# Praktijk ondersteunend project:
# onderzoek naar de patiëntentevredenheid in de individuele huisartsenpraktijk

Carmen Van haecke, 9e jaar HAIO Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, Universiteit Gent

Co-promotoren: Dr. Piet Vanden Buscche Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

# Abstract


## Praktijk ondersteunend project:
## onderzoek naar de patiëntentevredenheid in de individuele huisartsenpraktijk.

Haio: Carmen Van haecke

Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems

Co-promotor: Dr. Piet Vanden Bussche

Praktijkopleider: Dr. Herman Hoet

**Context:**

Het betreft een praktijk ondersteunend project waarin wordt getracht de patiënten tevredenheid te kaderen in een groepspraktijk (huisartsenpraktijk te Zingem). De interesse en het belang van de mening van patiënten is de laatste decennia sterk toegenomen. Om de kwaliteit van zorg te gaan verbeteren is het van groot belang de visie/mening van de patiënten goed in kaart te brengen. Aan de hand van een goede kwaliteitsbeoordeling van de patiënten kan gericht worden gewerkt aan een kwaliteitsverbetering binnen de huisartsen praktijk.

Dit onderzoek kadert in een groter project (POP) reeds in uitvoering in een aantal Vlaamse huisartsenpraktijken. POP tracht de kwaliteit van de huisartsenpraktijk te evalueren, te vergelijken (regionaal, nationaal en internationaal) en te verbeteren. Om de patiëntentevredenheid te gaan meten wordt gebruik gemaakt van de EUROPEP vragenlijst die internationaal wordt gebruikt. Het is een vragenlijst die zowel de organisatie en praktijkvoering bevragen als de visie van de patiënt om zo een duidelijk beeld te scheppen van de tevredenheid van de patiënten. Na het verzamelen van de ingevulde patiëntenvragenlijsten kan er aan de hand van de berekende resultaten worden gekeken welke ingrepen we kunnen toepassen in onze praktijk om de patiënten tevredenheid te verbeteren.

**Onderzoeksvraag:**

*Patiënt:*

patiënten op consultatie in de huisartsenpraktijk te Zingem ingedeeld in 4subgroepen (kinderen, acute zorg, chronische opvolging, niet van toepassing) en onderverdeeld in minder of meer dan 1 jaar patiënt in de praktijk.

*Intervention:*

131 patiëntenenquêtes (EUROPEP - vragenlijst)

*Comparison :*

- outcome bij de verschillende onderzoekspopulaties.
- nieuwe patiënten en patiënten die reeds meer dan een jaar naar de praktijk komen

*Outcome:*

Patiëntentevredenheid in de individuele huisartsenpraktijk.(groepspraktijk te Zingem)
Bedenken van ingrepen die de zwakkere punten kunnen gaan verbeteren.

**Methode (literatuur & registratiewijze**): Het uitgangspunt van de zoekstrategie voor de systematische literatuurstudies was de medische database Pubmed. Aan de hand van verschillende trefwoorden ( patientsatisfaction, general practitioner, patients evaluations, general practice, patient priorities, patient expectations, patients evaluations, europep) werd gezocht naar bruikbare informatie. Verder werd ook gezocht naar artikels in medische tijdschriften verschenen zoals Huisarts en wetenschap, huisarts nu. Via de site van domus medica werd uitgebreide informatie bekomen in verband met het POP-project en de werkwijze van dit project in de verschillende Vlaamse praktijken.

De enquêtes werden anoniem afgenomen over een periode van 3maand. De vragenlijsten met informatie blad werden in de wachtzaal geplaatst en duidelijk aangeduid met een informatie affiche in de wachtzaal opgehangen. De patiënten konden daar vrijwillig en anoniem de enquête invullen en deponeren in de daarvoor voorzien brievenbus. Al deze ingevulde vragenlijsten werden verzameld en geregistreerd in daarvoor ontwikkelde SPSS bestand.

**Resultaten:** Met een gemiddelde score van 4,48 op 5 is de praktijk te Zingem algemeen positief geëvalueerd. De topics die globaal het beste resultaat gaven zijn allen afkomstig uit de categorie ‘relatie en communicatie’. De Topics die het minst goed werden beoordeeld zijn volgende topics: ‘aanbieden van hulp bij het voorkomen van ziekten’, ’ wachttijd in de wachtkamer’, ‘de behulpzaamheid van de medewerker - telefoon’, ‘Het snel verlichten van uw klachten’, ‘mogelijkheid om de huisarts aan de telefoon te krijgen’ en ‘u voorbereiden op wat u kunt verwachten van de specialist of het ziekenhuis’. Deze komen uit de categorieën ‘medische zorg’, ‘beschikbaarheid en bereikbaarheid’ en ‘continuïteit en samenwerking’.

Bij de evaluaties voor kinderen <18jaar wordt er volgens de quotering voldoende aandacht gegeven aan het betrekken van de ouders in de behandeling van de kinderen en er worden de afspraken op een goed uur gegeven voor kinderen. Wel moet nog verder worden gewerkt aan de preventieve aanpak bij kinderen; vaccinaties, opvolging ontwikkeling, groei en gewicht opvolging,..

Bij de acute problematiek scoren de categorieën ‘informatie en ondersteuning’ en ‘continuïteit en ondersteuning’ algemeen wat lager dan globaal. Maar over het algemeen zijn de mindere en betere topics vergelijkbaar met het globale resultaat.
De chronische problematiek is de hoogste gemiddelde score tot nu toe. De scores zijn globaal beter bij deze patiënten, maar de topics die minst/meest scoren zijn wel gelijkaardig als globaal. In de categorie ‘bereikbaarheid’ worden wel enkele lagere scores gegeven dan globaal: HA aan de telefoon, verkrijgen van een afspraak op een voor hun geschikte moment.
Het onderscheid tussen aantal jaren patiënten werd vooral gescoord door patiënten >1jaar patiënt in de praktijk. Van de 10 andere zijn er 3 topics die opvallend laag scoorden: ‘het snel verlichten van de

klacht, preventie en mogelijkheid om de HA aan de telefoon te spreken.' 'Wachttijd wachtzaal, telefonische bereikbaarheid en urgentie' scoorden dan weer beduidend beter dan algemeen.

