FYSIEKE TOEGANKELIJKHEID VAN DE HUISARTSPRAKTIJK: INVLOED VAN DE FACTOR 'TRANSPORT'

JESSICA TILLEY, UNIVERSITEIT GENT

PROMOTOR: PROF. DR. SARA WILLEMS, UNIVERSITEIT GENT

CO-PROMOTOR: DR. PIET VANDEN BUSSCHE, UNIVERSITEIT GENT

MASTER OF FAMILY MEDICINE

MASTERPROEF HUISARTSGENEESKUNDE

ABSTRACT

CONTEXT: Onder fysieke toegankelijkheid verstaat men de drempels (kosten en ongemakken) die de patiënt moet overwinnen om de huisartspraktijk te bereiken. Architecturale factoren van het praktijkgebouw spelen hierin een rol, maar ook reistijd en afstand tot de praktijk en het al dan niet beschikken over een privaat transportmiddel zijn van belang. Naast culturele en economische toegankelijkheid, is fysieke toegankelijkheid een belangrijke determinant voor gebruik van gezondheidszorg en voor de algemene gezondheidstoestand van de patiënt. Een goede fysieke toegankelijkheid van de huisartspraktijk zorgt voor betere gezondheids'outcomes', minder nood aan huisbezoeken en minder ongepast gebruik van spoeddiensten.

ONDERZOEKSVRAAG: In dit project wordt de invloed van transport nagekeken op de fysieke toegankelijkheid van twee Belgische huisartspraktijken in stedelijke omgeving: het Wijkgezondheidscentrum van Lokeren en de Groepspraktijk Heirnis te Gent.

METHODE: Voor dit prospectief observationeel onderzoek werden in beide huisartspraktijken gedurende 3 weken samen 195 vragenlijsten verzameld. Enkele socio-demografische gegevens werden bevraagd, net zoals reistijd en transportmiddel naar de huisarts. Er werd ook gepolst naar de potentiële hinder in toegang tot de huisartspraktijk en de bijhorende gevolgen hiervan.

RESULTATEN: Patiënten zijn gemiddeld 5 tot 15 minuten onderweg naar hun huisarts en vinden dit meer dan aanvaardbaar. De meerderheid van de patiënten komt met de fiets of de auto. Slechts 10% van de ondervraagden is afhankelijk van het openbaar vervoer. Deze groep bestaat voornamelijk uit alleenstaande vrouwen en niemand van hen heeft een betaalde job. Ook anno 2013 heeft zo'n 20% van de patiënten geen auto ter beschikking. Deze autoloze groep lijkt frequenter een beroep te doen op huisbezoeken.

CONCLUSIES: De fysieke toegankelijkheid van de onderzochte huisartspraktijken blijkt over het algemeen goed. In dit kleinschalig onderzoek kan geen enkel verband tussen socio-demografische factoren en fysieke toegankelijkheid weerhouden worden. De groep patiënten zonder auto ondervindt mogelijks wel meer hinder om de huisarts te bereiken en ook de kleine groep patiënten die met het openbaar vervoer komt, is een groep van kwetsbare patiënten die meer aandacht verdient in de toekomst.

CONTACT: JESSICA.TILLEY@UGENT.BE

DANKWOORD

Een Manama-scriptie schrijf je niet alleen. Daarom wil ik een aantal personen bedanken die dit project van dichtbij gevolgd en ondersteund hebben.

In de eerste plaats bedank ik graag mijn promotor Prof. Dr. Sara Willems en co-promotor Dr. Piet Vanden Bussche. Het was steeds boeiend om interessante feedback te krijgen van twee professionals op het gebied van “equity in health care”. Ik kijk mee uit naar de Qualicopc resultaten!

Dit project heeft plaats gevonden in twee huisartspraktijken: het Wijkgezondheidscentrum van Lokeren en de Groepspraktijk Heirnis te Gent. Een speciale dank gaat uit naar mijn praktijkopleider in Lokeren, Dr. Greet Schelfaut, voor het enthousiast mee uitbouwen van dit project! Ook het voltallige team van het GC heeft het project steeds ijverig ondersteund. Dankjewel! Ook mijn praktijkopleider in de Groepspraktijk Heirnis, Dr. Koen Verhofstadt, wil ik nogmaals extra bedanken voor zijn eindeloos positivisme en luisterend oor! De collega-artsen en het secretariaat hebben zich eveneens met overtuiging mee ingezet voor dit project, waarvoor dank!

Voor het ventileren en verteren van alle emoties rond deze Manama-thesis wil ik graag mijn vrienden en collega-HAIO’s bedanken: Marie, Charlotte, Elisabeth, Elsbeth, de “beestjes”-bende,... jullie zijn van onschatbare waarde! Sarah en Hendrik, nogmaals bedankt om mij als ervaren wetenschappers te ondersteunen in de S-plus perikelen en te verwennen met allerlei lekkers!

Mama en papa, jullie onvoorwaardelijke steun en vertrouwen hebben er voor gezorgd dat ik nu sta waar ik sta. Jullie gaven me alle mogelijke kansen om te ontplooien en te dromen, en daar ben ik jullie ongelooflijk dankbaar voor!

Wim, mi amor, dankjewel om er steeds voor me te zijn met jouw warme glimlach en brede schouders!

INHOUDSTAFEL

INLEIDING **1**

GEBRUIK VAN GEZONDHEIDSZORG 1

TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG 2

FYSIEKE TOEGANKELIJKHEID 4

DEFINITIE 4

IMPACT OP GEZONDHEID 5

IMPACT OP ZORGVERLENING 6

METHODE EN MATERIALEN **9**

DE START 9

HET ONDERZOEK 10

PRAKTIJKSCHETS 11

RESULTATEN **13**

LOKEREN 13

GENT 16

BEIDE HUISARTSPRAKTIJKEN 18

DISCUSSIE **22**

SOCIO-DEMOGRAFISCHE GEGEVENS 22

TRANSPORT 22

HINDER 24

BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK 25

BESLUIT **27**

REFERENTIES **28**

AFKORTINGEN **31**

BIJLAGES **32**

AFFICHE 33

VRAGENLIJST 34

INFORMATIEBROCHURE 37

S-PLUS KRUISTABELLEN 38

INLEIDING

1. Gebruik van gezondheidszorg

Belgisch onderzoek toont dat over een periode van drie jaar (2006 tot 2008) 95% van de bevolking een ambulant contact met een arts heeft gehad. Ongeveer 90% contacteerde een huisarts. In Nederland bezoekt ongeveer driekwart van de bevolking minstens één maal per jaar een huisarts en 40% bezoekt jaarlijks een arts-specialist[14]. De huisarts is dus de zorgverlener die het meeste gefrequenteerd wordt: in België wordt de huisarts gemiddeld 4,28 maal per jaar gecontacteerd, ten opzichte van een arts-specialist die 2,69 keer per jaar geconsulteerd wordt[12]. Chronisch zieken consulteren de huisarts zelfs nog frequenter en hebben tot meer dan 10 contacten per jaar[14].

Onderzoek toont dat bepaalde socio-demografische factoren een invloed hebben op het gebruik van gezondheidszorg. Zo zouden vrouwen vaker dan mannen de huisarts consulteren[7,12]. Ook jonge kinderen (0 tot 4 jaar) hebben hogere consultatiefrequenties dan oudere kinderen, maar vanaf 15 jaar stijgt het aantal bezoeken aan de huisarts weer met toenemende leeftijd. Vijfenzeventig plussers consulteren in België bijvoorbeeld gemiddeld 10 keer per jaar de huisarts[12].

Ook de werkstatus heeft een invloed op de gezondheidstoestand en het gebruik van de eerstelijnsgezondheidszorg. Werkloze patiënten bijvoorbeeld hebben algemeen een minder goede gezondheid, en verschillende studies geven een positieve associatie weer tussen werkloosheid en zorgconsumptie. Zo consulteren werkloze patiënten vaker de huisarts en vragen ze frequenter huisbezoeken aan dan mensen die wel een job hebben. Er wordt echter gesteld dat werkloze patiënten ook meer 'unmet care needs' hebben[2]. Dit wil zeggen dat zij vaker het gevoel hebben dat ze niet goed terecht kunnen bij een huisarts of dat ze niet goed geholpen worden door hun huisarts. Gelijkaardige resultaten worden gevonden voor patiënten met een lagere socio-economische status en een lager opleidingsniveau[26,39].

Het gebruik van zorgverlening door de huisarts hangt dus af van verschillende socio-demografische factoren. Maar wanneer we kijken naar het gebruik van zorg, kan men niet anders dan ook de toegankelijkheid van die zorg nader onder de loep te nemen.

2. Toegang tot gezondheidszorg

Een goede toegang tot gezondheidszorg kan simpelweg impliceren dat "voorzien wordt in de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats"[19]. Goddard et al. (2001) definiëren toegankelijkheid van zorg dan weer als "de universele mogelijkheid om zorgvoorzieningen van een bepaald kwaliteitsniveau te bereiken zonder overdreven ongemakken of kosten". De WHO stelt als een van haar hoofddoelen dat eerstelijnsgezondheidszorg universeel toegankelijk moet zijn. In het ideale geval is er dus voor alle personen in gelijke nood, ook gelijke toegang tot zorg[11,14].

We zien echter dat de toegang tot de huisarts en het gebruik van de eerstelijnsgezondheidszorg sterk variëren van patiënt tot patiënt. Deze variaties zijn zeer belangrijk want zij kunnen een directe invloed hebben op de gezondheid van de patiënt. Zowel de morbiditeit als het ziektegevoel hangen sterk af van het gebruik en toegang tot de eerstelijnsgezondheidszorg[7]. Ook werd vastgesteld dat personen die minder goede toegang hebben tot de eerstelijnszorg, meer hospitalisaties vertonen en meer gebruik maken van de spoeddienst[17]. Toegang tot gezondheidszorg is dus een belangrijke determinant voor gezondheid.

Volgens de literatuur kan toegankelijkheid grosso modo worden onderverdeeld in: **culturele toegankelijkheid, economische toegankelijkheid** en **fysieke toegankelijkheid**.

Culturele toegankelijkheid omhelst factoren zoals taal, etnische achtergrond, religie en cultuur. Verschillen in dergelijke factoren kunnen zorgen voor communicatieproblemen en misverstanden rond de symptomatologie, de ICE en de behandeling van klachten. Gebrek aan respect en waardering werken potentiële conflicten verder in de hand en vergroten zo de drempel om naar de huisarts te gaan. Zo werd vastgesteld dat mensen van Turkse of Marokkaanse afkomst minder vaak dan de

autochtone Belgische bevolking een vaste huisarts hebben, minder deelnemen aan preventieve campagnes en een hoger risico lopen op een slechtere subjectieve gezondheid[40]. In sommige gevallen kan er omwille van culturele verschillen zelfs sprake zijn van minder goede zorgverlening. Verscheidene studies tonen bijvoorbeeld aan dat dakloze personen vaak een bezoek aan de dokter uitstellen omdat ze zich gestigmatiseerd voelen. Zij worden niet altijd evenwaardig beschouwd en bijgevolg soms ook op een andere manier behandeld[16]. Een holistische visie als huisarts, met respect voor de patiënt en aandacht voor de psycho-sociale context van de patiënt kan helpen om culturele toegankelijkheid te verhogen en verschillen in de kwaliteit van zorg(verlening) te beperken.

Economische toegankelijkheid duidt op de financiële drempel die bestaat om beroep te doen op zorg. Onderzoek toont dat een toenemend aantal mensen medische zorg uitstelt omwille van de kostprijs. In België geeft 14% van de bevolking aan verzorging uit te stellen omwille van financiële redenen, in Brussel stijgt dit percentage nog tot 26%[12].

Gezondheidszorg is zelden gratis en voor sommige mensen is zelfs een klein bedrag al te veel om te spenderen aan gezondheid. Bovendien zijn het niet enkel de consultaties bij de arts die betaald moeten worden, maar ook transportkosten en de aankoop van medicatie en verzorgingsproducten jagen de rekening de hoogte in. Bij een Belgisch gezin gaat gemiddeld ongeveer 7% van het maandelijks inkomen naar medische zorg. Dit percentage kan voor sommige gezinnen zwaar wegen op de algemene financiële toestand [26]. Het totale bedrag van de uitgaven van een patiënt is bovendien evenredig met de zorgconsumptie. Ernstig zieke patiënten en chronisch zieken besteden bijgevolg vaak een groter aandeel van hun individueel inkomen aan medische verzorging[12].

3. Fysieke toegankelijkheid

3.1 Definitie

Fysieke toegankelijkheid is een aspect van toegankelijkheid dat vaak over het hoofd wordt gezien. Er wordt ook wel gesproken van geografische toegankelijkheid, waarbij vooral de bereikbaarheid tot beschikbare hulpverleners en artsenpraktijken in rekening wordt gebracht. Bereikbaarheid kan hierbij gezien worden in termen van afstand en tijd. De reistijd en afstand tot een huisartspraktijk spelen een belangrijke rol in de toegankelijkheid, aangezien de bijhorende ongemakken en kosten drempels kunnen zijn in het gebruik van zorg[6,19].

