kwamen en patiënten die niet door de dokter van hun voorkeur gezien werden, de consultatie relatief minder positief dan patiënten die wel bij hun voorkeursdokter kwamen [6]. Nog in Nederland onderzocht van den Hombergh voor- en nadelen van solopraktijken ten opzichte van groepspraktijken zowel door middel van vragenlijsten voor patiënten, artsen en praktijkassistenten als aan de hand van praktijkbezoeken. Hoewel groepspraktijken beter scoorden op bijna alle aspecten met betrekking tot infrastructuur, werden solopraktijken beter geëvalueerd door patiënten op vlak van dienstverlening, toegankelijkheid en zelfs op vlak van faciliteiten [7]. Al deze onderzoeken werden uitgevoerd in reeds gevestigde praktijken. Hoe patiënten veranderingen ervaren, welke factoren voor hen prioritair zijn en aan welke voorwaarden voor hen voldaan moet worden opdat zij de veranderingen als positief zouden ervaren, zijn aspecten die heel wat minder besproken worden in de literatuur.

Vanuit de psychologie weten we dat de meeste mensen een weerstand ervaren wanneer ze geconfronteerd worden met veranderingen. In het bedrijfsleven is de term “change management” (veranderingsmanagement) reeds geruime tijd ingeburgerd. Managers moeten verder kijken dan het louter organisatorische, ze dienen rekening te houden met psychologische factoren indien ze structurele veranderingen binnen een bedrijf of organisatie op een positieve manier door willen voeren. In het verleden werden

hierover reeds verschillende theorieën aangevoerd, veelal gebaseerd op het model van Kurt Lewin. Hij beschrijft verandering als een proces bestaande uit drie stadia, namelijk ”unfreeze”, “change” of “transition” en “(re)freeze” [9]. De meeste auteurs nemen aan dat het creëren van bereidheid tot verandering bij alle betrokkenen essentieel is opdat de verandering succesvol zou zijn [10-13]. Wanneer er in de huisartsenpraktijk veranderingen doorgevoerd worden, heeft dit zowel voor de medewerkers, als voor de patiënten gevolgen. Hoe kunnen we bij patiënten deze bereidheid tot verandering creëren?

Data over de concrete situatie waarbij een huisartsenpraktijk verhuist naar een andere locatie zijn schaars. Een beschrijvende studie na het sluiten van een eerstelijnspraktijk in Maryland, VS, vond dat patiënten die besloten hadden hun dokter niet te volgen vaker alleen woonden, in slechtere fysieke toestand verkeerden en de duur van de extra verplaatsing hoger inschatten dan patiënten die ervoor kozen wel bij hun vertrouwde arts te blijven ondanks de grotere afstand die ze daarvoor moesten afleggen [14]. Uit onderzoek van onder andere Nutting blijkt dat continuïteit van zorg en de relatie met een vaste huisarts juist voor deze kwetsbare groep erg belangrijk is [16]. Het sluiten van deze praktijk werd voor de patiënten als erg moeilijk ervaren zowel bij de groep die ervoor koos hun dokter te volgen naar een praktijk verder weg, als bij de groep die koos een nieuwe praktijk te raadplegen. In beide groepen gaven patiënten opmerkingen met betrekking tot de afstand, de inrichting van het gebouw, relatie met hun dokter en de tijd die ze nodig hadden om zich aan te passen [15].
Een ander onderzoek in New England, VS, besloot dat de meeste patiënten continuïteit met hun vaste arts belangrijk vinden, maar niet bereid zijn om hiervoor een grotere afstand af te leggen of meer te betalen. Patiënten die hiertoe wel bereid waren, bleken in deze studie vaak oudere of kwetsbare patiënten [17]. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat beide studies plaatsvonden in de Verenigde Staten waar het systeem van gezondheidszorg erg verschilt van het onze. In de studie van Pereira werd gesproken over een extra kost van meer dan 20$ of een verplaatsing die meer dan 60 minuten langer zou duren.

Met deze bijdrage proberen we te achterhalen wat patiënten in Vlaanderen belangrijk vinden bij de verhuis van een huisartsenpraktijk en hoe zij de komst van een nieuwe arts of huisarts in opleiding ervaren.

Methode

In drie verschillende praktijken werd een vragenlijst uitgedeeld aan patiënten die op consultatie kwamen in de periode van 17/01/2012 tot 16/02/2012. Praktijk A is een groepspraktijk waar vijf artsen werken, onder wie recent een huisarts in opleiding. Praktijk B is een duo praktijk waar geen haio was op het moment van de enquête, maar waar in het verleden wel een haio gewerkt heeft. Praktijk C is een solo arts. Praktijk B verhuisde anderhalf jaar voor de studie naar een locatie op 1,3 kilometer afstand. Praktijk A plant een verhuis naar een gebouw naast de huidige praktijk. Wanneer dit doorgaat, zal praktijk C associëren met praktijk A.