**Conclusies:** Over het algemeen werd de huisartsenpraktijk te Zingem positief beoordeeld door de patiënten. De hoogste scores werden bekomen voor de communicatie en relatie naar de patiënt toe. De laagste scores werden bekomen uit de categorieën 'medische zorg', 'beschikbaarheid en bereikbaarheid' en 'continuïteit en samenwerking'. De topics die het minst goed hebben gescoord zijn verder uitgewerkt om aanpassingen te kunnen treffen voor de praktijk. Volgende aanpassingen worden vooropgesteld.

- meer aandacht voor preventie: werken met GMDplus, automatische meldingen in het elektronische dossier om het jaar om preventieve onderzoeken uit te voeren.
- gerichte anamnese naar de specifieke klacht en de vraag van de patiënt om de klacht snel en accuraat te kunnen verlichten. Voldoende inlichten van de patiënten om realistische verwachtingen bij de patiënten te creëren.
- Goed informeren van de patiënten bij doorverwijzing, informatie op papier meegeven aan de patiënt, meegeven van een volledige doorverwijsbrief, contact behouden met specialist en regelen van een afspraak nadien om verdere opvolging te garanderen
- Aanmaken van een dubbele afspraak indien nodig, creëren van pauze momenten op geregelde tijdstippen, associatie met extra arts om de werkverdeling beter haalbaar te maken tussen de collega's.
- Aanmaken van telefonische momenten om de arts te bellen in verband met vragen, labo uitslagen en andere.

**E-mail:** carmen.vanhaecke@ugent.be

**ICPC-code:** xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

# INHOUDSOPGAVE

**HOOFDSTUK 1: INLEIDING** ..... **5**

**HOOFDSTUK 2: LITERATUURONDERZOEK** ..... **7**

**2.1 onderzoeksvraag** ..... **7**

**2.2 methode** ..... **7**

**2.3 literatuur** ..... **8**

patiëntentevredenheid ..... 8

Prioriteiten ..... 8

patiënt en artsen kenmerken ..... 10

Evaluatie verschillen arts-patiënt ..... 11

Keuze arts ..... 12

EUROPEP-vragenlijst ..... 12

Kwaliteitsverbetering ..... 14

**HOOFDSTUK 3: ONDERZOEKSMETHODIEK** ..... **15**

**3.1 onderzoeksvraag** ..... **15**

**3.2 Methode** ..... **15**

**HOOFDTSUK 4: RESULTATEN** ..... **17**

4.1 Gegevens onderzoekspraktijk te Zingem: ..... 17

4.2 Gegevens uit de enquëte: ..... 18

**HOOFDSTUK 5: DISCUSSIE** ..... **34**

5.1 Mogelijke alternatieven bij specifieke topics ..... 34

5.2 Implementatie van alternatieven/aanpassingen in de praktijk ..... 37

5.3 voor- en nadelen van de alternatieven/aanpassingen ..... 39

5.4 evaluatie mogelijkheden ..... 40

**HOOFDSTUK 6: BESLUIT** ..... **41**

**REFERENTIES** ..... **42**

**BIJLAGE** ..... **44**

1. informatie brief patiënten ..... 44

2. vragenlijst Europep ..... 45

# HOOFDSTUK 1: INLEIDING

In deze Manama werd gewerkt aan een praktijk ondersteunend project waarbij werd getracht de algemene patiëntentevredenheid te kaderen binnen een individuele huisartsenpraktijk te Zingem. De interesse en het belang van de mening van patiënten is de laatste decennia sterk toegenomen. In de loop van de tijd is de rol van patiënt en huisarts dan ook heel sterk veranderd [1]. Bij het begin van vorige eeuw was de inbreng van patiënt in zijn behandeling en opvolging eerder beperkt, de rol van de huisarts was toen eerder paternalistisch te noemen. De huisarts maakte de uiteindelijke beslissing en patiënt kon daar weinig tot niets aan toevoegen. Sinds de laatste eeuw is er een heel belangrijke verschuiving ontstaan in de rol van huisarts en patiënt. Patiënt wordt veel nauwer betrokken bij zijn eigen zorgtraject, krijgt inspraak in de behandeling. De geneeskundige zorg veranderde van paternalistische zorg naar een patiëntgerichte zorg.

Met deze verschuiving binnen de gezondheidszorg in het achterhoofd wordt het al snel duidelijk dat ook bij de kwaliteitsbeoordeling meer en meer rekening moet gehouden worden met de mening van de patiënt [2]. Bij het beoordelen van de kwaliteit van zorg wordt niet enkel rekening gehouden met de objectieve behoeften van de patiënt tijdens de dienstverlening maar ook steeds meer met de subjectieve behoeften. Want ook deze subjectieve behoeften worden steeds belangrijker in het algemene beeld van de zorg binnen de huisartsengeneeskunde. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg in de huisartsengeneeskunde volgens de mening van de patiënten vergt een goede kennis van de verwachtingen en ervaringen van de patiënten [16]. Dit kan onder meer door patiënten te laten definiëren wat hij verstaat onder een goede dienstverlening en deze dienstverlening door hem te laten beoordelen. Om deze methode te kunnen hanteren in de verdere kwaliteitsbevordering binnen de eerste lijn zijn de laatste decennia vele onderzoeken gestart om de verwachtingen en ervaringen van patiënten te verzamelen aan de hand van interviews, vragenlijsten,… De vele onderzoeken toonden weliswaar ook reeds aan dat het verwerven van correcte patiënten informatie niet zo vanzelfsprekend is. Aan de hand van een goede kwaliteitsbeoordeling van de patiënten kunnen we gericht gaan werken aan een kwaliteitsverbetering binnen de huisartsen praktijk.

In de praktijk te Zingem hadden we graag de mening van de patiënten in kaart willen brengen. Er is meer informatie gewenst in verband met de mening en visie van de patiënten in de praktijk om zo enkele kwaliteitsverbeterende werkpunten te kunnen creëren. Om dit onderzoek tot een goed eind te brengen heb ik me laten inspireren door een grootschalig project in Vlaanderen. Het POP(Praktijk Ondersteunend Programma) is reeds in uitvoering in een aantal Vlaamse huisartsenpraktijken [4]. Dit onderzoek is een samenwerkingverband tussen Domus Medica en de vakgroepen

huisartsengeneeskunde van de Universiteit Gent, Universiteit Antwerpen en de KU Leuven. Aan de hand van dit onderzoek wordt de kwaliteit van zorg binnen individuele praktijken in kaart gebracht en geëvalueerd waarna ze zullen ontdekken welke kwaliteitsbevorderende stappen kunnen worden ondernomen om de kwaliteit binnen de praktijk nog te verhogen.