Ook architecturale factoren spelen mee in de fysieke toegang tot een huisartspraktijk. De aanwezigheid van een goed voetpad, parkeerplaats dichtbij de praktijk, geen hoge drempels of trappen in het gebouw, rolstoelvriendelijke aanpassingen, enz... zijn belangrijke faciliterende factoren om tot bij een huisarts te geraken[19,34]. Vooral voor mensen met een fysieke beperking, voor ouderen die moeilijker te been zijn of voor ouders met kinderwagens, kunnen structurele tekortkomingen van het praktijkgebouw zorgen voor een extra drempel om de huisarts te consulteren. Een Canadees onderzoek toont dat 32% van de mensen met een fysieke beperking aangeeft ernstige hinder te ondervinden in verband met fysieke toegankelijkheid tot de huisartspraktijk[35]. Ook andere studies over mensen met een fysieke handicap tonen dat een belangrijk percentage (20-40%) moeilijkheden ondervindt om de huisarts te bereiken. Dit percentage stijgt bovendien met toenemende mate van handicap, terwijl de nood aan zorg dan ook net groter wordt[35,36].

In België worden medische praktijken beschouwd als publieke gebouwen en moet bijgevolg rekening gehouden worden met de *Gewestelijke Stedenbouwkundige Verordening van 5 juni 2009 inzake toegankelijkheid*. Vanuit de Belgische overheid zijn de voorbije jaren inspanningen geleverd om de toegankelijkheid van de zorginfrastructuren onder de aandacht te brengen. Voorzieningen in het kader van Gelijke Kansen zoals *Enter vzw* (Vlaams expertisecentrum toegankelijkheid) en provinciale toegankelijkheidsbureaus ondersteunen en adviseren medische praktijken bij het (ver)bouwen[33].

Het is niet eenvoudig om de factor “fysieke toegankelijkheid” te onderzoeken. Eerdere onderzoeken werden uitgevoerd rond afstand. Zo werd nagekeken welke afstand patiënten maximum willen afleggen tot zorgverleners. Voor specialistisch advies willen patiënten bijvoorbeeld gemiddeld 25 km reizen, terwijl ze slechts 5 km willen overbruggen om een huisarts te consulteren[31]. In latere studies wordt meer aandacht besteed aan de reistijd, aangezien dit een betere inschatting van het bijhorende ongemak zou geven. Een studie in het Verenigd Koninkrijk toont zo dat 67% van de patiëntenpopulatie daar op een slechts 5 minuten durende autorit woont van een huisarts. De patiënten die langer onderweg zijn melden meer problemen waardoor ze minder vaak de huisarts consulteren[6]. Naast afstand en reistijd speelt ook de verplaatsingsmethode en de toegang tot een transportmiddel een belangrijke rol in de fysieke toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg (zie verder)[3,6,7].

3.2 Impact op gezondheid

Er wordt geopperd dat minder goede fysieke toegankelijkheid zorgt voor minder gebruik van gezondheidszorg, wat resulteert in algemeen minder goede gezondheids‘outcomes’[6,7,35]. De impact van geografische factoren op gezondheid blijkt niet te onderschatten. In de Boliviaanse Andes bijvoorbeeld is fysieke toegang tot eerstelijnsgezondheidszorg een extreem moeilijk punt gezien het ruwe klimaat, de slechte wegen en de geïsoleerde dorpen. Mensen in de stad hebben er een betere algemene gezondheidstoestand dan plattelandsbewoners[1]. In Yemen wordt een lagere vaccinatiegraad gezien bij kinderen uit afgelegen gebieden, voor wie de gezondheidscentra minder goed toegankelijk zijn[18]. Littenberg et al (2006) tonen minder goede glycemie- en HemoglobineA1C waarden bij patiënten die op verdere afstand van hun huisarts wonen, onafhankelijk van geslacht, leeftijd en inkomen[8]. Ook DeVoe et al. (2009) linken een verschil in toegang tot zorg aan een verschil in gezondheidstoestand. Hun onderzoek toont immers hogere cijfers van “unmet medical and dental needs” bij plattelandskinderen dan bij de stadspopulatie, ongeacht socio-economische factoren[32]. Een grotere afstand tot een zorgverlener kan dus zorgen voor een minder goede gezondheidstoestand. Onderzoek van Jordan et al. (2004) spreekt dit enigszins tegen aan de hand

van hogere morbiditeits- en mortaliteitscijfers in regio's dicht bij ziekenhuizen[19].

Onderzoek dat zich echter louter concentreert op afgelegen plattelandsgebieden geeft waarschijnlijk een onderschatting van het probleem rond toegankelijkheid, want ook in een stedelijke omgeving is het gebruik van gezondheidszorg niet gelijk verdeeld[19]. Er zijn argumenten dat de verplaatsingsmethode een belangrijkere determinant van toegankelijkheid zou zijn dan afstand of reistijd. Patiënten zonder auto vermelden bijvoorbeeld frequenter problemen om de huisarts te bereiken en moeten vaker huisbezoeken aanvragen, dan personen die wel een auto ter beschikking hebben[7]. Personen zonder rijbewijs ondergaan ook de helft minder controlevisites bij de huisarts en maken minder gebruik van preventieve onderzoeken. Ook wanneer men afhankelijk is van anderen om vervoerd te worden, blijkt dit een extra drempel om de huisarts te bezoeken[3].

Het openbaar vervoer kan een alternatief vormen voor de auto, maar in afgelegen delen van de stad en op het platteland zijn voorzieningen van bus en tram vaak schaars. Brits onderzoek toont dat gemiddeld 13% van de patiënten onmogelijk met het openbaar vervoer tot bij de huisarts geraakt[6]. Dit percentage blijkt nochtans te bestaan uit patiënten die net een minder goede persoonlijke mobiliteit bezitten en een grotere nood aan gezondheidszorg hebben. Bij gebrek aan privé transport kan dus zelfs een korte afstand zorgen voor onoverkombare problemen van toegankelijkheid. Aangezien het vooral oudere patiënten en patiënten uit een lagere sociaal-economische klasse zijn die geen auto hebben, zijn het net deze kwetsbare groepen die grotere hinder ondervinden. Deze bevinding is bijgevolg in overeenstemming met de *"inverse care law"* die stelt dat mensen met de hoogste nood aan gezondheidszorg, hier de minst goede toegang tot hebben.

3.3 Impact op zorgverlening

a. De huisartspraktijk

België telt gemiddeld 1 huisarts per 1100 inwoners. De densiteit van de actieve huisartsen schommelt echter van provincie tot provincie en is geografisch niet gelijk verdeeld. De laatste jaren is bovendien de structuur van het huisartsberoep aan het veranderen: het beroep vervrouwelijkt en de

populatie huisartsen vergrijst (34% van de huidige actieve huisartsen is tussen de 54 en 64 jaar). Aangezien er tevens een dalende rekrutering van jonge huisartsen is, kan er sprake zijn van een nakend tekort aan huisartsen. Qua praktijkorganisatie zien we bijgevolg een tendens naar minder huisbezoeken en is er een opvallende toename van groepspraktijken: ondertussen werkt ongeveer een kwart van de huisartsen in groep. Op die manier krijgen we een geografische concentratie van huisartspraktijken, waardoor de spreiding van zorgvoorzieningen nog extra afneemt[12]. Ook landelijke, kleinschalige ziekenhuizen sluiten de deuren en associëren zich met grotere. Patiënten moeten bijgevolg vaak verder reizen om een arts te raadplegen, wat drempelverhogend werkt[38].

De Belgische overheid startte hiervoor in 2006 met de impulseo I maatregel, die jonge huisartsen via (financiële) ondersteuning stimuleert om zich te vestigen in zones met minder huisartsen of met een risico op minder huisartsen. Met deze maatregel hoopt men een gelijkwaardige distributie van huisartsen te verkrijgen en een goed niveau van toegang tot zorg te behouden[12].

b. De spoeddienst

Hoewel de huisartsgeneeskunde in België sterk is uitgebouwd, worden spoeddiensten in ziekenhuizen de voorbije jaren in toenemende mate geconsulteerd: tussen 1996 en 2000 zag men een stijging van 36%. Zeer frequent – in literatuur is er sprake van tot 80%! - consulteren er patiënten met mineure pathologieën die eigenlijk door een huisarts geholpen konden worden. Door dit 'oneigenlijk' gebruik, is de spoeddienst vaak overbevolkt en overbelast[28]. Ongepast gebruik van de spoedafdelingen leidt bovendien tot slechtere preventieve geneeskunde, minder goede follow-up van chronisch zieken en hogere kosten voor de maatschappij[10]. Het is dus belangrijk dat alle patiënten de weg vinden naar een huisartspraktijk.

In de literatuur vindt men een aantal karakteristieken van frequente gebruikers van de spoeddienst: oa mensen die een slechte fysieke en mentale gezondheid hebben maken vaker gebruik van de spoeddienst, net zoals patiënten die geen vaste huisarts hebben. Van patiënten zonder huisarts doet 83.6% regelmatig beroep op de spoeddienst, ten opzichte van 43.5% van

patiënten met een vaste huisarts[27]. Naast verschillende socio-economische eigenschappen van patiënten bepalen ook geografische factoren mee hoe snel en hoe vaak iemand de spoedafdeling consulteert. Studies vermoeden dat afstand tot de spoedafdeling een invloed kan hebben op het gebruik ervan. Zo blijkt dat mensen die op minder dan 10 minuten van een ziekenhuis wonen frequenter de spoedafdeling consulteren dan mensen die op meer dan 30 minuten van een ziekenhuis wonen[5]. Enkele studies suggereren dat gebrek aan tijdige toegang tot een huisartspraktijk een belangrijke factor is in het feit dat patiënten hulp zoeken bij spoedafdelingen. Hinder in verband met transport naar de huisartspraktijk werd door patiënten aangekaart als een belangrijke faciliterende factor voor het bezoeken van de spoed i.p.v de huisartspraktijk[10].

c. De huisartsenwachtpost

Sinds een tiental jaar zijn de wachtdiensten van de huisartsen in België beter georganiseerd en ondertussen kan ongeveer één op de tien Vlamingen beroep doen op een huisartsenwachtpost tijdens weekends en op feestdagen. Een voorwaarde voor een goed functionerende huisartsenwachtpost is volgens onderzoek een centrale ligging, waarbij de voorziening herkenbaar en bereikbaar is[29]. In de literatuur wordt bijgevolg geopperd dat huisartsenwachtposten beter geïntegreerd zouden worden in ziekenhuizen. Patiënten in het VK vinden geïntegreerde huisartsenwachtposten toegankelijker, aangezien ziekenhuizen meestal goed bereikbaar zijn met het openbaar vervoer[29,30]. Een Nederlandse studie toont dat in een gewone huisartsenwachtpost (gelegen op enkele km's van een spoeddienst) significant meer huisbezoeken worden gedaan[30]. Bovendien rapporteren spoeddiensten die dichtbij een huisartsenwachtpost gelegen zijn een daling van patiëntencontacten en opvallend minder 'oneigenlijk' gebruik van de dienst, dan wanneer de wachtpost verder weg van het ziekenhuis ligt[27,30].

Algemeen kan men dus stellen dat de locatie en bijhorende bereikbaarheid van een huisartsenwachtpost een belangrijke invloed heeft op het gebruik en de toegankelijkheid ervan. Verder onderzoek is nodig om in de toekomst wachtposten op te richten die de drempel qua toegankelijkheid nog meer verlagen.

METHODE EN MATERIALEN

1. De start

Het idee voor dit Manama-project is mede ontstaan tijdens een brainstorm met mijn partner die werkzaam is in de cultuursector en dweept met de slogan “meer mensen meer goesting doen krijgen in cultuur”. Onderzoek van Cultuurnet Vlaanderen toont dat mensen voor een regulier cultureel aanbod maximum 30 minuten willen reizen[37]. Dit is belangrijke informatie om een gepast beleid te voeren dat zo veel mogelijk mensen betrekt bij cultuur. Naar analogie hiermee is zulke informatie ook relevant om zo veel mogelijk mensen te betrekken bij eerstelijnsgezondheidszorg. Tijdens mijn opleiding tot huisarts hebben nationale en internationale ervaringen me steeds meer overtuigd van het belang van een goede eerstelijnsgezondheidszorg. Een onderzoek rond de toegankelijkheid van de huisarts sluit dan ook aan bij de idee om “meer mensen meer toegang tot de eerstelijnsgezondheidszorg te verschaffen”.

Aangezien ik mijn opleiding tot huisarts heb genoten in twee verschillende huisartspraktijken, heb ik kennis gemaakt met verschillende organisatievormen en praktijkgebouwen. Beide praktijken zijn groeiende praktijken, die zich wegens toenemend succes recent genoodzaakt zagen om te verhuizen naar een andere locatie. Toevallig ben ik dus als HAIO twee maal van dichtbij betrokken geraakt bij discussies en reflecties rond de fysieke toegankelijkheid van het -oude en nieuwe- praktijkgebouw. Het leek dan ook interessant na te gaan hoe de patiënten zelf de toegankelijkheid van de praktijken beschouwen. Op die manier kan bij de herorganisatie van een praktijk rekening gehouden worden met een aantal aspecten rond fysieke toegankelijkheid, die anders misschien over het hoofd gezien worden. Vermits over architecturale aspecten in verband met toegankelijkheid van de huisartspraktijk reeds goed uitgewerkte richtlijnen verschenen zijn, werd besloten het onderwerp te vernauwen tot de invloed van de factor ‘transport’[33].