De vragenlijst bestaat uit meerkeuzevragen. De vragen werden opgemaakt na literatuurstudie en vanuit eigen inbreng. Patiënten konden steeds meerdere opties aanduiden. Bij elke vraag was er de mogelijkheid om opmerkingen te geven (*bijlage 1*). De vragenlijst werd anoniem ingevuld. Wel werden leeftijd en geslacht gevraagd, hoe lang mensen reeds patiënt zijn bij de praktijk en hoe regelmatig ze op

consultatie komen. De formulieren werden uitgedeeld bij het aanmelden of wanneer patiënten in de wachtzaal zaten, zodat zij deze tijdens het wachten konden invullen. Daarna mochten ze de ingevulde vragenlijst anoniem in een speciaal hiervoor ontworpen brievenbus deponeren. In praktijk B en C werden de formulieren ook meegegeven met patiënten om thuis in te vullen en op een later tijdstip terug te bezorgen.

Resultaten per vraag werden berekend op het totaal aantal keer dat de vraag ingevuld werd. Toetsen op verschillen gebeurde aan de hand van de chi-kwadraat test met een significantieniveau van 0,05.

Resultaten

De vragenlijst werd aangeboden aan 354 patiënten. In praktijk A wensten 21 patiënten niet deel te nemen aan het onderzoek. Alle vragenlijsten werden ter plaatse ingevuld. In praktijk B en C weigerde niemand deel te nemen, maar in deze praktijken werden een aantal enquêtes meegegeven om thuis in te vullen. In beide praktijken brachten 6 patiënten de enquête niet terug.
We kregen 321 vragenlijsten terug. Bij acht hiervan werden vier of meer vragen niet ingevuld, deze werden beschouwd als onvolledig en werden niet gebruikt voor interpretatie van de resultaten. Elf mensen lieten een of twee vragen open. Hun antwoorden werden wel geïncludeerd.

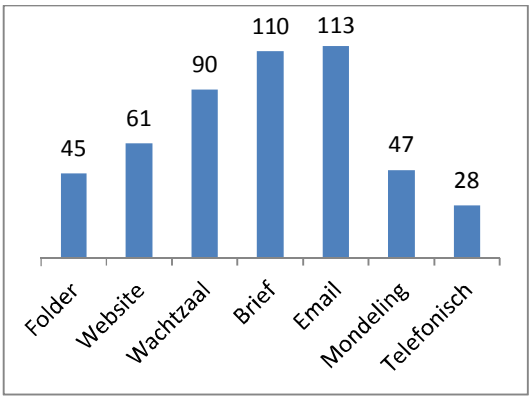
In totaal werden 313 ingevulde vragenlijsten gebruikt voor de interpretatie. Het grootste deel hiervan is afkomstig uit praktijk A, namelijk 263 vragenlijsten. Uit praktijk B en C kregen we respectievelijk 36 en 14 ingevulde vragenlijsten terug. De leeftijd van de patiënten varieert tussen 14 en 88 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 44,8 jaar. Meer vrouwen (n=144) dan mannen (n=92) vulden de vragenlijst in. 77 personen gaven geen leeftijd of geslacht op. Zowel patiënten die reeds lang een vaste huisarts hebben, als mensen die onlangs veranderden van praktijk namen deel aan de enquête. De meeste patiënten komen meerdere keren per jaar bij hun huisarts. De patiëntenkarakteristieken per praktijk worden in *bijlage 2* weergegeven.

Deel 1: Verhuis / Verbouwingen

1. ***Op welke manier wordt u het liefst op de hoogte gehouden van praktische veranderingen zoals verbouwingen of verhuis van de huisartsenpraktijk****?*

De meest gekozen methode was via email of brief, gevolgd door een aankondiging in de wachtzaal (*grafiek 1).* Er was geen belangrijk verschil tussen mannen en vrouwen, noch tussen de verschillende leeftijdsgroepen. In praktijk B en C kozen naar verhouding meer mensen ervoor om mondeling of via een folder op de hoogte gebracht te worden en minder via een aankondiging in de wachtzaal of telefonisch. Na correctie voor leeftijd en geslacht bereikten geen van deze verschillen echter de drempel voor statistische significantie, bovendien hebben ze weinig praktische implicaties. Eén persoon gaf sms op als andere manier.

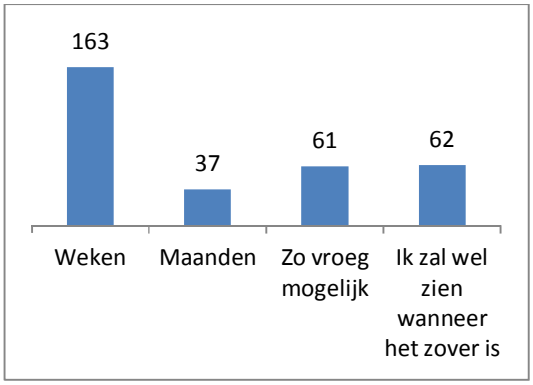
Grafiek 1: Manier waarop patiënten wensen op de hoogte gebracht te worden van praktische veranderingen.



2. ***Wanneer wordt u het liefst op de hoogte gebracht van verhuis of verbouwingen van de huisartsenpraktijk?***

"Enkele weken op voorhand" kwam het meest terug als antwoord (*grafiek 2)*. Meer vrouwen kozen voor "enkele maanden op voorhand" dan mannen (p-waarde 0,035). Ook hier verviel de statistische significantie na correctie voor andere variabelen en ook hier zijn geen praktische implicaties. Er werd geen belangrijk verschil teruggevonden tussen de verschillende leeftijdsgroepen. Eén persoon duidde 'andere' aan met als opmerking "enkele dagen op voorhand".

Grafiek 2: Tijd op voorhand waarop patiënten op de hoogte gebracht wensen te worden van praktische veranderingen.