POP is een 3-jarig onderzoekstraject waar aan de hand van metingen interne kwaliteitsbevordering wordt beoogd, er worden verbeteringsplannen opgesteld en de praktijk zal gedurende die tijd ook begeleid worden door een coach. De eerste stap in het onderzoek is het verzamelen van patiënten evaluaties van de praktijk . Om alle patiëntengegevens op een correcte manier te verzamelen wordt gebruik gemaakt van het internationaal gevalideerde EPA (European Practice Assessment)-instrument [3]. Dit instrument toont de  sterke kanten van de praktijk maar ook de mogelijke prioriteiten van kwaliteitsverbetering. Het is een internationaal gevalideerd instrument wat het mogelijk maakt om de resultaten van een individuele praktijk te vergelijken regionaal, nationaal en internationaal. Het “European Practice Assessment” werd tussen 2001 en 2005 ontwikkeld door de TOPAS-Europe Association. Dit formele samenwerkingsverband van researchgroepen en - organisaties, ontwikkelde hiervoor een aantal kwaliteitsindicatoren en een evaluatie-instrument. De patiënten evaluaties worden verzameld aan de hand van de EUROPEP vragenlijst (zie bijlage) die deel uitmaakt van  POP. De EUROPEP (European Task Force on Patient Evaluations of General Practice) vragenlijst is een vragenlijst  die zowel de organisatie en praktijkvoering van de praktijk bevragen als ook de visie van de patiënt om zo de patiëntentevredenheid in kaart te kunnen brengen.

Voor deze manama werd gebruik gemaakt van de internationaal gevalideerde EUROPEP - vragenlijst uit het POP-project. Deze vragenlijst wordt gebruikt om de tevredenheid van de patiënten in de praktijk volledig in kaart te brengen en aan de hand daarvan enkele kwaliteitsbevorderende stappen te kunnen opzetten. Vanuit het idee om de visie van patiënten in de individuele huisartsenpraktijk volgens hun ervaringen en verwachtingen in kaart te brengen kunnen we volgende onderzoeksvragen naar voor brengen:
-wat verstaan we onder patiëntentevredenheid en hoe wordt deze best in kaart gebracht?
-wat zijn de resultaten van de patiënten evaluatie via de EUROPEP vragenlijst binnen de praktijk te Zingem?
-zijn deze resultaten bruikbaar om kwaliteitsbevordering te bekomen?
- de laatste onderzoeksvraag bekijkt welke initiatieven kunnen genomen worden om de tevredenheid van de patiënten te verhogen?

# HOOFDSTUK 2: LITERATUURONDERZOEK

## 2.1 ONDERZOEKSVRAAG

Als eerste onderzoeksvraag in deze literatuurstudie kunnen we ons gaan afvragen wat we nu juist moeten verstaan onder patiëntentevredenheid? Waar liggen de prioriteiten voor de patiënten en waar hechten zij het meeste belang aan bij een consultatie bij de huisarts? Hangt de tevredenheid van de patiënten samen met bepaalde patiënten of artsen kenmerken? Zijn er verschillen tussen de prioriteiten in de evaluaties van patiënten en artsen? Zullen patiënten hun keuze van arts laten afhangen van hun tevredenheid?
Ten tweede kunnen we de validiteit van de vragenlijsten om patiëntentevredenheid te bevragen nagaan.
Als laatste kunnen we ons de vraag stellen of we aan de hand van patiëntenevaluaties bruikbare kwaliteitsbevorderende stappen in de huisartsenpraktijk kunnen ondernemen?

## 2.2 METHODE

Om een antwoord te verkrijgen op de verschillende onderzoeksvragen werd een verkennende literatuurstudie verricht. Een zoektocht naar patiëntentevredenheid via de zoekmachine Cebam leverde een rapport op van het federaal kenniscentrum van gezondheidszorg op. Deze bezorgde een algemene blik op de kwaliteitsbevordering in de huisartsenpraktijk en het gebruik van kwaliteitsindicatoren [ 8].
Het uitgangspunt van de zoekstrategie voor de systematische literatuurstudies was een Medline search met volgende Mesh - zoektermen :
-patientsatisfaction, general practitioner, patients evaluations, general practice, patient priorities, patient expectations, patients evaluations, Physican-patient relations, Family practice standards, Quality Assurance, Health Services Accessibility
- EUROPEP,POP, EPA-instrument , Health Services Accessibility
Deze zoekopdrachten leverden vele resultaten op. Als eerste werd een selectie gedaan waarbij vooral artikels van na het jaar 2000 werden geselecteerd. Dit aangezien er werd aangenomen dat oudere originele artikels in de latere reviews werden geïncludeerd. Ook werden artikels en reviews met betrekking tot specialisten en werking in het ziekenhuis weg gelaten.
Op basis van de overgebleven artikels werden aan de hand van gerelateerde artikels en referenties andere bruikbare artikels opgespoord.
Verder werd ook via Cebam gezocht naar artikels in Belgische medische tijdschriften verschenen zoals Huisarts en wetenschap, huisarts nu.
Als laatste werd via Domus Medica werd ook uitgebreide informatie bekomen in verband met het POP - project en de werkwijze van dit project in de verschillende Vlaamse praktijken.

## 2.3 LITERATUUR

### *PATIËNTENTEVREDENHEID*

Tevredenheid hangt op verschillende manieren samen met de kwaliteit van zorg. Zo kan patiëntentevredenheid enerzijds een invloed hebben op de kwaliteit van de hulpverlening omdat een tevreden patiënt gemotiveerder is om mee te werken bij zijn behandeling. Tevredenheid kan anderzijds ook het doel of de uitkomst zijn van een kwaliteitsvolle zorg. Ten slotte kan tevredenheidonderzoek gebruikt worden om de kwaliteit van zorg te evalueren. Verschillende auteurs geven aan dat tevredenheidonderzoek belangrijke bijdragen kan leveren aan het zicht op de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënten aangezien tevredenheid een belangrijke indicator van de kwaliteit van zorg is [5]. Het meten van de patiëntentevredenheid is een belangrijke outcome op zichzelf naast ondermeer de kwaliteit van leven, mortaliteit, morbiditeit en gezondheidskost [11]. Negatieve patiënten evaluaties moeten door de arts worden gezien als een indicator en stimulans voor verandering en verbetering van de zorg.