2. Het onderzoek

Voorafgaand aan het project werd een literatuurstudie uitgevoerd. Hiervoor werd de database van *Pubmed Health* doorzocht, met als belangrijkste zoektermen “accessibility”, “physical access”, “transportation” en ”primary health care”. Voornamelijk recente literatuur werd weerhouden en de voorkeur werd gegeven aan Europese studies. Recente Belgische data werden bekomen via het Riziv, met als voornaamste bron het Performantierapport van 2012[12].

Er werd besloten een prospectief observationeel onderzoek uit te voeren aan de hand van vragenlijsten. **De vragenlijst** werd bewust kort en bondig opgesteld om de weerstand tot deelname zo laag mogelijk te houden. De vragenlijst bestaat uit 21 gesloten vragen type “omcirkel het best passende antwoord” en één open vraag voor eventuele opmerkingen *(bijlage 2)*. Via de eerste vijf vragen werden enkele socio-demografische gegevens verzameld zoals geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en professionele status. Vragen 6 tot 11 handelen over de reistijd en het transportmiddel. De volgende zeven vragen gaan over de tevredenheid van de patiënt en polsen naar wat de patiënt belangrijk vindt in verband met fysieke toegankelijkheid van de huisartspraktijk. De laatste vragen onderzoeken de hinder die de patiënt ondervindt om de praktijk te bereiken, en de bijhorende gevolgen hiervan. De vragen werden opgesteld met ondermeer de QUALICOPC-studie in het achterhoofd. Deze grote Europese studie probeert de prestaties van de eerstelijnszorg in Europa te evalueren op onder andere toegankelijkheid, en stelt gelijkaardige vragen rond fysieke toegankelijkheid aan patiënten. Resultaten van dit grootse onderzoek worden eind 2013 verwacht.

De vragenlijst werd getoetst door tien vrijwilligers in het gezondheidscentrum van Lokeren, waarna enkele aanpassingen werden doorgevoerd ter verbetering van de duidelijkheid en eenvoud. Na overleg met promotor en co-promotor werd er in april 2012 toestemming van de Ethische commissie verkregen om het onderzoek te starten.

Voor **het verloop van de studie** werd volgend schema gehanteerd: in beide praktijken werd het onderzoek twee weken voor de start aangekondigd door middel van een affiche in de wachtzaal. De affiche “Hoe kom jij naar de dokter?” werd zo laagdrempelig en aantrekkelijk mogelijk opgesteld om een

breed publiek te motiveren om deel te nemen *(bijlage 1)*. In mei 2012 en mei 2013 werden gedurende 3 weken vragenlijsten uitgedeeld in respectievelijk Lokeren en Gent. Aan iedere consulterende patiënt werd een vragenlijst meegegeven door het onthaal voor de visite, of door een arts op het einde van de consultatie. Er werden geen vragenlijsten uitgedeeld op huisbezoek. Artsen en onthaalmedewerkers betrokken bij het project werden vooraf grondig ingelicht over het opzet en verloop van de studie. De vragenlijst werd uitgedeeld samen met een informatiebrochure waarin een bondige uiteenzetting van het onderzoek wordt gegeven in eenvoudige taal *(bijlage 3)*.
Het invullen van de vragenlijst gebeurde anoniem en op vrijwillige basis. Er werd geen vergoeding voor deelname voorzien. In Lokeren werden 130 vragenlijsten uitgedeeld en 100 exemplaren ingevuld terugbezorgd, waarvan er 95 weerhouden werden. De overige exemplaren bleken onvolledig of niet correct ingevuld. In de Gentse huisartspraktijk werden 170 exemplaren uitgedeeld, waarvan er 109 terug bezorgd werden. Hiervan bleken 9 niet volledig ingevuld, waardoor ze niet opgenomen werden in de analyse. Personen jonger dan 18 jaar en niet-wilsbekwame personen werden niet geïncludeerd in de studie.
Na de dataverzameling werd een **statistische analyse** uitgevoerd. Er werden datasets opgesteld met gegevens van de praktijk in Lokeren, de praktijk in Gent en een overkoepelende set met gegevens van beide praktijken. Analyses werden uitgevoerd via de programma's Excell en S-plus. Om potentiële verbanden te onderzoeken werd gebruik gemaakt van kruistabellen, waarbij een Pearson Chi-kwadraat test de significantie bekijkt. Een verband werd pas significant beschouwd als de nulhypothese verworpen wordt en de p-waarde ≤ 0,05 is.

3. Praktijkschets

Aangezien het studieproject werd opgezet in twee verschillende huisartspraktijken, is het van belang beide praktijken en hun omgeving kort toe te lichten:

Lokeren

Lokeren is een Oost-Vlaamse stad in het arrondissement van Sint-Niklaas. De stad telt iets meer dan 40 000 inwoners en een bevolkingsdichtheid van 561 inwoners/km^2. De werkloosheidsgraad ligt met 7,02% hoger dan gemiddeld in Vlaanderen en ook het inkomen per inwoner ligt lager dan gemiddeld. Lokeren telt 45 erkende huisartsen, wat zorgt voor ongeveer 1 huisarts per 1000 inwoners. In het centrum van de stad is een ziekenhuis met spoeddienst aanwezig.

Het onderzoek werd gestart in het gezondheidscentrum van Lokeren. Dit centrum telt twee huisartsen en een HAIO, een verpleegkundige en een diëtiste. In het centrum wordt gewerkt met een forfaitair betalingssysteem, waarbij patiënten zich moeten inschrijven in de praktijk en gratis gezondheidszorg verkrijgen. Het GC Lokeren telt ongeveer 1300 ingeschreven patiënten. Het gezondheidscentrum bevindt zich te Patershof 33, een doodlopende straat met enkele sociale woningen en een ruime parking. Er is een goed onderhouden voetpad. Het praktijkgebouw ligt op wandelafstand van het –deels autovrije- centrum van Lokeren. De dichtstbijzijnde bushalte bevindt zich op 500m.

Gent

Gent is de hoofdstad van de provincie Oost-Vlaanderen en telt 261 919 inwoners. Er is een werkloosheidsgraad van 11,2%. In 2011 waren er 368 erkende huisartsen actief. Dit betekent dat er 712 inwoners zijn per erkende huisarts, oftewel 1,41 huisarts per 1000 inwoners. Het studieproject werd uitgevoerd in de huisartspraktijk Heirnis in de wijk Macharis-Dampoort, volgens het Riziv beschouwd als een huisartsarme wijk in Vlaanderen. De praktijk telt zes vaste artsen en een HAIO. Het patiëntenbestand telt ongeveer 6500 geregistreerde GMD-dossiers. De praktijk is gelegen op de Dendermondsesteenweg 142, een drukke steenweg met fietssuggestiestrook en voetpad. Er zijn verschillende parkeerplaatsen langs de steenweg en op 50m van het praktijkgebouw is een winkelcomplex met uitgebreide parking. Er passeren verschillende buslijnen langs de praktijk en de dichtstbijzijnde bushalte ligt op 50m.

RESULTATEN

Omdat het onderzoek in twee verschillende huisartspraktijken werd uitgevoerd, wordt ook bij het bespreken van enkele resultaten een onderscheid gemaakt tussen beide praktijken. Voor resultaten rond potentiële verbanden (zie later) worden de data van beide praktijken wel samen geanalyseerd.

1. Lokeren

Wanneer we kijken naar enkele demografische gegevens zien we dat bijna 3/4^{e} van de vragenlijsten door vrouwelijke patiënten werd ingevuld (*Fig.1)*. De gemiddelde leeftijd van de ondervraagde populatie bedraagt 45,5 jaar. Ongeveer 30% van de patiënten is alleenstaand (*Fig.2)*.

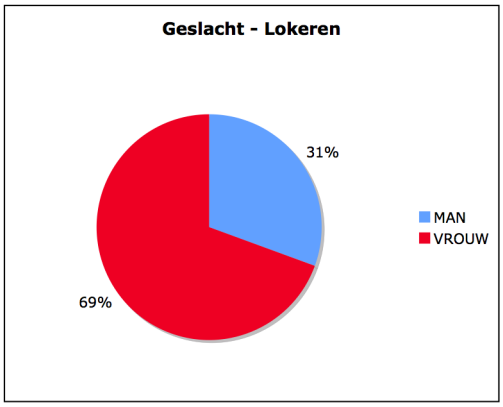


Fig.1: Verdeling geslacht – Lokeren

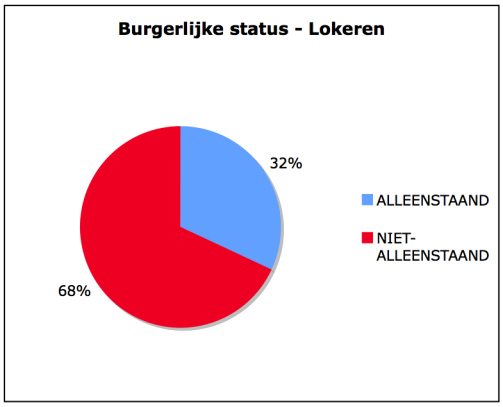


Fig.2: Burgerlijke status – Lokeren

Wat betreft het opleidingsniveau zien we dat 40% een diploma hoger of universitair onderwijs heeft, 38% een diploma hoger middelbaar onderwijs (tot 18 jaar), 17% ging naar school tot 14 jaar (lager middelbaar onderwijs) en 7% behaalde enkel een diploma lager onderwijs (*Fig.3)*. In verband met de professionele status blijkt dat meer dan de helft van de ondervraagden een betaalde job heeft. Ongeveer 6% is werkloos en 11% invalide (*Fig.4)*.

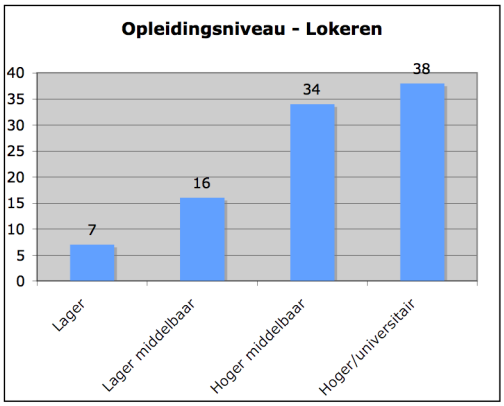


Fig.3: Opleidingsniveau – Lokeren

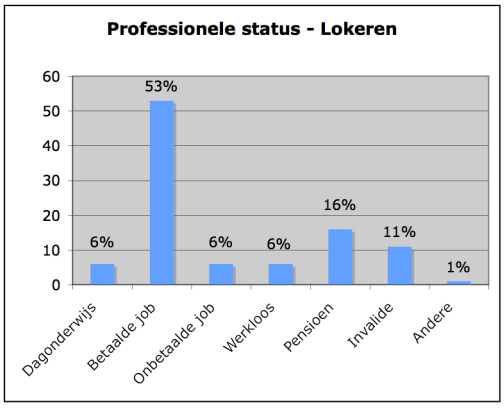


Fig.4: Professionele status – Lokeren

In verband met transport noteren we dat bijna 3/4^{e} van de deelnemers kan gebruik maken van een auto, maar dat toch 20% nooit een auto ter beschikking heeft (*Fig.5).*

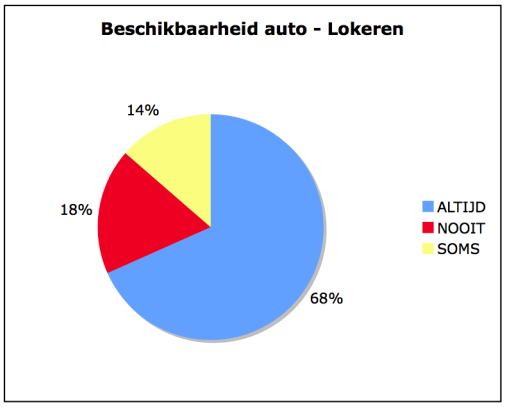


Fig.5: Beschikbaarheid auto – Lokeren

Bijna de helft van de patiënten komt meestal met de auto naar de praktijk, ongeveer 40% gebruikt de fiets en 15% komt te voet. Opmerkelijk is dat niemand gebruik maakt van het openbaar vervoer (*Fig.6*).