3. ***Welke factor speelt voor u de belangrijkste rol bij verhuis van de huisartsenpraktijk?***

Afstand en parkeergelegenheid werden het meest aangeduid als de belangrijkste factoren, gevolgd door telefonische bereikbaarheid van de praktijk gedurende 24 uur en tijd die ervoor nodig is om de praktijk te bereiken (*tabel 5*).

De jongste groep (<30 jaar) kiest vaker voor bereikbaarheid met het openbaar vervoer en tijd die ervoor nodig is om de praktijk te bereiken. Vrouwen kiezen meer voor openbaar vervoer en minder voor parking dan mannen. Geen van deze verschillen is statistisch significant.

Uit de opmerkingen bleek dat de patiënten hun vaste dokter zouden volgen en dat praktische overwegingen minder doorslaggevend zijn.

Tabel 5: Belang van verschillende factoren bij verhuis van de huisartsenpraktijk.

	Aantal
Afstand ten opzichte van de vorige praktijk	122
Tijd die ik er over doe om naar de praktijk te komen	67
Bereikbaarheid met het openbaar vervoer	55
Inrichting van het gebouw	13
Parkeergelegenheid	98
Telefonische bereikbaarheid van de praktijk gedurende 24 uur	71
Telefonische bereikbaarheid van mijn vaste huisarts gedurende 24 uur	52
Andere	9

Deel 2: Uitbreiding van het artsenteam

1. ***Heeft u een vaste huisarts?***

Van de ondervraagden, hebben 290 (93%) patiënten een vaste huisarts, 95 hiervan zeggen een vaste huisarts te hebben, maar af en toe bij een andere dokter te komen. 22 patiënten hebben geen vaste huisarts. Eén persoon gaf geen antwoord op deze vraag. (*tabel 6*). 132 mensen vulden in onder welke omstandigheden ze bij een andere arts van de groepspraktijk komen: 54 hiervan doen dit alleen als zijn of haar vaste huisarts afwezig is, 46 mensen vinden het niet erg bij een andere arts te komen, maar bespreken sommige problemen het liefst met hun vaste arts, 28 mensen gaven aan een tweede arts gekozen te hebben bij wie ze komen wanneer hun vaste huisarts afwezig is en 28 mensen komen af en toe bij een andere arts op voorwaarde dat ze zelf kunnen kiezen bij wie. Zes mensen

vulden in af en toe bij een andere arts te komen, maar nuanceerden niet onder welke omstandigheden.

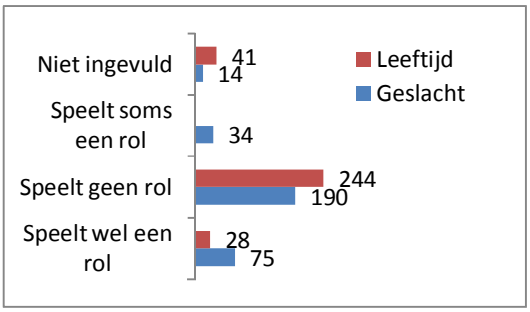
Tabel 6: Aantal patiënten dat een vaste huisarts heeft.

Praktijk	Vaste huisarts?			Totaal (n)
	Ja (n)	Ja, af en toe bij een andere (n)	Nee (n)	
A	163 (62,0%)	85 (32,3%)	15 (5,7%)	263 (100,0%)
B	20 (57,1%)	8 (22,9%)	7 (20,0%)	35 (100,0%)
C	12 (85,7%)	2 (14,3%)	0 (0,0%)	14 (100,0%)
Totaal	195 (62,5%)	95 (30,4%)	22 (7,1%)	312 (100,0%)

2. *Op welke manier kiest u bij welke dokter u komt?*

Hoewel we merken dat geslacht vaker een rol speelt dan leeftijd, vinden de meeste mensen noch leeftijd, noch geslacht belangrijk in hun keuze van dokter (*grafiek 4*). In deze studie hechten vrouwen meer belang aan het geslacht van de arts dan mannen. Vrouwen kiezen vaker voor een vrouwelijke arts of stellen dat ze voor bepaalde problemen liever bij een vrouwelijke arts komen. Uit de opmerkingen blijkt opnieuw een grote tevredenheid over de vaste dokter. Verder komen vriendelijkheid, attitude, aanpak en empathie terug als andere belangrijke factoren.

Grafiek 3: Aantal patiënten voor wie leeftijd of geslacht van de arts een rol spelen.



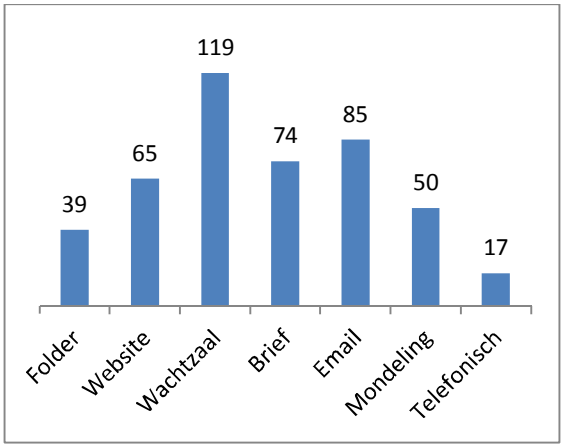
3. *Vindt u het een voordeel wanneer verschillende artsen samenwerken in een groepspraktijk?*