Een eenduidige definitie van patiëntentevredenheid is moeilijk vast te leggen, wel zijn er verschillende theoretische modellen uitgewerkt om dit begrip zo correct mogelijk te duiden. Verschillende onderzoekers beschouwen tevredenheid als een afweging die de patiënt maakt tussen de verwachtingen die hij/zij had voor de behandeling en de ervaren zorg [5,6]. Een eerste model omtrent tevredenheid is de fulfillment-theorie waarbij de tevredenheid de rechtstreekse reactie zou zijn op de gepercipieerde uitkomst. Een tweede veel gebruikte model is de discrepantie-theorie waarbij de (on)tevredenheid zou gebaseerd zijn op het verschil tussen de verwachtingen en de verkregen zorg. Deze conceptuele modellen worden echter bekritiseerd omwille van het concept “verwachtingen”: wat wordt daar precies onder verstaan, hebben patiënten wel altijd verwachtingen, hebben ze realistische verwachtingen, …? Ondanks deze kritiek op de verschillende theorieën lijken de meeste onderzoekers er wel van uit te gaan dat tevredenheid beïnvloed wordt door persoonlijke waarden, vorige ervaringen, verwachtingen en percepties [2]. Als derde model wordt het assimilatiemodel naar voor gebracht. Volgens dit model gaan de patiënten hun perceptie van de uitkomst aanpassen zodat deze overeenstemt met wat ze vooraf hadden verwacht. Bij deze wordt de evaluatie van de zorgverlening gebaseerd op wat verwacht wordt en niet op wat verkregen wordt. Wel wordt gesteld dat indien het verschil tussen de verwachtingen en effectieve zorgverlening te groot is, de patiënt het verschil nog groter zal zien en hierdoor erg ontevreden zal zijn. Hierdoor zullen enkel de extreem negatieve ervaringen leiden tot effectieve ontevredenheid [6,7].

### *PRIORITEITEN*

Het is belangrijk dat we een onderscheid maken tussen de prioriteiten van de patiënten en de scores die verkregen worden bij patiënten evaluaties[15]. Uit studies is gebleken dat ook als patiënten aan bepaalde onderwerpen slechts weinig belang hechten , ze deze toch als heel positief kunnen gaan boordelen en andersom kunnen ook slechte beoordelingen worden gegeven aan aspecten die voor

hen dan weer wel heel belangrijk waren. Patiënten gaan tijdens het evalueren voor zichzelf een duidelijk onderscheid maken tussen wat voor hen belangrijk is en de vraag van de onderzoeker naar het scoren van de specifieke topics/onderwerpen. Het blijft hierbij dus steeds belangrijk te weten waar de prioriteiten bij de patiënten daadwerkelijk liggen aangezien we dit niet kunnen achterhalen uit hun algemene evaluaties.

In 1999 werd een internationaal onderzoek gedaan naar de verwachtingen en prioriteiten van patiënten binnen verschillende landen en verschillende culturen aan de hand van een vragenlijst. Dit onderzoek had als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren door meer kennis op te doen over de manier van denken van patiënten. Bij dit onderzoek werd achterhaald welke de prioriteiten zijn voor de patiënten en of er gelijkenissen/verschillen merkbaar zijn tussen de verschillende culturen en de verschillende gezondheidssystemen (huisarts als poortwachter, continuïteit van zorg, grote van de praktijk) [16]. De vragenlijst werd ingedeeld in 5 subgroepen: medisch-technische zorg, dokterpatiënt relatie, informatie en ondersteuning , bereikbaarheid, organisatie praktijk. Opvallend was dat patiënten van verschillende culturen en gezondheidssystemen over het algemeen redelijk gelijke meningen hadden. Vooral de vragen omtrent dokter-patiënt relatie en bereikbaarheid scoorden heel gelijklopend. Uit de vragenlijst werd duidelijk dat volgende prioriteiten bij alle patiënten het hoogste scoorden: tijd vrijgemaakt voor het consult, snelle hulp bij urgenties, betrouwbaar houden van persoonlijke informatie, uitleg geven aan patiënt over hun probleem, patiënt gevoel geven alles te mogen vertellen aan de arts, huisartsen die regelmatig bijscholingen volgen en preventieve zorg aanbieden.

In 2005 werd, aan de hand van patiënten interviews afgenomen binnen de week na de consultatie, een beeld geschept van de voor de patiënt waargenomen outcome van de consultatie [18]. De outcome van een consultatie kan worden bekeken uit het standpunt van de arts maar ook van de patiënt. Na analyse werden 6 categorieën naar voor gebracht die door de patiënt als meest belangrijkste werden aanzien: genezing of vermindering van symptomen, begrijpen, bevestiging, geruststelling, verandering in zelfbeeld of aanvaarden realiteit lichaam en patiëntentevredenheid [10,18].

De eerste categorie, vermindering symptomen of genezing, is bij elke consultatie gewenst maar het bekomen van deze outcome is zeker niet altijd mogelijk. De patiënten die deze categorie naar voor brachten hadden vaak acute of semiacute klachten.
Als tweede werd belang gehecht aan het begrijpen van de ziekte/ klachten. Kennis over hun klachten/ aandoening werd als 1 van de belangrijkste categorieën door de patiënt naar voor geschoven. Hiermee werd niet steeds een concrete benaming voor de klacht/ aandoening bedoeld, de patiënten willen begrijpen wat er aan de hand is voor hun specifiek, in hun specifieke situatie en in een voor hun verstaanbare taal. Verstaan wat er aan de hand is, is noodzakelijk om te kunnen omgaan met de gezondheidsproblemen en de bezorgdheden. Het is noodzakelijk om met die problemen/ bezorgdheden te kunnen leven. Patiënten die niet goed hebben begrepen wat aan de