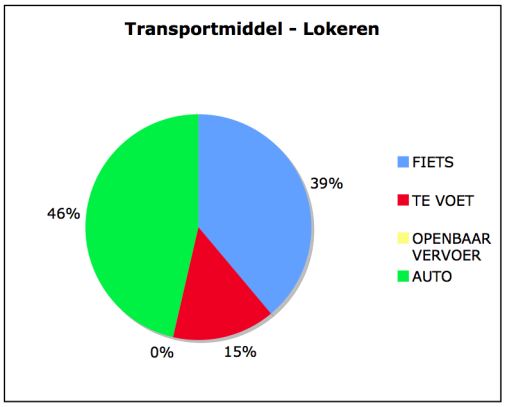


Fig.6: Methode van transport naar de huisarts – Lokeren

Na ondervraging geven slechts 2 van de 95 deelnemers aan ooit een probleem te hebben ondervonden om de praktijk te bereiken. Negen patiënten vermelden dat ze regelmatig een huisbezoek aanvragen wegens de te overbruggen afstand tot de huisartspraktijk. Geen enkele van de patiënten vertelt ooit naar een andere arts of naar de spoedafdeling gegaan te zijn omwille van problemen met bereikbaarheid van de praktijk.

Wanneer we kijken naar de keuze van huisartspraktijk zien we dat 17% aangeeft dat de mate van toegankelijkheid van de praktijk heel belangrijk is in het kiezen van een praktijk. Vijfentwintig procent vindt dit belangrijk, 35% minder belangrijk. Voor 23% van de deelnemers speelt de toegankelijkheid geen rol in de keuze van de huisartspraktijk en zijn andere factoren van belang (*Fig.7*).

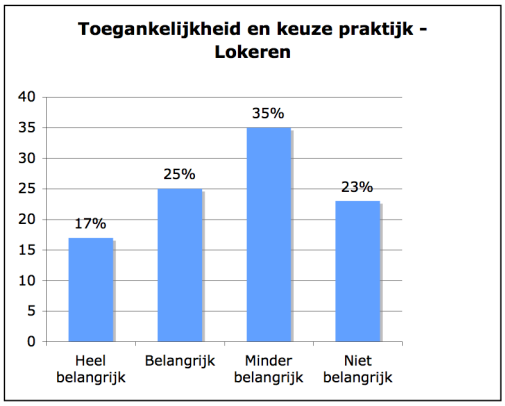


Fig.7: Belang van toegankelijkheid van de huisartspraktijk bij het kiezen van een vaste huisarts - Lokeren

2. Gent

De gemiddelde leeftijd van de Gentse deelnemers bedraagt 42,5 jaar, wat slechts 3 jaar jonger is dan de gemiddelde leeftijd in het Wijkgezondheidscentrum van Lokeren. Zo'n 60% van de deelnemende patiënten zijn vrouwen *(Fig.8)*. Ongeveer 60% heeft een partner en de helft van de ondervraagden heeft kinderen *(Fig.9)*.

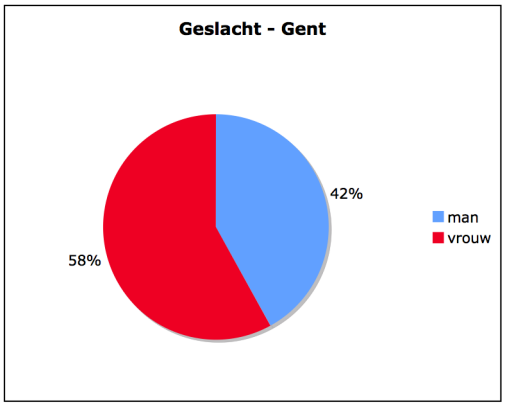


Fig.8: Geslachtsverdeling – Gent

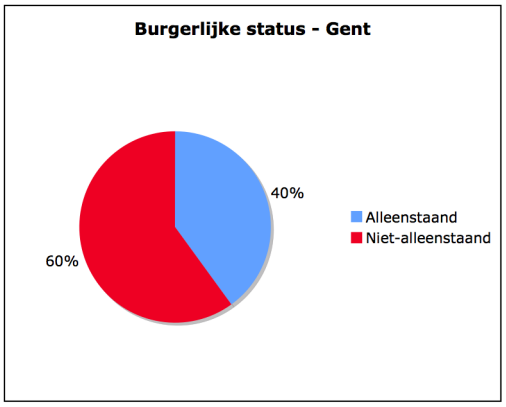


Fig.9: Burgerlijke status - Gent

Wanneer we kijken naar het opleidingsniveau van de patiënten zien we dat ruim 60% universitaire studies of studies in het hoger onderwijs heeft genoten. Slechts 5% van de deelnemers heeft enkel een diploma lager onderwijs *(Fig.10).* Zestig procent van de patiënten is aan het werk, 11% studeert en 14% is met pensioen. Zo'n 9% is werkloos en 4% staat op invaliditeit *(Fig.11)*.

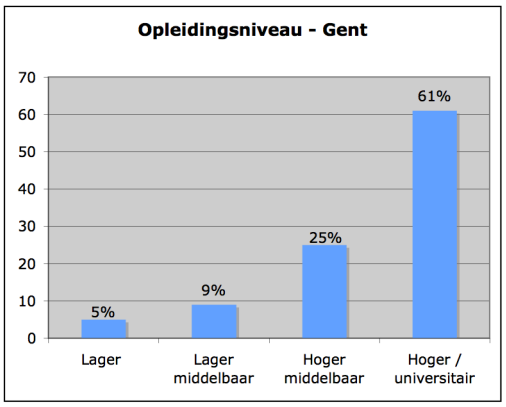


Fig.10: Opleidingsniveau – Gent

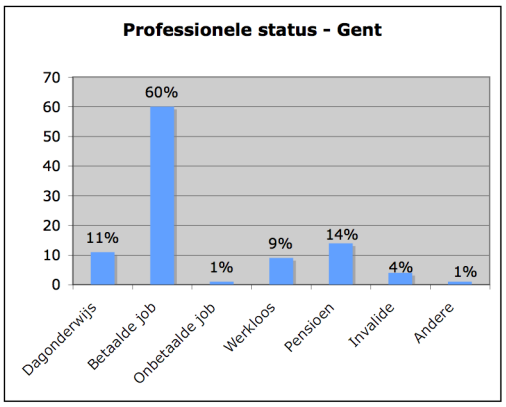


Fig.11: Professionele status – Gent

In overeenstemming met de resultaten van Lokeren, heeft ook in Gent 60% van de patiënten een auto ter beschikking. Ook hier echter blijft 20% over die

nooit toegang heeft tot een auto*(Fig.12).* In Gent komt 37% met auto naar de praktijk, 35% met de fiets en bijna 20% te voet. Hoewel in Lokeren niemand met de bus naar de praktijk komt, is dat in de Gentse praktijk wel 10% *(Fig.13).*

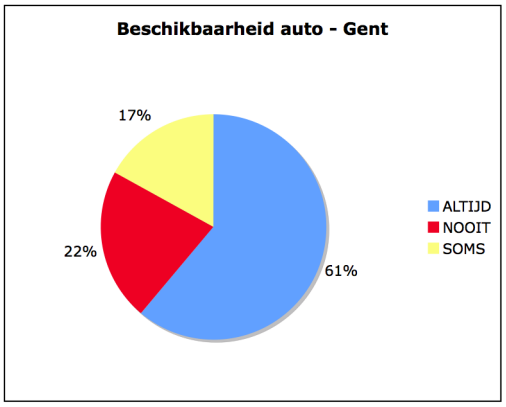


Fig.12: Beschikbaarheid auto – Gent

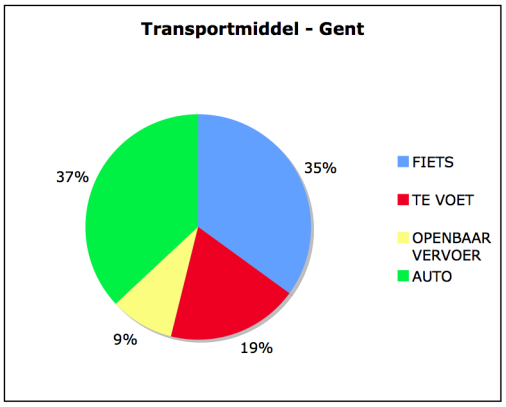


Fig.13: Methode van transport naar de huisarts – Gent

In de Gentse huisartspraktijk geeft 9% van de ondervraagden aan ooit hinder ondervonden te hebben om de praktijk te bereiken. Zo'n 10% vermeldt regelmatig een huisbezoek aan te vragen omdat de praktijk moeilijk te bereiken is. Zes procent zegt soms naar een andere huisarts te gaan en 2% geeft toe al naar de spoedafdeling geweest te zijn wegens slechte toegankelijkheid van de prakijk.

Voor 40 tot 60% van de deelnemers is fysieke toegankelijkheid een belangrijke factor in het kiezen van een huisartspraktijk. Bij 18% van de ondervraagden speelt toegankelijkheid echter geen rol in deze keuze (*Fig.14)*.

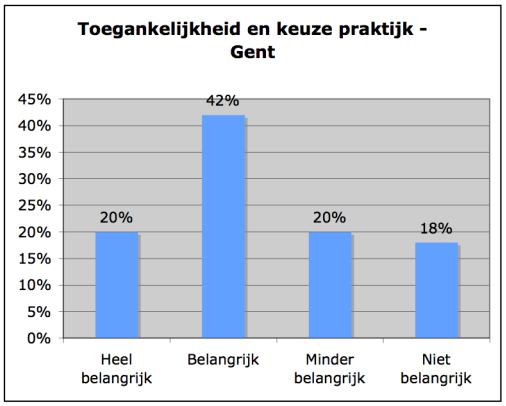


Fig.14: Belang van toegankelijkheid van de huisartspraktijk bij het kiezen van een vaste huisarts - Gent

3. Beide huisartspraktijken

Transport: vervoermiddel en reistijd

In beide praktijken komt de meerderheid van de patiënten met de auto of de fiets naar de huisarts. Amper 5% komt met bus en/of tram *(Fig. 15)*.

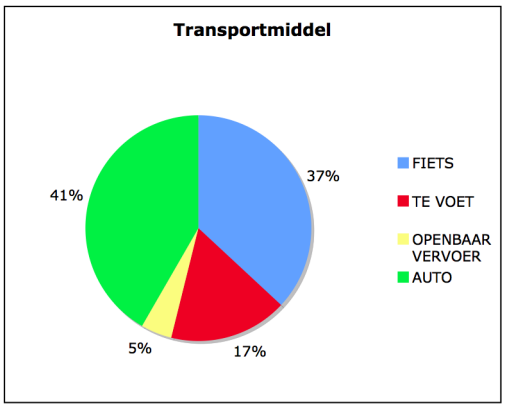


Fig. 15: Transportmiddel naar de huisarts – beide praktijken

Patiënten die meestal met de auto tot bij de huisarts komen zijn in meer dan de helft van de gevallen 5 tot 15 minuten onderweg. Een groot percentage doet er zelfs minder dan 5 minuten over en zo goed als niemand doet er langer dan een half uur over *(Fig.16)*. Analoge resultaten zien we voor mensen die met de fiets *(Fig.17)* of te voet *(Fig.18)* richting de huisarts trekken.

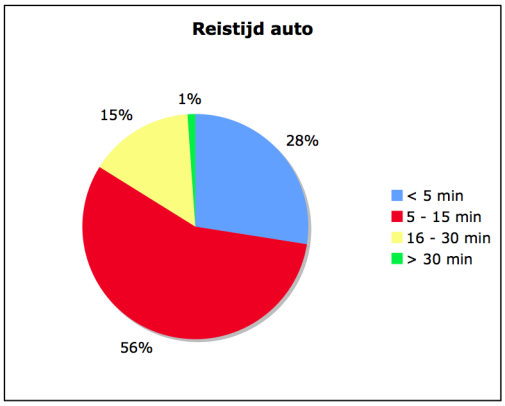


Fig.16: Reistijd tot de huisarts – auto

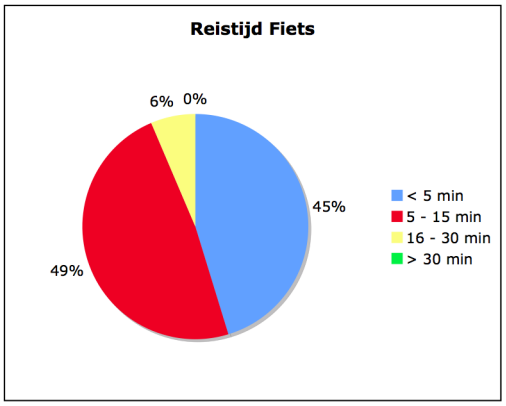


Fig.17: Reistijd tot de huisarts - fiets

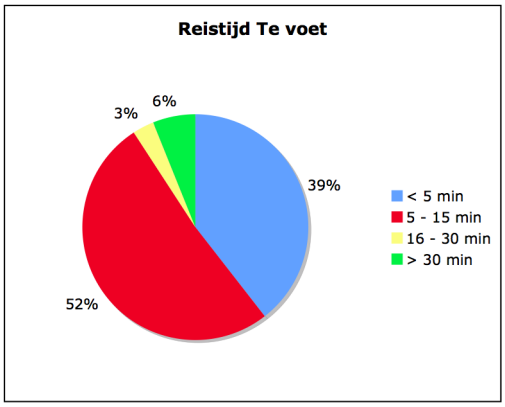


Fig.18: Reistijd tot de huisarts –te voet

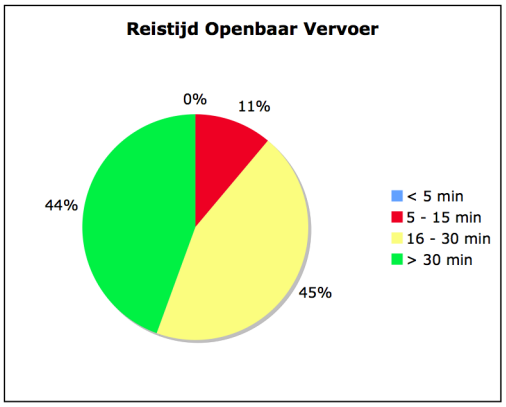


Fig.19: Reistijd tot de huisarts –openbaar vervoer

Het valt op dat mensen die met openbaar vervoer tot bij de huisarts moeten komen veel langer onderweg zijn dan de andere patiënten: de meerderheid van de bus/tramgangers is minstens 16 tot 30 minuten onderweg *(Fig.19)*.