De patiënten in deze studie staan positief ten opzichte van groepspraktijken. 286 personen (91%) vinden het een voordeel, 18 personen (6%) niet en 10 (3%) vulden deze vraag niet in. In praktijk A vinden meer mensen het een voordeel dan in praktijk B en C, namelijk 93% ten opzichte van 86% en 71% (p-waarde 0,002). Er is geen duidelijk verschil tussen mannen en vrouwen of tussen de verschillende leeftijdsgroepen. De belangrijkste reden die als voordeel werd opgegeven was het feit dat er zo altijd iemand aanwezig is die het dossier kan inzien (n=228). Mogelijkheid tot overleg (n=81) is voor de patiënten minder belangrijk. Een aantal patiënten (n=54) vindt een groepspraktijk een voordeel op voorwaarde dat ze zelf kunnen kiezen bij wie ze terecht kunnen en een kleinere groep (n=29) stelt als voorwaarde steeds bij dezelfde arts terecht te kunnen. Het voornaamste nadeel was dat mensen zich niet op hun gemak voelen bij een dokter die ze niet kennen (n=14), “ik vind een grote groepspraktijk onpersoonlijk” werd zes keer aangeduid en “het kan tot problemen leiden wanneer verschillende artsen een ander beleid volgen” drie keer.

4. *Op welke manier wordt u het liefst op de hoogte gehouden van de komst van een nieuwe dokter in de praktijk?*

Een aankondiging in de wachtzaal werd het meest aangeduid, gevolgd door via email of brief en via de website (*grafiek 4*). Drie mensen duidden "andere" aan met als opmerking "speelt geen rol". Vier personen lieten deze vraag onbeantwoord.

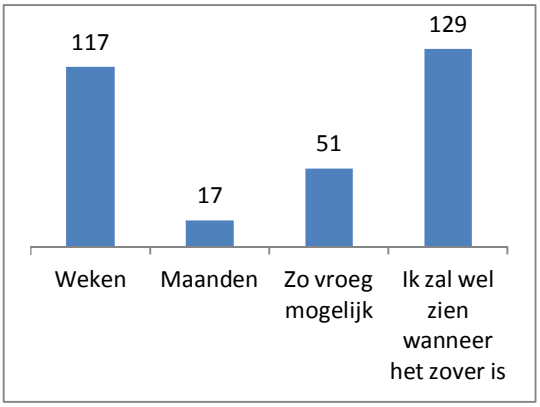
Grafiek 4: Manier waarop patiënten wensen op de hoogte gebracht te worden van de komst van een nieuwe dokter in de praktijk



5. *Wanneer wordt u het liefst op de hoogte gebracht van de komst van een nieuwe dokter in de praktijk?*

Veel mensen geven "ik zal het wel zien wanneer het zover is" op als antwoord, gevolgd door "enkele weken op voorhand" (bijlage 4, *grafiek 6*). Mensen die hier "andere" invulden, schreven: "niet", "maakt niet uit" en "geen belang".

Grafiek 6: Tijd op voorhand waarop patiënten op de hoogte gebracht wensen te worden van de komst van een nieuwe arts in de praktijk.



6. *Vindt u het positief dat er een huisarts in opleiding in de praktijk aanwezig is?*

Het merendeel van de patiënten (204, 65,2%) vindt de aanwezigheid van een haio in de praktijk positief, 24 (7,7%) ervan vinden dit niet. 83 (26.5%) personen hebben geen mening en 2 personen vulden deze vraag niet in. Patiënten uit praktijk C en A waren het meest positief, patiënten uit praktijk B het minst (*tabel 7*, p-waarde 0,026). Er was geen belangrijk verschil tussen mannen en vrouwen, noch tussen de verschillende leeftijdsgroepen.

Zes personen merkten op dat iedereen een kans moet hebben om ervaring op te doen. Twee patiënten zeiden er zelf geen voordeel van te ondervinden maar vinden het wel belangrijk voor de opleiding. Eén persoon vindt de aanwezigheid van een haio positief omdat dit voor dynamiek en vernieuwing zorgt. Eén persoon zegt niet te kunnen inschatten wat dit voor de andere artsen betekent.

Tabel 7: Aantal patiënten dat de aanwezigheid van een haio in de praktijk positief vindt

Praktijk	Aanwezigheid haio positief?			Totaal (n)
	Ja (n)	Nee (n)	Geen mening (n)	
A	178 (67,9%)	16 (6,1%)	68 (26,0%)	262 (100,0%)
B	16 (45,7%)	7 (20,0%)	12 (34,3%)	35 (100,0%)
C	10 (71,4%)	1 (7,1%)	3 (21,4%)	14 (100,0%)
Totaal	204 (65,6%)	24 (7,7%)	83 (26,7%)	311 (100,0%)

7. Zou u er zelf voor kiezen om bij een huisarts in opleiding te komen?

Van de ondervraagden zouden 87 patiënten er zelf voor kiezen om bij de haio op consultatie te komen, 140 mensen enkel in bepaalde omstandigheden, 57 zouden er niet voor kiezen en 29 vulden deze vraag niet in. 13 mensen duidden zowel "ja" als "soms" aan, dit werd als "soms" beschouwd. Eén persoon kruiste zowel "ja" als "nee" aan zonder verdere motivatie te geven, dit werd beschouwd als niet ingevuld. Patiënten die "soms" aanduidden, voegden 128 keer "afhankelijk van het probleem" toe en 42 keer "alleen als het dringend is en mijn vaste huisarts is niet beschikbaar". Opmerkingen bij deze vraag waren: "Ik ben erg tevreden over de praktijk" (2x), "Eventueel in overleg met mijn vaste huisarts" (1x), "Ik blijf liever bij mijn vaste huisarts" (2x), "Omdat hij/zij nog geen diploma als huisarts heeft" (1x), "Ik ken niks van de doktersopleiding" (2x), "Als ik geen vaste arts zou hebben, zou ik er geen probleem mee hebben" (1x), "Zolang hij/zij de ziektes kent, is het geen probleem" (1x).