hand was, zijn hierover ontevreden, ook al zijn ze ervan genezen. Als derde werd bevestiging naar voor gebracht. Vaak hebben patiënten voor de consultatie een aantal ideeën en fantasieën over hun aandoening en diens verloop. Patiënten vinden het uitermate belangrijk dat artsen gedurende het consult deze ideeën/fantasieën gaan bevestigen of weerleggen.
Een vierde uitkomst was geruststelling. Vaak zijn er bij de patiënt voor het consult een aantal bezorgdheden, angsten aanwezig. De arts kan op 2 manieren geruststelling brengen. Dit kan zowel expliciet door aan de patiënt duidelijk te maken dat er niets ernstigs aan de hand is. Of het kan ook impliciet door het geven van een diagnose, uitleg over symptomen die geen ernstige andere ziekte inhoud. De angst zelf hoeft hierbij niet steeds exact te worden genoemd, vaak gebeurd dit subtiel tussen de lijnen.
Geruststelling ging heel vaak samen met bevestiging maar kon ook alleen voorkomen.
Een volgende belangrijke uitkomst was verandering van zelfbeeld of aanvaarden van de realiteit . Deze categorie kwam naar voor bij patiënten die de symptomen/ziekte reeds lange tijd hadden en waarbij de kennis opgedaan in de elkaar opvolgende consultaties nu werd omgezet in het aanvaarden van hun situatie. Ze zijn klaar om hun verdere toekomst te aanvaarden en gaan op zoek naar de beste manier om met deze situatie verder te leven. De ziekte/symptomen zijn niet veranderd maar ze hebben de situatie nu wel aanvaard.
Als laatste werd bij bijna alle patiënten de tevredenheid of ontevredenheid vernoemd als een conclusie van het consult maar nooit als de belangrijkste uitkomst. Alle patiënten die hun symptomen/aandoening hadden begrepen waren tevreden over het consult, ook al waren ze niet genezen. Sommige patiënten waren reeds tevreden met alleen bevestiging, zonder dat ze het volledig hadden begrepen. Alle patiënten die geen bevestiging of uitleg hadden verkregen waren ontevreden en hadden het gevoel niet gehoord te zijn gedurende de consultatie.
We kunnen hieruit concluderen dat tevredenheid moet worden gezien als een deel van de evaluatie met verschillende subcategorieën die belangrijk zijn in de uitkomst van een consult. We moeten ons dus focussen op wat de patiënten belangrijk vinden en niet specifiek enkel op de tevredenheid van het consult.

### *PATIËNT EN ARTSEN KENMERKEN*

We hebben nu een beter algemeen beeld over de verwachtingen en prioriteiten van de patiënten bij een consultatie in de eerste lijn. We kunnen ons hierbij verder nog de vraag stellen of bepaalde omgeving- en persoonsfactoren ook een effect kunnen hebben op de patiëntentevredenheid? Over het effect van deze verschillende factoren werd reeds uitgebreid onderzoek gedaan [6,7,1,20].

De belangrijkste bevinding bij deze onderzoeken is dat oudere patiënten meer positieve evaluaties geven dan jongere patiënten. Artsen met jongere patiëntenpopulaties zullen over het algemeen minder positieve beoordelingen krijgen. Een andere bevinding is dat ook het scholingsniveau in verband zou staan met de tevredenheid. Hoe meer onderwijs de patiënt heeft genoten, hoe minder positief de evaluatie is. Het geslacht, de gezondheidsstatus en etniciteit van de patiënt hebben dan weer geen bewezen effect op de tevredenheid aangetoond Wat ook opviel was dat frequentere

bezoekers van de praktijk zijn geneigd positiever te evalueren dan mensen die slechts sporadisch in de praktijk consulteren [11, 7].

Uit deze onderzoeken bleek ook dat een aantal praktijkorganiserende aspecten een rol kunnen spelen in de patiëntentevredenheid [12]. Evaluaties waren in het algemeen positiever bij artsen die meer uren per week werken. Ook de grootte van de praktijk bleek een rol te spelen. Praktijken met een kleiner aantal artsen en/of praktijkassistenten scoorden beter dan grotere praktijken.

Hieruit moeten we vooral onthouden dat de scores van de patiënten van een specifieke arts bekeken moet worden volgens de patiëntenpopulatie van de arts zelf en de algemene praktijkorganisatie. Zo zal een arts met een eerder jongere en/of hogere geschoolde patiëntenpopulatie een eerder negatievere score mogen verwachten in vergelijking met een collega met een oudere en/of lager geschoolde patiëntenpopulatie.

### *EVALUATIE VERSCHILLEN ARTS-PATIËNT*

Artsen gaan tijdens het consult vaak reageren op basis van hun subjectieve percepties van de verwachtingen en noden van de patiënten [11,13]. Maar deze blijken niets steeds overeen te komen met de objectieve evaluaties van de patiënten zelf. Wanneer blijkt dat patiënten en artsen een duidelijk verschillend standpunt hebben over de evaluatie van zorg, is de kans groot dat ze ook een andere kijk hebben op de aspecten van zorg die zouden moeten verbeterd worden [13]. Indien men echter zou overeenkomen in de evaluatie, is er een hogere kans op motivatie tot verbetering van kwaliteit van zorg. Uit studies blijkt dat artsen in het algemeen strenger evalueren dan patiënten en dus kritischer zijn over hun zorg. Over het algemeen kan men stellen dat de kijk van patiënten en artsen over de beste en de slechtste aspecten van de evaluaties relatief gelijklopend zijn.

Zo scoorden bij onderzoek in 2002 bij zowel de artsen als de patiënten ‘vertrouwelijk houden gegevens, luisterende arts, tijd vrijmaken voor consultatie, snelle hulp bij urgenties en medewerking praktijkmedewerker’ het beste in de evaluaties. ‘ Voorbereiding wat te verwachten van specialist, telefonische bereikbaarheid van de praktijk’ scoorden dan weer het minste. Deze 2 laatste werden dan ook gezien als belangrijke aspecten voor kwaliteitsverbetering [13].