Globaal genomen is de onderzochte patiëntenpopulatie gemiddeld 5 tot 15 minuten onderweg naar de huisarts. Dertig procent woont zelfs op minder dan vijf minuten van zijn/haar huisarts *(Fig.20)*.

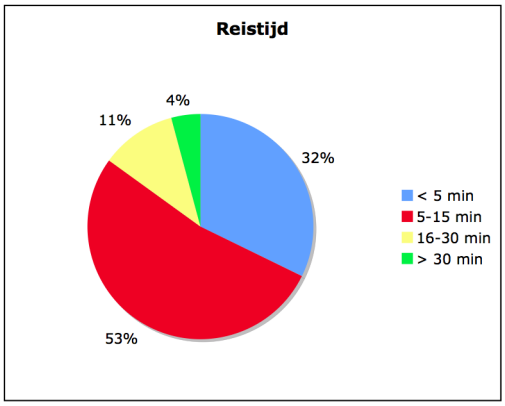


Fig.20: Globale reistijd tot de huisarts – beide huisartspraktijken

Een ruime meerderheid van de patiënten wil niet langer dan 15 minuten onderweg zijn om de huisarts te bereiken. Bijna 30% van de patiënten ziet het zitten om tot een half uur te reizen, terwijl 10% het niet erg vindt om zelfs langer dan een halfuur onderweg te zijn *(Fig.21)*.

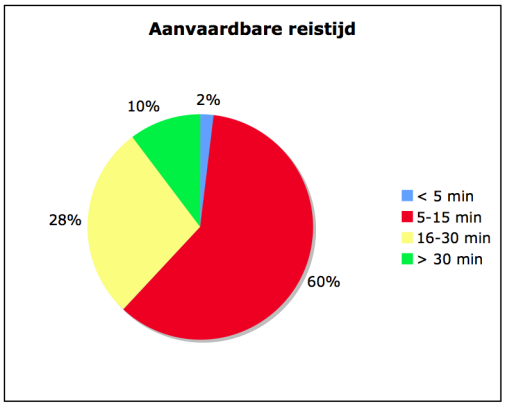


Fig.21: Aanvaardbare reistijd volgens de patiënt

Wanneer wordt gekeken naar de invloed van de reistijd op de toegankelijkheid van de huisarts, kunnen geen significante verbanden weerhouden worden *(Bijlage 4A)*. De resultaten van dit project kunnen eerdere bevindingen die stellen dat mensen die langer onderweg zijn naar de huisarts, meer hinder ondervinden om de huisarts te raadplegen, dus niet bevestigen.

Het belang van een goed voetpad en een veilige fietsroute wordt onderstreept door de patiënten: 90% van de ondervraagden bestempelt deze aspecten als belangrijk tot zeer belangrijk *(Fig.22 en 23)*. Voldoende parkeerplaats dichtbij de praktijk en een goede verbinding met het openbaar vervoer worden ook als belangrijk gezien door de meerderheid van de patiënten, maar toch in mindere mate dan voetpaden en fietsroutes *(Fig.24 en 25)*.

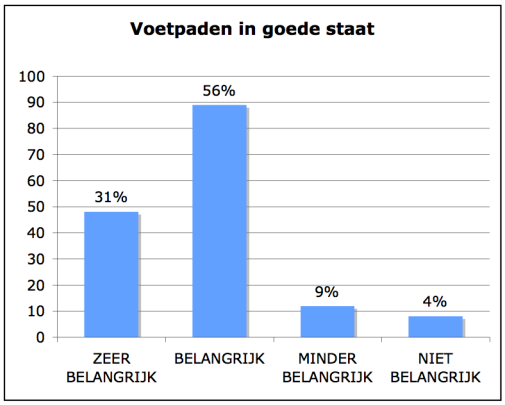


Fig.22: Belang van goede voetpaden

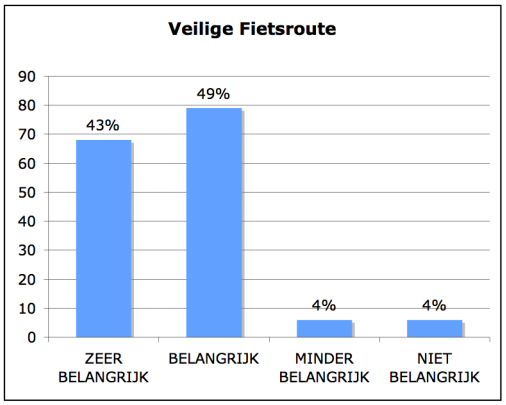


Fig.23: Belang van een veilige fietsroute

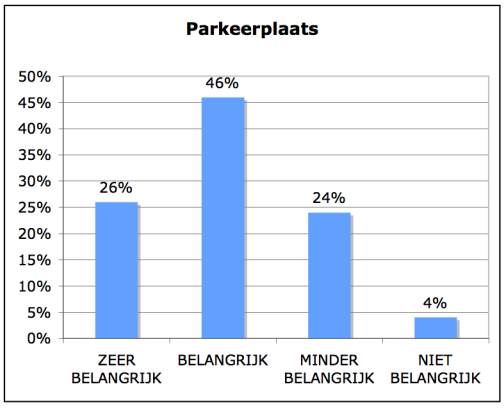


Fig.24: Belang van parkeerplaats, voldoende + dichtbij

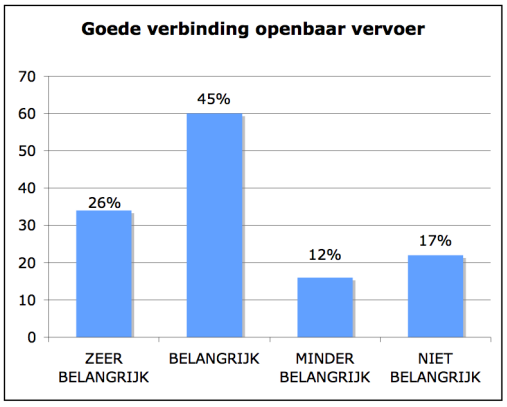


Fig.25: Belang van een goede verbinding met tram/trein/bus

Invloed van demografische factoren

In dit onderzoek kan voor geen enkele socio-demografische factor een verband aangetoond worden met betrekking tot de –gepercipieerde-toegankelijkheid van de huisartspraktijk. Noch leeftijd, geslacht, professionele status of opleidingsniveau spelen een rol in het ondervinden van problemen ivm toegankelijkheid, het aanvragen van huisbezoeken, het bezoeken van een andere huisarts of het frequenteren van de spoedafdeling *(Bijlage 4B)*.

Invloed van de auto

Aangezien in eerder onderzoek wordt geopperd dat vooral het al dan niet beschikken over een auto een bepalende factor is in toegankelijkheid, wordt ook in dit project gekeken naar de invloed hiervan.

In dit onderzoek wordt geen significant verband aangetoond tussen het al dan niet hebben van een auto en het ondervinden van problemen rond toegankelijkheid (p=0,92), het consulteren van de spoedafdeling (p=0,61) en het bezoeken van een andere huisarts (p=0,26). In verband met het aanvragen van huisbezoeken en het al dan niet beschikken over een auto, kan nipt geen significant verband weerhouden worden (p=0,056) *(Bijlage 4C)*.

DISCUSSIE

1. Socio-demografische gegevens

Uit vroegere onderzoeken weten we dat persoonlijke en familiale kenmerken mogelijks een rol spelen in de nood aan en toegang tot eerstelijnsgezondheidszorg. Wanneer we kijken naar het geslacht, zien we dat er iets vaker vragenlijsten werden ingevuld door vrouwen. Hoewel dit in sé niets zegt over de consultatiefrequentie, ondersteunt dit misschien toch eerdere bevindingen dat vrouwen vaker dan mannen langsgaan bij de huisarts[3,7]. Ook ouderen en mensen die hoger opgeleid zijn bezoeken frequenter de huisarts, wat in dit onderzoek eveneens weergegeven wordt, hoewel kinderen jonger dan 18 jaar niet geregistreerd werden[5]. Wat betreft het aanvragen van huisbezoeken, toonden Fields et al. dat geslacht geen rol speelt, maar leeftijd wel. Zo rekent vooral de jonge populatie (0 - 15 jaar) regelmatig op een acuut huisbezoek en maken vooral ouderen (75+) gebruik van chronische huisbezoeken[7]. Dit project kan echter geen verband tussen persoonlijke kenmerken (zoals leeftijd) en huisbezoekfrequentie ondersteunen.

Professionele status kan ook een rol spelen bij toegankelijkheid. Personen die werkloos zijn, nemen bijvoorbeeld minder deel aan preventieve programma's waardoor verondersteld wordt dat zij minder gebruik maken van of minder goede toegang hebben tot eerstelijnsgezondheidszorg[2]. Ander onderzoek toont juist dat werkloze patiënten vaker dan gemiddeld de huisarts consulteren. In dit project gaf ongeveer 8,5% van de deelnemers aan werkloos te zijn, wat een beetje lager ligt dan het officieel geregistreerde percentage werklozen in België. Het is moeilijk om hieruit conclusies rond toegang en gebruik van gezondheidszorg te formuleren. Eerder onderzoek toont ook argumenten dat werkloze patiënten frequenter huisbezoeken aanvragen[7], maar onze resultaten kunnen dit niet bevestigen *(bijlage 4B)*.

2. Transport

Om een huisarts te bereiken moet een bepaalde afstand overbrugd worden die kosten en ongemakken met zich meebrengt. Een grotere reisafstand

wordt gelinkt aan een toenemende mate van hinder in toegankelijkheid[7]. Afstand werd in dit onderzoek echter niet bevraagd, aangezien recente literatuur oppert dat dit geen ideale weergave van toegankelijkheid geeft[6]. In de plaats werd gepolst naar de tijdsduur die mensen onderweg zijn om hun huisarts te bereiken. Ongeveer de helft van de ondervraagden geeft aan tussen de 5 en 15 minuten te reizen tot hun huisartspraktijk. Dertig procent woont zelfs op minder dan 5 minuten van de huisarts. Gelijkaardige resultaten werden aangetoond door Lovett et al., waar ongeveer 90% aangeeft op een minder dan 10 minuten durende autorit van de huisarts te wonen. Dat onderzoek toont evenwel dat patiënten die langer onderweg zijn, een grotere behoefte aan zorg hebben en hiertoe de minst goede toegang hebben[6]. Het huidig onderzoek kan geen argumenten voor deze 'inverse care law' ondersteunen (*Bijlage 4A*), al kan dit te verklaren zijn door enkele beperkingen van de studie (zie verder).

Dit project toont dat auto (41%) en fiets (37%) de favoriete vervoersmiddelen zijn om naar de huisarts te gaan. Slechts een klein percentage (5%) maakt gebruik van het openbaar vervoer. In een stad kan men inderdaad veronderstellen dat de fiets een ideaal transportmiddel is. Een korte verplaatsing verloopt vaak sneller met de fiets omdat er geen rekening moet gehouden worden met verkeersdrukte en fileleed, en er geen parkeerplaats moet worden gezocht. Een groot deel van de patiënten gebruikt echter toch de auto. In de vrij in te vullen opmerking bij de vragenlijst wordt regelmatig aangehaald dat fietsen of wandelen niet altijd mogelijk is wanneer men zich ziek voelt, dus dat dan sneller voor transport met de auto wordt gekozen. Fietsen en wandelen vergt inderdaad een zekere mate van mobiliteit en gezondheid. Dit ondersteunt de uitspraak van Arcury et al. dat zelfs een kleine afstand een onoverkombare barrière vormt als er geen transportmiddel voorhanden is[3].

Amerikaans onderzoek toont dat 85% van de patiënten met de auto komt, wat een stuk meer is dan in onze onderzochte populatie. Dat onderzoek werd echter uitgevoerd in een landelijke omgeving waarbij kan verondersteld worden dat patiënten op grotere afstand van de huisarts wonen dan onze stedelijke populatie[3]. Field et al. vermeldden ook al dat met toenemende reisafstand patiënten afhankelijker worden van de auto als transportmiddel[7].