Bespreking

Sterke punten van de studie

Een sterk punt van dit onderzoek is dat er een goede respons was. Het is ook een uniek onderzoek in België dat een aanvulling kan bieden op de beperkte literatuur waarin vooral internationale gegevens terug gevonden werden.

Zwakke punten

Omdat het onderzoek gedaan werd in een klein aantal praktijken uit dezelfde regio, alle drie gelegen in stedelijk gebied, kunnen we de resultaten niet doortrekken voor heel Vlaanderen. Huisartsen op het platteland werken vaker alleen, waardoor patiënten minder vertrouwd zijn met groepspraktijken en de drempel om bij een nieuwe arts te komen mogelijks hoger is. Bovendien kunnen bij verhuis praktische factoren een grotere rol spelen dan in Antwerpen waar de afstanden klein zijn en de meeste plaatsen gemakkelijk bereikbaar zijn met het openbaar vervoer.

Hoewel de praktijken een andere patiënten-populatie hebben (bij praktijk A en C komen meer migranten en praktijk B heeft een oudere patiëntenpopulatie), kwam het merendeel van de ingevulde enquêtes uit één praktijk. Dit leidt tot selectiebias van de patiënten en zorgt dat de verschillende populaties moeilijk te vergelijken zijn. Verschillende redenen kunnen hiervoor aangehaald worden. Ten eerste is praktijk A met vijf artsen groter dan beide andere praktijken. Ten tweede was er geen haio op het moment van de enquête in praktijk B en C, waardoor de motivatie om vragenlijsten uit te delen misschien lager was. Ten derde is er in praktijk C geen praktijkassistente. De arts van deze praktijk gaf bij het verzamelen van de vragenlijsten toe dat hij, ondanks een

regelmatige mondelinge herinnering, vaak vergat de enquête aan te bieden. In praktijk A werden de meeste enquêtes uitgedeeld door de praktijkassistentes, op die manier moesten de artsen er alleen aan denken tijdens de uren waarop het secretariaat gesloten was. Als laatste reden kunnen we het moment waarop de vragenlijst overhandigd werd aanhalen. In praktijk A werden alle enquêtes aangeboden vóór de consultatie, zodat patiënten deze tijdens het wachten konden invullen. In praktijk B en C werden ze soms meegegeven na de consultatie. Het is aannemelijk te denken dat patiënten op dat ogenblik minder geneigd zijn mee te werken omdat ze geen tijd hebben of dat ze de vragenlijst wel mee nemen naar huis maar nadien vergeten in te vullen of terug te brengen.

Doordat de vragenlijst alleen aangeboden werd aan patiënten die op consultatie kwamen, zijn er relatief weinig oudere patiënten die deelnamen aan de studie omdat zij vaker gezien worden op huisbezoek.

Verhuis

Patiënten worden liefst persoonlijk op de hoogte gebracht van praktische veranderingen, hetzij via een brief, hetzij via email. Om alle gezinnen een brief thuis te sturen is omslachtig en duur. Per gezin een email sturen zou een veel elegantere oplossing zijn. In de praktijken waar deze studie gebeurde, worden nog geen email adressen van patiënten bijgehouden. Dit kan naar de toekomst toe een vlotte methode zijn om praktische mededelingen aan patiënten te communiceren.

Bij verhuis van een praktijk kwamen afstand ten opzichte van de vorige praktijk en parkeergelegenheid naar voor als belangrijkste factoren. Uit de opmerkingen die patiënten spontaan invulden, bleek dat terecht kunnen bij hun vaste arts van doorslaggevend belang is. Deze bevindingen stemmen overeen met gegevens uit de literatuur.

Keuze van huisarts

Het merendeel van de patiënten in deze studie heeft ook binnen de groepspraktijk een vaste huisarts. Opmerkelijk was dat het hoogste percentage van patiënten die invulden geen vaste huisarts te hebben terug te vinden was bij de duopraktijk. Hoewel dit aantal te klein is om hier conclusies over te trekken, heeft het mogelijk te maken met het feit dat deze praktijk bestaat uit vader en zoon waardoor de drempel om bij iemand anders te komen misschien lager is.

Uit de literatuur weten we dat communicatie van doorslaggevend belang is voor tevredenheid van patiënten. We probeerden hier te achterhalen op welke manier mensen een arts kiezen die ze nog niet kennen. Vrouwen kiezen vaker voor een vrouwelijke dokter, maar de meeste patiënten vulden in dat leeftijd of geslacht van de arts geen belang heeft bij hun keuze van dokter. Bij deze resultaten is echter sprake van een belangrijke selectiebias omdat in praktijk A uitsluitend vrouwelijke artsen werken. Opvallend was dat ook in praktijk B, waar 2 mannelijke artsen werken, enkele patiënten aangaven voor bepaalde problemen liever bij een vrouwelijke arts te komen.