Een internationale vergelijkende studie in de UK heeft aangetoond dat een groot deel van de prioriteiten van de patiënten overeenkomen met deze van de artsen. De vraag daarbij luid of ook de effectieve ervaringen gelijk zijn en of er verschillen zijn binnen de verschillende landen. De organisatie van de gezondheidszorg is niet in alle landen vergelijkbaar waardoor kan worden verwacht dat hier ook verschillende problemen zullen bestaan. Een studie in het jaar 2000 tussen 10 Europese landen, waaronder België(Vlaanderen), toonde aan de hand van de EUOPEP-vragenlijst aan dat in het algemeen de patiënten erg tevreden zijn over de zorgverlening.
De meest positieve punten: vertrouwelijk houden van informatie, luisteren naar patiënt, tijd vrijmaken voor consult, snelle hulp bij acute nood.

Meest negatieve punten waren organisatorisch te vinden: wachttijd wachtzaal, arts spreken aan de telefoon, telefonische bereikbaarheid van de praktijk, preventieve zorg.[11]

### *KEUZE ARTS*

Naast de prioriteiten van patiënten met betrekking tot tevredenheid is het ook nuttig eens te kijken wat nu de werkelijke redenen zijn voor patiënten om te veranderen van arts? Is dit steeds omdat patiënten ontevreden zijn over het consult of zijn er andere aspecten ook belangrijk? In Ierland werd in 2010 een onderzoek gedaan naar de effectieve reden waarvoor patiënten op zoek gaan naar een andere huisarts [19]. Dit onderzoek leerde ons dat de grootste groep patiënten zowel om persoonlijke redenen als om arts gebonden redenen veranderden van arts. De voornaamste redenen waren het karakter en de persoonlijkheid van de arts. Hierbij duidde men vooral op het te haastig zijn van de arts, te weinig tijd vrij maken voor de patiënt tijdens de consultatie en het niet luisteren naar de patiënt. Deze werden gevolgd door het niet verlenen van bepaalde diensten( huisbezoeken, onderzoeken, werkongeschiktheid, doorverwijzing specialist) en disorganisatie van de praktijk( wachttijden, telefonische bereikbaarheid). Hieruit kunnen we opmaken dat de arts - patiënt relatie heel belangrijk is voor de patiënten en dat we moeten trachtten de praktijk organisatie en de communicatieve vaardigheden van de arts tijdens het consult te optimaliseren.

### *EUROPEP-VRAGENLIJST*

Er zijn heel wat methoden om via de patiënten informatie te verkrijgen over hun tevredenheid in verband met de zorg tijdens de consultatie [6]. Zo kan men werken met interviews van patiënten (direct na consult of op later ogenblik). Er kan ook informatie worden bekomen via focusgroepen, waarbij er in kleine groepen een gestructureerde discussie wordt gevoerd onder leiding van een gespreksleider. Er kan een analyse worden gedaan naar de klachten, opmerkingen van de patiënten of men kan ook aan de hand van gesloten vragenlijsten, schriftelijk of mondeling, de nodige informatie gaan verzamelen. Deze laatste methode wordt op heden het meest toegepast. Toch zijn er nog een aantal nadelen gebonden aan deze gegevensverzameling. Bij vele vragenlijsten worden de patiënten niet betrokken bij de selectie van te ondervragen categorieën, hierdoor komen soms bepaalde, voor patiënten belangrijke topics,niet aan bod. Er wordt zelden gebruik gemaakt van gestandaardiseerde vragenlijsten waardoor vergelijking met andere studies onmogelijk wordt. Een ander probleem is het gebrek aan overdraagbaarheid van sommige lijsten. Zo wordt niet altijd rekening gehouden met culturele verschillen, verschillen tussen landen en regio's. Ook kan de opzet van de studie anders zijn waardoor de items van de vragenlijst minder relevant zijn voor andere onderzoeken. Als laatste moeten we rekening houden met het feit dat patiënten vaak niet geneigd zijn hun zorgverlener negatief te gaan beoordelen waardoor er een vertekend beeld kan ontstaan van de werkelijkheid. Om deze redenen is het aangewezen te werken met gestandaardiseerde vragenlijsten. Het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten is een goede manier om de mening van patiënten te bekomen, om deze te gebruiken in het onderzoek en om vergelijkingen met andere landen/onderzoeken te kunnen maken. Het gebruik van diepte-interviews aanvullend aan de gestandaardiseerde vragenlijsten zou

een complexer maar vollediger beeld kunnen scheppen [6]. Bij deze interviews kan nog extra andere informatie worden verkregen, welke niet mogelijk zijn aan de hand van gesloten vragenlijsten. Aangezien het uitvoeren van interviews in de praktijk niet altijd een haalbare zaak is kan men ook aan de gesloten vragenlijsten een opening laten voor een aantal open vragen of ruimte voor opmerkingen.

Met betrekking tot de standaardisatie van meetinstrumenten zijn er met name in Europa een aantal voorbeelden gevonden van vragenlijsten die hierop inspelen en die wellicht die rol kunnen gaan vervullen. In dit rijtje past ook de Europep-vragenlijst [20]. Uit de publicaties rond de CEP( chronische patiënten evalueren de huisartsenpraktijk)- , Europep-vragenlijst, de QUOTE (QUality Of care Through the patient's Eyes) -vragenlijsten en de VCC( continuïteit van zorg vanuit cliëntperspectief) -vragenlijst blijkt dat de patiënten bij al deze vragenlijsten nadrukkelijk betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van de vragenlijsten en de formulering en selectie van kwaliteitsaspecten. De CEP is in een Europees project ingebracht, waaruit vervolgens de Europep-vragenlijst is ontwikkeld met 23 kwaliteitsaspecten. De door het NIVEL ontwikkelde QUOTE-vragenlijst gaan een onderverdeling toevoegen over de zorg van bepaalde patiëntengroepen. Elke QUOTE- vragenlijst bestaat uit twee delen. In deel één geven patiënten aan welke aspecten zij belangrijk vinden met betrekking tot de zorg. In deel twee wordt hen gevraagd welke ervaringen zij met die kwaliteitsaspecten hebben. Deze vragenlijst is hedendaags voor een groot deel vervangen door CQ-index vragenlijsten. De CQ-index is een mix van de CAHPs(Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)- en QUOTE-vragenlijsten. Beide instrumenten meten ervaringen van zorgconsumenten, het is een valide instrument om de ervaringen van patiënten te meten en te gaan vergelijken maar is niet zozeer gericht op het meten van de patiëntentevredenheid.
Het gebruik van goede en specifieke vragenlijsten is van groot belang voor het slagen van het onderzoek. Wanneer gebruik gemaakt wordt van minder degelijke vragenlijsten zullen de resultaten misleidend zijn en niet de mogelijkheid geven aan de patiënten hun volledige mening over de dienstverlening te verschaffen. Ze geven de indruk dat de patiënt betrokken is bij de beoordeling, maar die indruk is niet correct. De vragen moeten voldoende specifieke en gedetailleerd zijn zodat er voldoende kan worden aangetoond welke aspecten beter kunnen en waar er plaats is voor kwaliteitsverbetering.