Opvallend weinig mensen maken gebruik van het openbaar vervoer; in Lokeren komt zelfs niemand met de bus of tram naar de praktijk. Misschien komt dit omdat in Lokeren de dichtstbijzijnde bushalte op 500m van het gezondheidscentrum gelegen is, terwijl de huisartspraktijk in Gent slechts op 50m van een bushalte ligt. Eerder onderzoek toont dat patiënten die met het openbaar vervoer tot bij de huisarts komen vaak een minder goede gezondheid hebben en ouder zijn[3]. De kleine populatie die gebruik maakt van het openbaar vervoer in dit onderzoek bestaat bijna volledig uit alleenstaande vrouwen en niemand van hen heeft een auto ter beschikking. Bovendien heeft niemand uit deze populatie een betaalde job (5 gepensioneerd, 2 werkloos, 1 student, 1 vrijwilligerswerk). Hoewel er geen algemeen significant verband kan aangetoond worden tussen professionele status en wijze van transport, kunnen we toch stellen dat het percentage openbaar vervoer-gebruikers een eerder kwetsbare populatie betreft die meer aandacht verdient.

Volgens eerder onderzoek rapporteren patiënten zonder auto frequenter moeilijkheden om de huisarts te bereiken en vragen ze vaker huisbezoeken dan mensen mét auto[7]. Onze resultaten kunnen een verband tussen toegang tot een auto en de nood aan huisbezoeken nipt niet bevestigen, maar wijzen wel in dezelfde richting. Voorts lijkt het in dit onderzoek of het al dan niet beschikken over een auto niet zo een belangrijke rol speelt in de gepercipieerde toegankelijkheid tot de huisarts. Dit kan te verklaren zijn omdat er slechts een heel klein percentage van onze ondervraagden aangeeft überhaupt problemen rond toegankelijkheid te ondervinden. Hierdoor kan men bij het onderzoeken van verbanden zelden statistisch significante, laat staan klinisch relevante, conclusies trekken.

3. Hinder

Goede toegankelijkheid is voor de patiënten in de Gentse huisartspraktijk een belangrijk argument om voor deze praktijk te kiezen. In het GC Lokeren echter vindt een meerderheid (60%) toegankelijkheid van de praktijk minder tot niet belangrijk in verband met praktijkkeuze. In het gezondheidscentrum krijgen patiënten gratis gezondheidszorg. Men kan dus vermoeden dat in het maken van een praktijkkeuze, financiële argumenten voor deze populatie belangrijker zijn dan de bereikbaarheid. Dit leunt aan bij de bevindingen van

Field et al. dat mensen niet steevast voor de dichtstbijzijnde huisarts kiezen, maar dat ook andere factoren van belang zijn[7].

Globaal gezien geeft slechts een mineur deel (6%) van de ondervraagde populatie aan regelmatig hinder te ondervinden om tot bij de huisarts te komen. Tien procent van de deelnemers vraagt regelmatig een huisbezoek wegens moeilijkheden om te praktijk te bereiken. Slechts 3% contacteerde al eens een andere huisarts en amper 1% bezocht reeds de spoedafdeling omdat de huidige huisartspraktijk niet goed te bereiken was. We kunnen dus stellen dat de toegankelijkheid van alle twee de onderzochte huisartspraktijken over het algemeen goed is.

Geen van de socio-demografische elementen (leeftijd, geslacht, professionele status, opleidingsniveau) die onderzocht werden, kan gelinkt worden aan de groep die vertelt regelmatig hinder te ondervinden. Het al dan niet beschikken over een auto speelt mogelijks wel een rol in de toegankelijkheid van de huisartspraktijk. Hoewel er nipt geen significantie kan worden weerhouden, wijst alles in de richting dat patiënten die geen auto hebben frequenter huisbezoeken vragen dan patiënten met auto.

4. Beperkingen van het onderzoek

Ongetwijfeld heeft dit praktijkproject verschillende beperkingen. Vooreerst betreft het hier een kleinschalig onderzoek. Het aantal deelnemende patiënten beperkt zich in Lokeren tot 95 en tot 100 in Gent. Aangezien dit slechts een kleine steekproef van de totale patiëntenpopulatie is, zijn de resultaten eerder richtinggevend dan dat men kan spreken over echte significante verhoudingen. Bovendien maakt de kleine steekproef het vergelijken tussen beide praktijken minder relevant dan wanneer men de populatie zou uitbreiden. Hoewel er beperkte verschillen worden opgemerkt tussen de praktijk in Lokeren en die in Gent, zijn beide praktijken minder goed van elkaar te onderscheiden dan bijvoorbeeld een ‘echte’ stedelijke praktijk en een plattelandspraktijk. Verder onderzoek rond dit thema zou kunnen bijdragen tot meer relevante informatie rond organisatie van toegang tot de huisartspraktijk afhankelijk van de geografische context.

Zoals bij ieder onderzoek dat uitgevoerd wordt aan de hand van een vrijwillige vragenlijst is een deelnemersbias onvermijdelijk. Aangezien de vragenlijst

enkel in het Nederlands werd opgesteld, mist men alvast een deel van de patiëntenpopulatie, die in beide praktijken bestaat uit een mix van nationaliteiten. Een basisvoorwaarde voor het invullen van de vragenlijst is ook dat men kan lezen (en schrijven), wat niet per sé vanzelfsprekend is voor iedereen. Men kan bovendien vermoeden dat net die patiënten meer hinder rond fysieke toegankelijkheid ondervinden.

Bij dit onderzoek kan men er bovendien van uitgaan dat er een “healthy user bias” is, waarbij de gezonde, actieve -en dus eventueel meer mobiele- patiënt de vragenlijst sneller zal invullen dan een andere patiënt. Op die manier geven de resultaten dus geen betrouwbare informatie over de ‘doorsnee’ patiënt. Dit vertoont zich ook bij de resultaten waar 61% van de Gentse en 40% van de Lokerse deelnemers aangeven een diploma hoger of universitair onderwijs te hebben. Vermits er ook geen vragenlijsten uitgedeeld werden op huisbezoek, missen we ongetwijfeld een belangrijk deel van de minder mobiele patiënten.

Hoewel in andere onderzoeken wordt geopperd dat de reistijd tot de huisartspraktijk belangrijker is dan de afstand op zich, kan het nuttig zijn toch ook de afstand te bevragen of te bepalen. Via GIS (geographical information system) technieken bijvoorbeeld kunnen op een objectievere wijze geografische variaties beoordeeld worden.

Verder onderzoek met een grotere steekproef, waarin objectieve informatie gekoppeld kan worden aan subjectieve gegevens, is nodig om een beter beeld te krijgen van de impact van transport op het gebruik van de eerstelijnsgezondheidszorg.

BESLUIT

1. Kernboodschappen uit de literatuur

- Naast culturele en economische toegankelijkheid, is fysieke toegankelijkheid een belangrijke determinant voor gebruik van gezondheidszorg en voor de algemene gezondheidstoestand van de patiënt
- Fysieke toegankelijkheid is niet enkel belangrijk in afgelegen gebieden en op het platteland, maar ook in de stad
- Het al dan niet beschikken over een privaat transportmiddel is belangrijker dan de afstand of de reistijd tot een huisartspraktijk
- Patiënten die afhankelijk zijn van anderen of van het openbaar vervoer ondervinden meer hinder om de huisarts te bereiken
- Patiënten die meer hinder ondervinden, hebben vaak minder goede gezondheidsindicatoren en hebben meer nood aan gezondheidszorg
- Een goede fysieke toegankelijkheid van de huisarts en de huisartsenwachtpost kan spoedafdelingen ontlasten

2. Kernboodschappen uit deze praktijkstudie

- De fysieke toegankelijkheid van beide huisartspraktijken is over het algemeen goed
- Patiënten zijn gemiddeld 5 tot 15 minuten onderweg naar hun huisarts en vinden dit meer dan aanvaardbaar
- De meerderheid van de patiënten komt met de fiets of de auto naar de huisarts
- De kleine groep patiënten die met het openbaar vervoer komt, is een groep van kwetsbare patiënten die meer aandacht verdient
- Ook anno 2013 beschikt een belangrijk percentage van de patiënten niet over een auto
- Naar analogie met de literatuur zijn er argumenten dat patiënten zonder auto meer hinder ondervinden dan patiënten mét auto, aangezien zij vaker huisbezoeken aanvragen
- Goede fysieke toegankelijkheid is belangrijk bij het maken van een praktijkkeuze, maar andere factoren spelen mogelijks een grotere rol

REFERENTIES

1. PERRY B., GESLER W.: PHYSICAL ACCESS TO PRIMARY HEALTH CARE IN ANDEAN BOLIVIA. SOCIAL SCIENCE & MEDICINE, 2000, 50, 1177-1188.
2. VONCINA L., PRISTAS I., MASTILICA M. ET AL.: USE OF PREVENTIVE HEALTH CARE SERVICES AMONG UNEMPLOYED IN CROATIA. CROAT MED J, 2007, 48, 667-674.
3. ARCURY T.A., PREISSER J.S., GESLER W.M. ET AL.: ACCESS TO TRANSPORTATION AND HEALTH CARE UTILIZATION IN A RURAL REGION. JOURNAL OF RURAL HEALTH, 2005, 21, 31-38.
4. HISCOCK R, PEARCE J., BLAKELY T. ET AL.: IS NEIGHBORHOOD ACCESS TO HEALTH CARE PROVISION ASSOCIATED ITH INDIVIDUAL-LEVEL UTILIZATION AND SATISFACTION? HSR, 2008, 43, 2183-2200.
5. LOWE R.A., FU R., EMERSON T., ET AL.: COMMUNITY CHARACTERISTICS AFFECTING EMERGENCY DEPARTMENT USE BY MEDICAID ENROLLEES. MEDICAL CARE, 2009, 47, 15-22.
6. LOVETT A., HAYNES R., SÜNNENBERG G. ET AL.: CAR TRAVEL TIME AND ACCESSIBILITY BY BUS TO GENERAL PRACTITIONER SERVICES: A STUDY USING PATIENT REGISTER AND GIS. SOCIAL SCIENCE & MEDICINE, 2002, 55, 97-111.
7. FIELD K.S, BRIGGS D.J.: SOCIO-ECONOMIC AND LOCATIONAL DETERMINANTS OF ACCESSIBILITY AND UTILIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE. HEALTH AND SOCIAL CARE IN THE COMMUNITY, 2001, 9, 294-308.
8. LITTENBERG B., STRAUSS K., MACLEAN C.D. ET AL.: THE USE OF INSULIN DECLINES AS PATIENTS LIVE FARTHER FROM THEIR SOURCE OF CARE: RESULTS OF A SURVEY OF ADULTS WITH TYPE 2 DIABETES. BMC PUBLIC HEALTH, 2006, 6, 1-8.
9. MUDRICK N.R., BRESLIN M.L., LIANG M. ET AL.: PHYSICAL ACCESSIBILITY IN PRIMARY HEALTH CARE SETTINGS: RESULTS FROM CALIFORNIA ON-SITE REVIEWS. DISABIL HEALTH J, 2012, 5, 159-167.
10. RUST G., YE J., BALTRUS P. ET AL.: PRACTICAL BARRIERS TO TIMELY PRIMARY CARE ACCESS, IMPACT ON ADULT USE OF EMERGENCY DEPARTMENT SERVICES. ARCH INERN MED, 2008, 168, 1705-1710.

11. THE WORLD HEALT REPORT 2008: PRIMARY HEALTH CARE – NOW MORE THAN EVER
12. MEEUS P., VAN AUBEL X.: PERFORMANTIE VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE, EEN CHECK-UP. HEALTH SERVICES RESEARCH, BRUSSEL: RIZIV, 2012.
13. ATUN R. WHAT ARE THE ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF RESTRUCTURING A HEALTH CARE SYSTEM TO BE MORE FOCUSED ON PRIMARY CARE SERVICES? WHO/EUROPE, 2004
14. GIJSEN R., POOS M.: ZORGGEBRUIK: NADERE UITWERKING. NATIONAAL KOMPAS VOLKSGEZONDHEID. BILTHOVEN, RIVM, 26 SEPTEMBER 2012.
15. WWW.NIVEL.NL
16. VERLINDE E.: EQUITY IN PRIMARY HEALTH CARE AMONG VULNERABLE POPULATIONS IN BELGIUM: AN EXPLORATION. PHD-THESIS, DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE AND PRIMARY HEALTH CARE GHENT UNIVERSITY, BELGIUM, OCT. 2012.
17. WEISSMAN J.S., STERN R., FIELDING S.L. ET AL.: DELAYED ACCESS TO HEALTH CARE: RISK FACTORS, REASONS, AND CONSEQUENCES. ANN INTERN MED 1991, 114, 325-331.
18. AL-TAIAR A., CLARK A., LONGENECKER J.C.: PHYSICAL ACCESSIBILITY AND UTILIZATION OF HEALTH SERVICES IN YEMEN. INT J. HEALTH GEOGRAPHICS, 2010, 9, 1-8.
19. JORDAN H., RODERICK P., MARTIN D. ET AL.: DISTANCE , RURALITY AND THE NEED FOR CARE: ACCES TO HEALTH SERVICES IN SOUTH WEST ENGLAND. INT J. HEALTH GEOGRAPHICS, 2004, 3, 1-9.
20. MCLEAN G., GUTHRIE B. AND SUTTAN M.: DIFFERENCES IN THE QUALITY OF PRIMARY MEDICAL CARE SERVICES BY REMOTENESS FROM URBAN SETTLEMENTS. QUAL SAF HEALTH CARE, 2007, 16, 446-449.
21. ROBSON J.: GPS, PATIENTS, AND THE DISTANCE BETWEEN THEM. BMJ, 1995, 310, 73-74.
22. WHITEHEAD M. AND DAHLGREN G.: CONCEPTS AND PRINCIPLES FOR TACKLING SOCIAL INEQUITIES IN HEALTH: LEVELLING UP PART 1. WHO, 2006.
23. HIGGS G.: A LITERATURE REVIEW OF THE USE OF GIS-BASED MEASURES OF ACCESS TO HEALTH CARE SERVICES. HEALTH SERVICES AND OUTCOMES RESEARCH METHODOLOGY , 2004, 5, 119-139.