Groepspraktijk

Hoewel uit de literatuur blijkt dat patiënten de voorkeur geven aan kleinere praktijken, zijn de patiënten die deelnamen aan deze studie erg positief ten opzichte van groepspraktijken. Dit heeft vermoedelijk met twee factoren te maken. Ten eerste is er opnieuw een belangrijke selectiebias, bijna alle patiënten in deze studie komen reeds bij een groepspraktijk. Ten tweede is het begrip “groepspraktijk” vatbaar voor interpretatie, dit kan zowel gebruikt worden voor een praktijk waar negen of tien artsen werken, als

voor een duopraktijk. Het aantal artsen in een "groep" wordt niet gepreciseerd in de vraagstelling.

Het aankondigen van een nieuwe dokter in de praktijk is voor de patiënten in deze studie minder belangrijk. Dit was te verwachten omdat dit voor de patiënten zelf weinig directe implicaties heeft. Welke de gevolgen zijn voor patiënten wanneer een arts de praktijk verlaat, behoort niet tot de opzet van dit onderzoek.

Huisarts in opleiding

Patiënten in deze studie staan in het algemeen positief ten opzichte van de aanwezigheid van een haio in de praktijk. Dit kan artsen die twijfelen al dan niet een haio op te leiden over de drempel helpen. Er was een duidelijk verschil tussen de verschillende praktijken, vermoedelijk omdat patiënten in praktijk A reeds gewoon zijn soms bij een nieuwe arts te komen. Opvallend was dat patiënten in praktijk B het minst positief waren over de aanwezigheid van een huisarts in opleiding, in deze praktijk heeft vroeger nochtans een haio gewerkt.
Hoewel dit niet terugkomt in dit onderzoek, bleek uit mondelinge reacties van een aantal patiënten dat ze zelfs meer vertrouwen krijgen in hun vaste arts omdat deze een haio opleidt. Ze redeneren dat er op die manier een verbinding met de universiteit tot stand komt waardoor kwaliteit gegarandeerd is.

Zoals verwacht zouden niet alle patiënten die de aanwezigheid van een haio in de praktijk positief vinden er spontaan zelf voor kiezen om bij de haio op consultatie te komen. Het valt op dat een groot aantal van de patiënten bereid is in sommige omstandigheden bij de haio op raadpleging te komen, ongeveer vergelijkbaar met het aantal patiënten dat aangeeft af en toe bij een andere arts te komen.

Besluit

In geval van belangrijke structurele veranderingen in de huisartsenpraktijk worden patiënten het liefst persoonlijk op de hoogte gebracht, hetzij via email, hetzij via een brief thuis. Voor veranderingen die voor de patiënten zelf geen onmiddellijke gevolgen hebben, zoals de komst van een nieuwe arts, heeft dit minder belang en vinden veel patiënten een aankondiging in de wachtzaal voldoende.

Patiënten die deelnamen aan deze studie vinden dat groepspraktijken een duidelijk voordeel hebben en staan positief ten opzichte van de aanwezigheid van een haio in de praktijk.

Referenties

1. *The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. Br J Gen Pract. 2009 Apr;59(561):e116-33.*
2. *Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Reis S, Ribacke M, Szecsenyi J. Patiens in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br J Gen Pract 2000;50:882-887.*
3. *Wensing M, Hermsen J, Grol R, Szecsenyi J. Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in Europe. Health Expect. 2008 Dec;11(4):384-90.*
4. *Engels Y, Dautzenberg M, Campbell BB, Boffin N, Marshall M, Elwyn G, Vodopivec-Jamsek V, Gerlach FM, Samuelson M, Grol R. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. Fam Practice. 2006;26:137-147.*
5. *Schers H, van den Hoogen H, Bor H, Grol R, van den Bosch W. Familiarity with a GP and patients' evaluations of care. A cross-sectional study. Fam Pract. 2005 Feb;22(1):15-9.*

6. *Schers H, van den Hoogen H, Bor H, Grol R, van den Bosch W. Preference for a general practitioner and patients' evaluations of care: a cross-sectional study. Br J Gen Pract. 2004 Sep;54(506):693-4.*
7. *van den Hombergh P, Engels Y, van den Hoogen H, van Doremalen J, van den Bosch W, Grol R. Saying 'goodbye' to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain? Fam Pract. 2005 Feb;22(1):20-7.*
8. *Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Paulus D, Künzi B, Mendive J, Grol R. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. Int J Qual Health Care. 2002 Apr;14(2):111-8.*
9. *Lewin, K. (1997). Resolving social conflicts & field theory in social science. Washington, DC: American Psychological Association. (Reprinted from Resolving social conflicts, by K. Lewin, 1948, New York: Harper & Row).*
10. *Choi M, Ruona W. Individual readiness for organizational change and its implications for human resource and organization development. Human Resource Development Review 2011; 10(1): 46-47.*
11. *Weiner BJ, Amick H, Lee S-YD. Conceptualization and measurement of organizational readiness for change: a review of the literature in health services research and other fields. Med Care Res Rev 2008;65:379-436.*
12. *Armenakis AA, Harris SG, Mossholder KW. Creating readiness for organizational change. Human Relations 1993;46:681-703.*
13. *Christl B, Harris MF, Jayasinghe UW, Proudfoot J, Taggart J, Tan J. Readiness for organizational change among general practice staff. Qual Saf Health Care 2010;19:e12.*
14. *Gozu A, Nidiry M, Ratanawongsa N, Carrese JA, Wright SM. Patient Factors Associated with Following a Relocated Primary Care Provider among Older Adults. Am J Manag Care. 2009;15(2):195-200.*
15. *Gozu A, Nidiry M, Ratanawongsa N, Carrese JA, Wright SM. The Closure of a Medical Practice Forces Older Patients to make Difficult Decicions: A Qualitative Study of a Natural Experiment. J Gen Intern Med23(10):1576–80.*
16. *Nutting P, Goodwin M, Flocke S, Zyzanski S, Stange K. Continuity of primary care: To whom does it matter and when? Ann Fam Med 2003;1:149–155.*
17. *Pereira A, Pearson D. Patient Attitudes Toward Continuity of Care. Arch Intern Med 2003;163:909-9*