In dit onderzoek werd gewerkt met de gevalideerde en gestandaardiseerde EUROPEP-vragenlijst. Deze lijst werd bekomen door de TOPAS-Europe Association na een grondige en uitgebreide literatuur studie en ook een grondig uitgewerkte kwalitatieve en kwantitatieve studies in verschillende Europese landen. Dankzij dit uitgebreide onderzoek werd de patiënt effectief betrokken in de selectie van die items in de vragenlijst die voor hun belangrijk zijn, zodat alle patiënt gebonden prioriteiten voldoende aan bod komen. EUROPEP is ontwikkeld om een internationale vergelijking van de evaluatie van de kwaliteit van zorg door de patiënt mogelijk te maken. Andere instrumenten gebruikt in internationale context werden ontwikkeld in 1 specifiek land en vervolgens vertaald gebruikt in andere landen. Dit brengt culturele en taalproblemen met zich mee. Dankzij de internationale ontwikkeling

doet dit probleem zich niet voor bij EUROPEP. Bij deze vragenlijst werd aan de hand van een studie studie in 16 verschillende Europese landen de validiteit aangetoond [6].

### *KWALITEITSVERBETERING*

Volgens een studie in 2001 zou het geven van feedback aan de arts over patiënten evaluaties geen verandering hebben teweeggebracht in de scores van de patiënten evaluaties [14]. Ondanks deze resultaten gaven de artsen wel aan dankzij de feedback zelf wel een aantal veranderingen te hebben doorgebracht in hun manier van denken, werken en ook in de organisatie van de praktijk. Op de resultaten van dit onderzoek kwam al snel kritiek. Er werd weerlegd dat een verandering in de patiëntenevaluaties op zich misschien te moeilijk was om te verkrijgen aangezien ze in eerste instantie reeds heel positief waren. Ook was de follow-up tijd waarschijnlijk te kort om de veranderingen volledig tot hun recht te brengen. Als derde puntje zou het kunnen dat de verandering misschien niet efficiënt genoeg geweest zijn daar ze niet diep genoeg onderzocht en besproken zijn geweest met een begeleidend team. Over het algemeen wordt na onderzoek gesteld dat feedback door patiënten evaluaties een goede methode kan zijn voor verbetering van zorg en dan vooral als het wordt gekaderd binnen een hervormingsprogramma met de nodige opvolging en begeleiding. Op deze manier is het mogelijk efficiënte en bruikbare kwaliteitsverbeterende stappen te ondernemen [14].

# HOOFDSTUK 3: ONDERZOEKSMETHODIEK

## 3.1 ONDERZOEKSVRAAG

*Patiënt:*
patiënten op consultatie in de huisartsenpraktijk te Zingem ingedeeld in 4subgroepen (kinderen, acute zorg, chronische opvolging, niet van toepassing) en onderverdeeld in minder of meer dan 1 jaar patiënt in de praktijk.
*Intervention:*
131 patiëntenenquêtes (EUROPEP – vragenlijst )

*Comparison :*
- outcome bij de verschillende onderzoekspopulaties.
- nieuwe patiënten en patiënten die reeds meer dan een jaar naar de praktijk komen

*Outcome:*
Patiëntentevredenheid in de individuele huisartsenpraktijk.(groepspraktijk te Zingem)
Bedenken van ingrepen die de zwakkere punten kunnen gaan verbeteren.

## 3.2 METHODE

De evaluatie van de patiënten over de verkregen zorg tijdens de consultaties werd bekomen aan de hand van de EUROPEP-vragenlijst [bijlage 2]. Deze lijst werd bekomen door de TOPAS-Europe Association na een grondige en uitgebreide literatuur studie en ook een grondig uitgewerkte kwalitatieve en kwantitatieve studies in verschillende Europese landen. Aan de hand van dit uitgebreide onderzoek werd de patiënt betrokken in de selectie van die items die voor hun belangrijk zijn, zodat alle patiënt gebonden prioriteiten voldoende aan bod komen. De vragenlijst bestaat uit 23 items gegroepeerd in 5 categorieën ( relatie en communicatie, medische zorg, informatie en ondersteuning, continuïteit en samenwerking, beschikbaarheid en bereikbaarheid). Op deze vragen moet geantwoord worden aan de hand van een vijfpuntenschaal die gaat van 'slecht' tot 'uitstekend'.
Verder werd in dit onderzoek een onderverdeling gemaakt omtrent de reden van consultatie in 5 subgroepen( consultatie voor kinderen <18j, acute pathologie, chronische zorg of niet van toepassing). Een 2e onderverdeling werd gemaakt in aantal jaren patiënt in de praktijk ( minder of meer dan 1 jaar).

De vragenlijsten waren te verkrijgen in de wachtzaal en konden vrijwillig worden ingevuld door patiënten ter plaatste gedurende 3maanden(aug-sept-okt). Aan de hand van een affiche in de wachtzaal en mondelinge uitleg door de artsen werd getracht zoveel mogelijke enquêtes te verkrijgen. Er werden geen enquêtes afgenomen bij patiënten op de huisbezoeken. De ingevulde

lijsten werden nadien door de patiënt in de daarvoor bestemde brievenbus in de wachtzaal gedeponeerd. In deze 3maanden werd de informatie van 131 ingevulde vragenlijsten nauwkeurig verwerkt in een daarvoor ontwikkeld SPSS- document. Dit statistisch programma geeft de mogelijkheid deze resultaten via codering eenvoudig op te slaan. Hierdoor kunnen verscheidene statistische bewerkingen met duidelijke tabellen en grafieken worden gemaakt om de gewenste resultaten duidelijk weer te geven.