24. KNOX P.L.: THE ACCESSIBILITY OF PRIMARY CARE TO URBAN PATIENTS: A GEOGRAPHICAL ANALYSIS. JOURNAL OF THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 1979, 29, 160-168.
25. GWATKIN D.R., BHUIYA A., VICTORA C.G.: MAKING HEALTH SYSTEMS MORE EQUITABLE. THE LANCET, 2004, 364, 1273-1280.
26. DRIESKENS S., VAN DER HEYDEN J., HESSE E. ET AL.: GEZONDHEIDSENQUÊTE BELGIË, 2008. RAPPORT V - SOCIAAL-ECONOMISCHE ONGELIJKHEDEN IN GEZONDHEID, 2010.
27. BAKELANDT, J., BEERENS, A.S., ELYN P. ET AL.: ANALYSE VAN HET ZORGGEBRUIK VAN NIET-VERWEZEN PATIËNTEN OP DE HUISARTSENWACHTPOST EN DE SPOEDGEVALLENDIENSTEN VAN GENT, 2009, UNIV GENT.
28. GOURBIN C., DU BOULLAY D., PHILIPS H. ET AL.: EVALUATIE VAN FORFAITAIRE PERSOONLIJK BIJDRAGE OP HET GEBRUIK VAN SPOEDGEVALLENDIENST, 2005, KCE REPORTS, 19(A).
29. PHILIPS H., REMMEN R., GIESEN P. ET AL.: HUISARTSEN-WACHTPOSTEN IN VLAANDEREN: UITDAGINGEN EN KANSEN. HUISARTS NU, 2010, 39, 359-362.
30. VAN UDEN C., WINKENS R., WESSELING G. ET AL.: THE IMPACT OF A PRIMARY CARE PHYSICIAN COOPERATIVE ON THE CASELOAD OF AN EMERGENCY DEPARTMENT: THE MAASTRICHT INTEGRATED OUT-OF-HOURS SERVICE. JOURNAL OF GENERAL INTERNAL MEDECINE, 2005, 20, 612-617.
31. WHITEHOUSE C.R.: EFFECT OF DISTANCE FROM SURGERY ON CONSULTATION RATE IN AN URBAN PRACTICE. BRITISH MEDIC J., 1985, 290, 359-362.
32. DEVOE J.E., KROIS L. AND STENGER R.: DO CHILDREN IN RURAL AREAS STILL HAVE DIFFERENT ACCESS TO HEALTH CARE? RESULTS FROM A STATEWIDE SURVEY OF OREGON'S FOOD STAMP POPULATION. THE JOURNAL OF RURAL HEALTH, 2009, 25, 1- 7.
33. ENTERVZW: TOEGANKELIJKHEID VAN MEDISCHE PRAKTIJKEN. BROCHURE , 2010. ENTER VZW, EXPERTISECENTRUM TOEGANKELIJKHEID VLAANDEREN.
34. VELTMAN A., STEWART D.E., TARDIF G.S. ET AL.: PERCEPTIONS OF PRIMARY HEALTHCARE SERVICES AMONG PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES. PART 1: ACCESS ISSUES. MEDSCAPE GENERAL MEDICINE, 2001, 3, 2.

35. BANCROFT E., LIGHTSTONE A., SIMON P. ET AL.: ENVIRONMENTAL BARRIERS TO HEALTH CARE AMONG PERSONS WITH DISABILITIES. LOS ANGELES CENTER ON BIRTH DEFECTS AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES, 2006, 55, 1300-1303.
36. KROLL T., JONES G.C., KEHN M. ET AL.: BARRIERS AND STRATEGIES AFFECTING THE UTILISATION OF PRIMARY PREVENTIVE SERVICES FOR PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES: A QUALITATIVE INQUIRY. HEALTH SOC CARE COMMUNITY, 2006, 14, 284-293.
37. LAUWERYSEN K. AND COLPAERT J.: ATLAS PODIUMKUNSTEN: AANBOD EN PARTICIPATIE IN VLAANDEREN. UITGEVERIJ DE BOECK, 2004.
38. STORDEUR S. AND LÉONARD C.: CHALLENGES IN PHYSICIAN SUPPLY PLANNING: THE CASE OF BLEGIUM. HUM REOUR HEALTH, 2010, 8, 28.
39. VEUGELERS P. AND YIP A.: SOCIOECONOMIC DISPARITIES IN HEALTH CARE USE: DOES UNIVERSAL COVERAGE REDUCE INEQUALITIES IN HEALTH? J EPIDEMIOL COMMUNITY HEALTH, 2003, 57, 424-428.
40. ETHEALTH-GROEP: NAAR EEN INTERCULTURELE GEZONDHEIDSZORG. AANBEVELINGEN VOOR EEN GELIJKWAARDIGE GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSZORG VOOR MIGRANTEN EN ETNISCHE MINDERHEDEN, FOD, 2011.

AFKORTINGEN

EBM: EVIDENCE BASED MEDICINE

GC: GEZONDHEIDSCENTRUM

GIS: GEOGRAPHICAL INFORMATION SYSTEM

GMD: GLOBAAL MEDISCH DOSSIER

HAIO: HUISARTS IN OPLEIDING

ICE: IDEAS, CONCERNS, EXPECTATIONS – DE IDEEËN, BEZORGDHEDEN, VERWACHTINGEN VAN DE PATIËNT OF DE ARTS

RIZIV: RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE EN INVALIDITEITSVERZEKERING

VK: VERENIGD KONINKRIJK

WHO : WORLD HEALTH ORGANISATION

BIJLAGES

1. AFFICHE
2. VRAGENLIJST
3. INFORMATIEBROCHURE
4. S-PLUS KRUISTABELLEN



Hoe kom jij naar de dokter?

Doe mee met ons onderzoek!

Vul de korte vragenlijst in die je krijgt na je afspraak bij één van de artsen

Deponeer in de brievenbus of geef af in het secretariaat



Meer info? Dr. Tilley Jessica

HOE KOM JIJ NAAR DE DOKTER ?



GEACHTE PATIËNT,

DEZE VRAGENLIJST IS VOLLEDIG ANONIEM.
DE GEGEVENS WORDEN UITSLUITEND GEBRUIKT VOOR WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK.

HARTELIJK BEDANKT VOOR UW DEELNAME!

OMCIRKEL HET ANTWOORD DAT VOOR U HET MEEST PASSEND IS OF VUL IN. (Nvt = niet van toepassing)

1. **Leeftijd**: .....

2. **Geslacht**: Man / Vrouw

3. **Hoogste behaald diploma?**

   * Lager onderwijs
   * Lager middelbaar onderwijs (t.e.m 14 jaar)
   * Hoger middelbaar onderwijs
   * Hoger / universitair onderwijs

4. **Welke situatie is op dit moment van toepassing?**

   * Ik studeer in dagonderwijs
   * Ik heb een betaalde job
   * Ik heb een onbetaalde job
   * Ik ben werkloos
   * Ik ben met pensioen
   * Ik ben invalide
   * Ik heb een job maar werk nu niet want : .....

5. **Welke situatie is op dit moment van toepassing?**

   * Ik ben alleenstaand : JA / NEE

   * Ik heb kinderen : JA / NEE

   >> Indien JA: * Hoeveel?

6. **Beschikt u over een auto?**

   Altijd Soms Nooit

7. **Hoe komt u meestal naar de praktijk?**

   Te voet Fiets Auto Openbaar vervoer

8. **Hoe lang bent u gemiddeld onderweg naar de praktijk TE VOET?**

   < 5min 5-15 min 16-30 min > 30 min Niet van toepassing

9. **Hoe lang bent u gemiddeld onderweg naar de praktijk met de FIETS?**

   < 5min 5-15 min 16-30 min > 30 min Niet van toepassing

10. **Hoe lang bent u gemiddeld onderweg naar de praktijk met de AUTO?**

    < 5min 5-15 min 16-30 min > 30 min Niet van toepassing

11. **Hoe lang bent u gemiddeld onderweg naar de praktijk met het OPENBAAR VERVOER?**

    < 5min 5-15 min 16-30 min > 30 min Niet van toepassing

12. **Wat vindt u nog aanvaardbaar om onderweg te zijn naar uw huisarts?**
    < 5min 5-15 min 16-30 min > 30 min

13. **Hoe belangrijk vindt u een veilige WANDELroute tot deze praktijk?**

    Heel belangrijk Belangrijk Minder belangrijk Niet belangrijk Nvt

14. **Hoe belangrijk vindt u een veilige FIETSroute tot deze praktijk?**

    Heel belangrijk Belangrijk Minder belangrijk Niet belangrijk Nvt

15. **Hoe belangrijk vindt u PARKEERPLAATS?**

    Heel belangrijk Belangrijk Minder belangrijk Niet belangrijk Nvt

16. **Hoe belangrijk vindt u bereikbaarheid van deze praktijk met het OPENBAAR VERVOER?**

Heel belangrijk Belangrijk Minder belangrijk Niet belangrijk Nvt

17. **Heeft u al problemen ondervonden om deze praktijk te bereiken?**

JA / NEE

18. **Heeft u ooit een huisbezoek gevraagd omdat de afstand tot deze praktijk te ver leek?**

JA / NEE

19. **Bent u ooit naar een andere huisarts geweest omdat u problemen had met transport naar deze praktijk?**

JA / NEE

20. **Bent u ooit naar de spoedafdeling van het ziekenhuis gegaan omdat u problemen had met transport naar deze praktijk?**

JA / NEE

21. **Hoe belangrijk was de toegankelijkheid van deze praktijk (transport / afstand) voor u bij het maken van de keuze van een huisartspraktijk?**

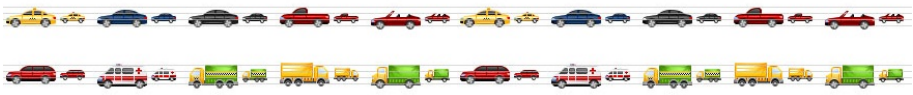
Heel belangrijk Belangrijk Minder belangrijk Niet belangrijk

22. **Heeft u nog opmerkingen of bedenkingen over de bereikbaarheid van deze praktijk?**

.....

.....





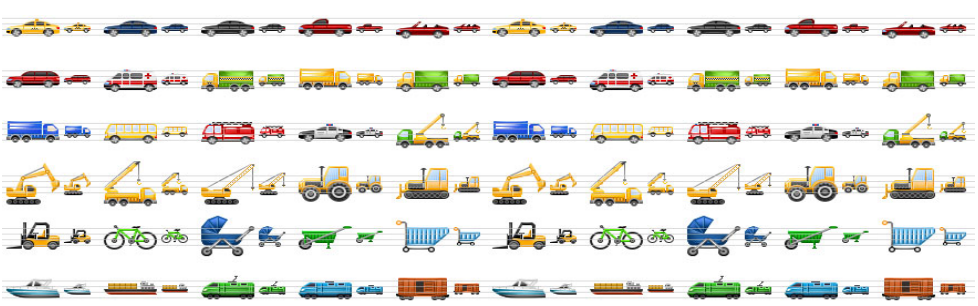
Hoe kom jij naar de dokter?



WAT?
Een goede toegankelijkheid van de huisartspraktijk is zeer belangrijk. Het verhoogt het comfort, de veiligheid, de kwaliteit van dienstverlening én de tevredenheid van de patiënt.
Allerlei factoren hebben een grote invloed op de toegankelijkheid van een praktijk, maar transport is één van de belangrijkste. Met dit onderzoek willen we nagaan hoe tevreden u bent over de **bereikbaarheid van deze praktijk**!
Daarom willen we nagaan hoe u meestal naar de praktijk komt (met de auto / de fiets / het openbaar vervoer), wat u belangrijk en minder belangrijk vindt en of u al hinder ondervond om de praktijk te bereiken.
Wanneer we weten wat u, de patiënt, van belang vindt, kunnen we nadenken over manieren waarop we de toegankelijkheid van de praktijk verder kunnen verbeteren.