Bijlage 1: Enquêteformulier

Leeftijd:
Geslacht:
Hoe lang bent u al patiënt in deze praktijk:

Hoe vaak komt u bij de huisarts (*duid aan wat past)*: occasioneel, jaarlijks, meerdere keren per jaar, maandelijks, wekelijks, andere…

Hierna volgen meerkeuze vragen. Het is steeds mogelijk meerdere antwoorden aan te duiden.

Deel 1: Verhuis / Verbouwingen

1. **Op welke manier wordt u het liefst op de hoogte gehouden van praktische veranderingen zoals verbouwingen of verhuis van de huisartsenpraktijk?**
    - 0 Via een informatiebrochure of patiëntenfolder
    - 0 Via de website van de praktijk
    - 0 Aan de hand van een aankondiging in de wachtzaal
    - 0 Via een brief thuis
    - 0 Via email
    - 0 Mondeling
    - 0 Telefonisch
    - 0 Andere: …

2. **Wanneer wordt u het liefst op de hoogte gebracht van verhuis of verbouwingen van de huisartsenpraktijk?**
    - 0 Enkele weken op voorhand
    - 0 Enkele maanden op voorhand
    - 0 Zo vroeg mogelijk
    - 0 Ik zal het wel zien wanneer het zover is
    - 0 Andere: …

3. **Welke factor speelt voor u de belangrijkste rol bij verhuis van de huisartsenpraktijk?**

- 0 Afstand ten opzichte van de vorige praktijk
- 0 Tijd die ik er over doe om naar de praktijk te komen
- 0 Bereikbaarheid met het openbaar vervoer
- 0 Inrichting van het gebouw
- 0 Parkeergelegenheid
- 0 Telefonische bereikbaarheid van de praktijk gedurende 24 uur
- 0 Telefonische bereikbaarheid van mijn vaste huisarts gedurende 24 uur
- 0 Andere: …

Deel 2: Uitbreiding van het artsenteam

1. **Heeft u een vaste huisarts?**
   - 0 Ja, ik kom het liefst steeds bij dezelfde huisarts met wie ik een goede band heb.
   - 0 Ja, af en toe kom ik wel bij een andere arts van de groepspraktijk
     - 0 … zolang ik maar kan kiezen bij wie.
     - 0 … ik vind het niet erg om bij een andere arts te komen, maar sommige problemen bespreek ik het liefst met mijn vertrouwde huisarts.
     - 0 ... alleen als mijn vaste huisarts afwezig is.
     - 0 … ik heb een 2e arts gekozen bij wie ik het liefst kom wanneer mijn vaste huisarts afwezig is.
   - 0 Nee, ik kom bij alle artsen van de groepspraktijk.

   Opmerkingen: …

2. **Op welke manier kiest u bij welke dokter u komt?**
   - 0 Speelt het geslacht van de dokter een rol?
     - 0 Ja, …
       - 0 … ik kom het liefst bij een vrouwelijke dokter.
       - 0 … ik kom het liefst bij een mannelijke dokter.
     - 0 Nee, het geslacht van de dokter heeft voor mij geen enkel belang.
     - 0 Soms, voor bepaalde problemen kom ik liefst bij een mannelijke / vrouwelijke dokter.
   - 0 Speelt de leeftijd van de dokter een rol?
     - 0 Ja,
       - 0 …ik kom het liefst bij een jongere dokter.
       - 0 …ik kom het liefst bij een oudere dokter.
     - 0 Nee, de leeftijd van de dokter heeft voor mij geen enkel belang.
   - 0 Andere: …

3. **Vindt u het een voordeel wanneer verschillende artsen samenwerken in een groepspraktijk?**
    - 0 Ja, …
        - 0 … omdat er bij afwezigheid van mijn vaste arts zo steeds iemand is die ook in het dossier kan.
        - 0 … omdat dit de artsen de kans geeft te overleggen bij moeilijkere problemen.
        - 0 … op voorwaarde dat ik steeds kan kiezen bij wie ik terecht kom.
        - 0 … op voorwaarde dat ik steeds bij dezelfde arts terecht kom.
    - 0 Nee, …
        - 0 … want het kan tot problemen leiden wanneer verschillende artsen een ander beleid volgen.
        - 0 … want ik vind een grote groepspraktijk onpersoonlijk.
        - 0 … want ik voel mij niet op mijn gemak bij een dokter die ik niet ken.

    Opmerkingen: …

4. **Op welke manier wordt u het liefst op de hoogte gehouden van de komst van een nieuwe dokter in de praktijk?**
    - 0 Via een informatiebrochure of patiëntenfolder
    - 0 Via de website van de praktijk
    - 0 Aan de hand van een aankondiging in de wachtzaal
    - 0 Via een brief thuis
    - 0 Via email
    - 0 Mondeling
    - 0 Telefonisch
    - 0 Andere: …

5. **Wanneer wordt u het liefst op de hoogte gebracht van de komst van een nieuwe dokter in de praktijk?**
    - 0 Enkele weken op voorhand
    - 0 Enkele maanden op voorhand
    - 0 Zo vroeg mogelijk
    - 0 Ik zal het wel zien wanneer het zover is
    - 0 Andere: …

6. **Vindt u het positief dat er een huisarts in opleiding in de praktijk aanwezig is?**
    - 0 Ja
    - 0 Nee
    - 0 Geen mening

    Opmerkingen: …

7. Zou u er zelf voor kiezen om bij een huisarts in opleiding te komen?

- 0 Ja, …
  - 0 … waarom niet, hij / zij heeft toch ook een diploma.
- 0 Nee, …
  - 0 … omdat hij / zij minder ervaring heeft.
  - 0 … omdat hij / zij maar gedurende 1 of 2 jaar in de praktijk blijft.
- 0 Soms, …
  - 0 … het hangt af van het probleem waarmee ik kom, sommige zaken bespreek ik het liefst met mijn vaste huisarts.
  - 0 … alleen als het dringend is en mijn vaste huisarts is niet beschikbaar.

Opmerkingen: …

Bijlage 2: Kenmerken van de ondervraagde populatie

Tabel 1: Verdeling van de leeftijdscategorieën per praktijk.

	Leeftijd					Totaal (n)
	< 30 jaar (n)	30 - 44 jaar (n)	45 - 60 jaar (n)	≥ 60 jaar (n)	Onbekend (n)	
Praktijk A	40 (15,2%)	63 (24,0%)	57 (21,7%)	31 (11,8%)	72 (27,4%)	263 (100,0%)
Praktijk B	8 (22,2%)	12 (33,3%)	7 (19,4%)	7 (19,4%)	2 (5,6%)	36 (100,0%)
Praktijk C	0 (0,0%)	3 (21,4%)	3 (21,4%)	5 (35,7%)	3 (21,4%)	14 (100,0%)
Totaal	**48 (15,3%)**	**78 (24,9%)**	**67 (21,4%)**	**43 (13,7%)**	**77 (24,6%)**	**313 (100,0%)**

Tabel 2: Verdeling van geslacht per praktijk.

	Geslacht			Totaal (n)
	M (n)	V (n)	Onbekend (n)	
Praktijk A	70 (26,6%)	121 (46,0%)	72 (27,4%)	263 (100,0%)
Praktijk B	14 (38,9%)	20 (55,6%)	2 (5,6%)	36 (100,0%)
Praktijk C	8 (57,1%)	3 (21,4%)	3 (21,4%)	14 (100,0%)
Totaal	**92 (29,4%)**	**144 (46,0%)**	**77 (24,6%)**	**313 (100,0%)**

Tabel 3: Aantal van de ondervraagde personen dat sinds een bepaalde tijd patiënt is bij de praktijk.

	Tijd					Totaal (n)
	< 5 jaar (n)	5 - 10 jaar (n)	10 - 19 jaar (n)	≥ 20 jaar (n)	Onbekend (n)	
Praktijk A	19 (7,2%)	41 (15,6%)	61 (23,2%)	33 (12,5%)	109 (41,4%)	263 (100,0%)
Praktijk B	10 (27,8%)	0 (0,0%)	5 (13,9%)	10 (27,8%)	11 (30,6%)	36 (100,0%)
Praktijk C	2 (14,3%)	1 (7,1%)	5 (35,7%)	0 (0,0%)	6 (42,9%)	14 (100,0%)
Totaal	**31 (9,9%)**	**42 (13,4%)**	**71 (22,7%)**	**43 (13,7%)**	**126 (40,3%)**	**313 (100,0%)**

Tabel 4: Verdeling van regelmaat van consulteren per praktijk.

Praktijk	Tijd							Totaal (n)
	Occasioneel (n)	Jaarlijks (n)	Meerdere keren per jaar (n)	Maandelijks (n)	Wekelijks (n)	Andere (n)	Onbekend (n)	
A	23 (8,7%)	10 (3,8%)	112 (42,6%)	26 (9,9%)	2 (0,8%)	2 (0,8%)	88 (33,5%)	263 (100,0%)
B	6 (16,7%)	1 (2,8%)	19 (52,8%)	3 (8,3%)	0 (0,0%)	2 (5,6%)	5 (13,9%)	36 (100,0%)
C	2 (14,3%)	0 (0,0%)	6 (42,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (42,9%)	14 (100,0%)
Totaal	**31 (9,9%)**	**11 (3,5%)**	**137 (43,8%)**	**29 (9,3%)**	**2 (0,6%)**	**4 (1,3%)**	**99 (31,6%)**	**313 (100,0%)**