HOE?
Er is een korte **vragenlijst** opgesteld, die ongeveer **5 minuutjes** invultijd vraagt.
We vragen uw leeftijd en geslacht. Naam en adresgegevens worden niet gevraagd, de vragenlijst is dus **anoniem**.
De vragen zijn meerkeuze. Er wordt gevraagd telkens 1 antwoord te omcirkelen dat voor u van toepassing is. Gelieve geen vragen open te laten.
Wanneer u geen mening heeft, gelieve dan “niet van toepassing” (Nvt) te omcirkelen. De laatste vraag is een open vraag, waar u eventuele opmerkingen of bedenkingen kan neerschrijven.
U kan de ingevulde vragenlijst na het invullen deponeren in de brievenbus in de wachtzaal.

NOG VRAGEN?
U kan steeds terecht bij het onthaal of bij Dr. Tilley Jessica



A. VERBAND REISTIJD-TOEGANKELIJKHEID

```
REISTIJD|PROBLEEM
        |JA     |NEE    |RowTotl|
--------+-------+-------+-------+
1       | 3     |60     |63     |
        |0.048  |0.95   |0.32   |
        |0.27   |0.33   |       |
        |0.015  |0.31   |       |
--------+-------+-------+-------+
2       | 4     |99     |103    |
        |0.039  |0.96   |0.53   |
        |0.36   |0.54   |       |
        |0.021  |0.51   |       |
--------+-------+-------+-------+
3       | 3     |18     |21     |
        |0.14   |0.86   |0.11   |
        |0.27   |0.098  |       |
        |0.015  |0.092  |       |
--------+-------+-------+-------+
4       | 1     | 7     |8      |
        |0.12   |0.88   |0.041  |
        |0.091  |0.038  |       |
        |0.0051 |0.036  |       |
--------+-------+-------+-------+
ColTotl|11      |184    |195    |
        |0.056  |0.94   |       |
--------+-------+-------+-------+
Test for independence of all factors
       Chi^2 = 1.867482 d.f.= 3 (p=0.6003612)
       Yates' correction was used
       Some expected values are less than 5, don't trust stated p-value


REISTIJD|HUISBEZOEK
        |JA     |NEE    |RowTotl|
--------+-------+-------+-------+
1       | 7     |56     |63     |
        |0.11   |0.89   |0.32   |
        |0.37   |0.32   |       |
        |0.036  |0.29   |       |
--------+-------+-------+-------+
2       | 9     |94     |103    |
        |0.087  |0.91   |0.53   |
        |0.47   |0.53   |       |
        |0.046  |0.48   |       |
--------+-------+-------+-------+
3       | 2     |19     |21     |
        |0.095  |0.9    |0.11   |
        |0.11   |0.11   |       |
        |0.01   |0.097  |       |
--------+-------+-------+-------+
4       | 1     | 7     |8      |
        |0.12   |0.88   |0.041  |
        |0.053  |0.04   |       |
        |0.0051 |0.036  |       |
--------+-------+-------+-------+
ColTotl|19      |176    |195    |
        |0.097  |0.9    |       |
--------+-------+-------+-------+
Test for independence of all factors
       Chi^2 = 0.2778589 d.f.= 3 (p=0.9641374)
       Yates' correction was used
       Some expected values are less than 5, don't trust stated p-value
```

REISTIJD|ANDERE.HA

	JA	NEE	RowTotl
1	1	62	63
	0.016	0.98	0.32
	0.17	0.33	
	0.0051	0.32	
2	4	99	103
	0.039	0.96	0.53
	0.67	0.52	
	0.021	0.51	
3	1	20	21
	0.048	0.95	0.11
	0.17	0.11	
	0.0051	0.1	
4	0	8	8
	0	1	0.041
	0	0.042	
	0	0.041	
ColTotl	6	189	195
	0.031	0.97	

Test for independence of all factors
Chi^2 = 0.4421396 d.f.= 3 (p=0.9314062)
Yates' correction was used
Some expected values are less than 5, don't trust stated p-value

REISTIJD|SPOED

	JA	NEE	RowTotl
1	0	63	63
	0	1	0.32
	0	0.33	
	0	0.32	
2	1	102	103
	0.0097	0.99	0.53
	0.5	0.53	
	0.0051	0.52	
3	0	21	21
	0	1	0.11
	0	0.11	
	0	0.11	
4	1	7	8
	0.12	0.88	0.041
	0.5	0.036	
	0.0051	0.036	
ColTotl	2	193	195
	0.01	0.99	

Test for independence of all factors
Chi^2 = 2.75258 d.f.= 3 (p=0.4313657)
Yates' correction was used
Some expected values are less than 5, don't trust stated p-value

B. VERBAND DEMOGRAFISCHE FACTOREN-TOEGANKELIJKHEID

PROBLEEM | GESLACHT	M	V	RowTotl
JA	5	6	11
	0.45	0.55	0.056
	0.071	0.048	
	0.026	0.031	
NEE	65	119	184
	0.35	0.65	0.94
	0.93	0.95	
	0.33	0.61	
ColTotl	70	125	195
	0.36	0.64	

Test for independence of all factors
Chi^2 = 0.1272427 d.f.= 1 (p=0.7213082)
Yates' correction was used
Some expected values are less than 5, don't trust stated p-value

GESLACHT | HUISBEZOEK	JA	NEE	RowTotl
M	4	66	70
	0.057	0.94	0.36
	0.21	0.38	
	0.021	0.34	
V	15	110	125
	0.12	0.88	0.64
	0.79	0.62	
	0.077	0.56	
ColTotl	19	176	195
	0.097	0.9	

Test for independence of all factors
Chi^2 = 1.364575 d.f.= 1 (p=0.2427461)
Yates' correction was used

GESLACHT | SPOED	JA	NEE	RowTotl
M	1	69	70
	0.014	0.99	0.36
	0.5	0.36	
	0.0051	0.35	
V	1	124	125
	0.008	0.99	0.64
	0.5	0.64	
	0.0051	0.64	
ColTotl	2	193	195
	0.01	0.99	

Test for independence of all factors
Chi^2 = 0.1042839 d.f.= 1 (p=0.7467482)
Yates' correction was used
Some expected values are less than 5, don't trust stated p-value

LEEFTIJD | HUISBEZOEK	JA	NEE	RowTotl
1	2	64	66
	0.03	0.97	0.34
	0.11	0.36	
	0.01	0.33	
2	9	56	65
	0.14	0.86	0.33
	0.47	0.32	
	0.046	0.29	
3	6	37	43
	0.14	0.86	0.22
	0.32	0.21	
	0.031	0.19	
4	2	14	16
	0.12	0.88	0.082
	0.11	0.08	
	0.01	0.072	
5	0	5	5
	0	1	0.026
	0	0.028	
	0	0.026	
ColTotl	19	176	195
	0.097	0.9	

Test for independence of all factors
Chi^2 = 3.940121 d.f.= 4 (p=0.4141703)
Yates' correction was used
Some expected values are less than 5, don't trust stated p-value

LEEFTIJD | PROBLEEM	JA	NEE	RowTotl
1	3	63	66
	0.045	0.95	0.34
	0.27	0.34	
	0.015	0.32	
2	5	60	65
	0.077	0.92	0.33
	0.45	0.33	
	0.026	0.31	
3	2	41	43
	0.047	0.95	0.22
	0.18	0.22	
	0.01	0.21	
4	1	15	16
	0.062	0.94	0.082
	0.091	0.082	
	0.0051	0.077	
5	0	5	5
	0	1	0.026
	0	0.027	
	0	0.026	
ColTotl	11	184	195
	0.056	0.94	

```
Test for independence of all factors
       Chi^2 = 0.5860675 d.f.= 4 (p=0.9645993)
       Yates' correction was used
       Some expected values are less than 5, don't trust stated p-value


LEEFTIJD|SPOED
       |JA     |NEE    |RowTotl|
-------+-------+-------+-------+
1      | 0     |66     |66     |
       |0      |1      |0.34   |
       |0      |0.34   |       |
       |0      |0.34   |       |
-------+-------+-------+-------+
2      | 1     |64     |65     |
       |0.015  |0.98   |0.33   |
       |0.5    |0.33   |       |
       |0.0051 |0.33   |       |
-------+-------+-------+-------+
3      | 0     |43     |43     |
       |0      |1      |0.22   |
       |0      |0.22   |       |
       |0      |0.22   |       |
-------+-------+-------+-------+
4      | 0     |16     |16     |
       |0      |1      |0.082  |
       |0      |0.083  |       |
       |0      |0.082  |       |
-------+-------+-------+-------+
5      | 1     | 4     |5      |
       |0.2    |0.8    |0.026  |
       |0.5    |0.021  |       |
       |0.0051 |0.021  |       |
-------+-------+-------+-------+
ColTotl|2      |193    |195    |
       |0.01   |0.99   |       |
-------+-------+-------+-------+
Test for independence of all factors
       Chi^2 = 4.75842 d.f.= 4 (p=0.312995)
       Yates' correction was used
       Some expected values are less than 5, don't trust stated p-value



WERK    HUISBEZOEK
|JA     |NEE    |RowTotl|
-------+-------+-------+-------+
2      | 10    |101    |111    |
       |0.09   |0.91   |0.88   |
       |0.77   |0.89   |       |
       |0.079  |0.8    |       |
-------+-------+-------+-------+
4      |  3    | 12    |15     |
       |0.2    |0.8    |0.12   |
       |0.23   |0.11   |       |
       |0.024  |0.095  |       |
-------+-------+-------+-------+
ColTotl|13     |113    |126    |
       |0.1    |0.9    |       |
-------+-------+-------+-------+
Test for independence of all factors
       Chi^2 = 0.7418174 d.f.= 1 (p=0.3890793)
       Yates' correction was used
       Some expected values are less than 5, don't trust stated p-value
```

WERK	PROBLEEM		
	JA	NEE	RowTotl
2	8	103	111
	0.072	0.93	0.88
	0.8	0.89	
	0.063	0.82	
4	2	13	15
	0.13	0.87	0.12
	0.2	0.11	
	0.016	0.1	
ColTotl	10	116	126
	0.079	0.92	

Test for independence of all factors
Chi^2 = 0.09922647 d.f.= 1 (p=0.7527599)
Yates' correction was used
Some expected values are less than 5, don't trust stated p-value

WERK	SPOED		
	JA	NEE	RowTotl
2	51	60	111
	0.46	0.54	0.88
	0.88	0.88	
	0.4	0.48	
4	7	8	15
	0.47	0.53	0.12
	0.12	0.12	
	0.056	0.063	
ColTotl	58	68	126
	0.46	0.54	

Test for independence of all factors
Chi^2 = 0.0499068 d.f.= 1 (p=0.8232255)
Yates' correction was used

C. VERBAND AUTO-TOEGANKELIJKHEID

AUTO	PROBLEEM		
	JA	NEE	RowTotl
JA	7	119	126
	0.056	0.94	0.65
	0.64	0.65	
	0.036	0.61	
NEE	3	36	39
	0.077	0.92	0.2
	0.27	0.2	
	0.015	0.18	
SOMS	1	29	30
	0.033	0.97	0.15
	0.091	0.16	
	0.0051	0.15	
ColTotl	11	184	195
	0.056	0.94	

Test for independence of all factors
Chi^2 = 0.08946217 d.f.= 2 (p=0.9562546)
Yates' correction was used
Some expected values are less than 5, don't trust stated p-value

AUTO	HUISBEZOEK		
	JA	NEE	RowTotl
JA	10	116	126
	0.079	0.92	0.65
	0.53	0.66	
	0.051	0.59	
NEE	8	31	39
	0.21	0.79	0.2
	0.42	0.18	
	0.041	0.16	
SOMS	1	29	30
	0.033	0.97	0.15
	0.053	0.16	
	0.0051	0.15	
ColTotl	19	176	195
	0.097	0.9	

Test for independence of all factors
Chi^2 = 3.638965 d.f.= 1 (p=0.056442)
Yates' correction was used
Some expected values are less than 5, don't trust stated p-value

AUTO	ANDERE.HA		
	JA	NEE	RowTotl
JA	5	121	126
	0.04	0.96	0.65
	0.83	0.64	
	0.026	0.62	
NEE	0	39	39
	0	1	0.2
	0	0.21	
	0	0.2	
SOMS	1	29	30
	0.033	0.97	0.15
	0.17	0.15	
	0.0051	0.15	
ColTotl	6	189	195
	0.031	0.97	

Test for independence of all factors
Chi^2 = 0.7246788 d.f.= 2 (p=0.6960461)
Yates' correction was used
Some expected values are less than 5, don't trust stated p-value

AUTO	SPOED		
	JA	NEE	RowTotl
JA	1	125	126
	0.0079	0.99	0.65
	0.5	0.65	
	0.0051	0.64	
NEE	1	38	39
	0.026	0.97	0.2
	0.5	0.2	
	0.0051	0.19	
SOMS	0	30	30
	0	1	0.15
	0	0.16	
	0	0.15	
ColTotl	2	193	195
	0.01	0.99	

Test for independence of all factors
Chi^2 = 0.1804219 d.f.= 2 (p=0.9137384)
Yates' correction was used
Some expected values are less than 5, don't trust stated p-value