*Welke bewerkingen gedaan?*

*globale patiëntengegevens van de huisartsenpraktijk te Zingem

*algemene berekening scores globaal

* algemene scores opgedeeld volgens consultatie reden

*algemene scores opgedeeld volgens aantal jaren patiënt in de praktijk

* scores volgens categorieën uitspitten

*Tekortkomingen van deze methode?*

* Aangezien de vragenlijsten vrij te verkrijgen waren in de wachtzaal is er enige bias mogelijk. De patiënt kon zelf beslissen of hij al dan niet deelnam aan het onderzoek door de vragenlijst in te vullen. Ook wordt er in de praktijk gewerkt met 2 afzonderlijke wachtzalen waar telkens 2 artsen werkzaam zijn. De vragenlijsten van wachtzaal 1 en 2 zijn in dit onderzoek samen verzameld om een algemeen globaal beeld van de volledige praktijk te verkrijgen. Aangezien patiënten de vragenlijst in de wachtzaal konden verkrijgen zou het kunnen dat vooral mensen die even moesten wachten de vragenlijst hebben ingevuld.

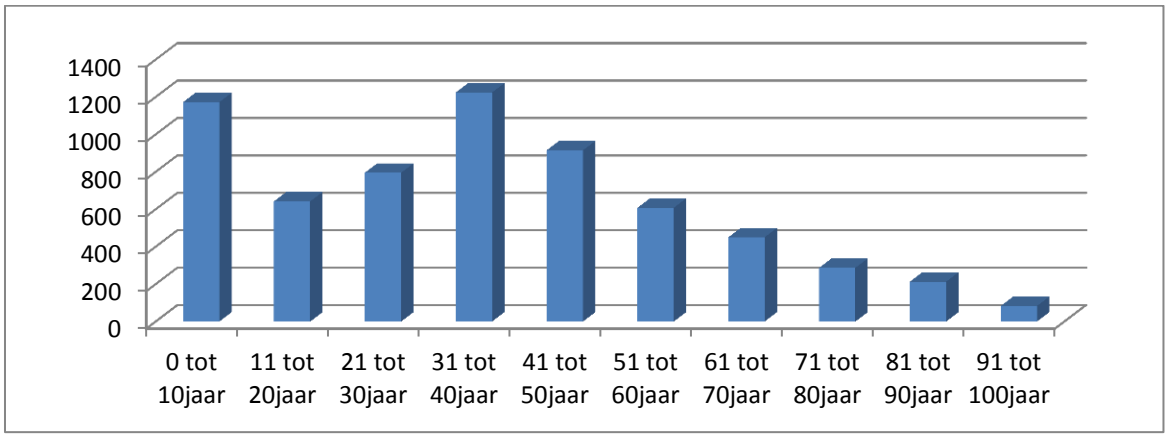
# HOOFDTSUK 4: RESULTATEN

## *4.1 GEGEVENS ONDERZOEKSPRAKTIJK TE ZINGEM:*

Patientenpopulatie HAP zingem: in het online patiëntenbestand vinden we 7441 patiënten dossiers. Van dit grote aantal hebben er 2434 patiënten een GMD aangemaakt in de praktijk in het jaar 2012.

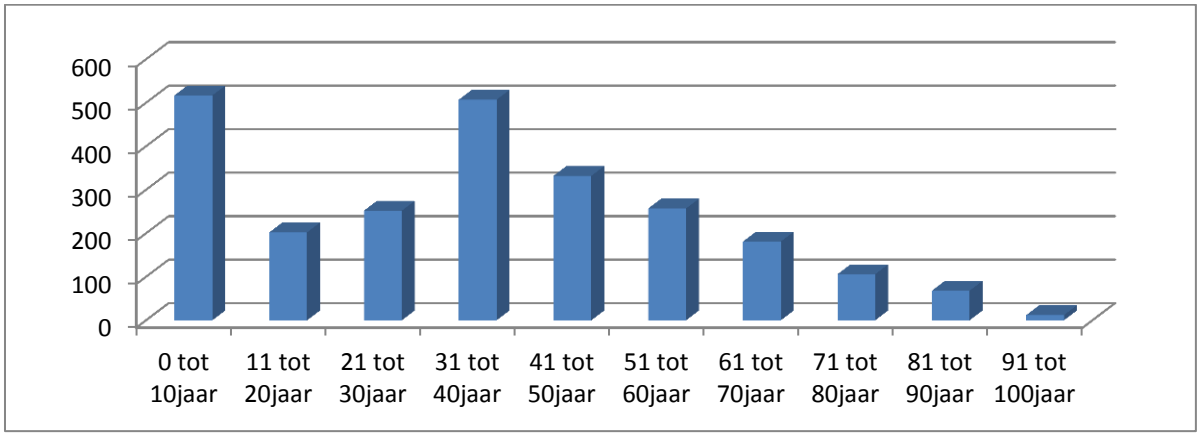
Geslachtsverdeling: Van deze 7441 patiënten kunnen we de geslachtsverdeling gaan bekijken. Er zijn 3443 vrouwen, 2798 mannen en bij 1200 dossiers is het geslacht niet bekend (over het algemeen gaat dit over patiënten die nooit een medisch dossier hebben aangemaakt in de praktijk en dus waarschijnlijk slechts 1malig in de praktijk zijn geweest (bv. tijdens de wachtdienst)). De verdeling bij de patiënten met een GMD in 2012 is: 55.3% vrouwen en 44.7% mannen

Leeftijdsverdeling: van de 7441 patiëntendossiers zijn er 6389 patiënten bij wie de leeftijd gekend is. In het volledige patiëntenbestand zien we de hoogste prevalentie op 33-jarige leeftijd . We bemerken 2 duidelijke piekleeftijden met als eerste 0-10jaar en als tweede 31-40 jaar.




*Grafiek 1: leeftijdsverdeling alle patiënten Zingem*

De verdeling bij de patiënten met een GMD in 2012 is vergelijkbaar met de algemene scores.




*Grafiek 2: leeftijdsverdeling GMD patiënten 2012 te Zingem*

## *4.2 GEGEVENS UIT DE ENQUËTE:*

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek in de huisartsenpraktijk te Zingem besproken. Eerst wordt een algemeen beeld geschetst van de uitkomsten van de 131 ingevulde vragenlijsten. Er wordt ingegaan op de resultaten globaal, per categorie, volgens consultatiereden en volgens aantal jaren patiënt in de praktijk.

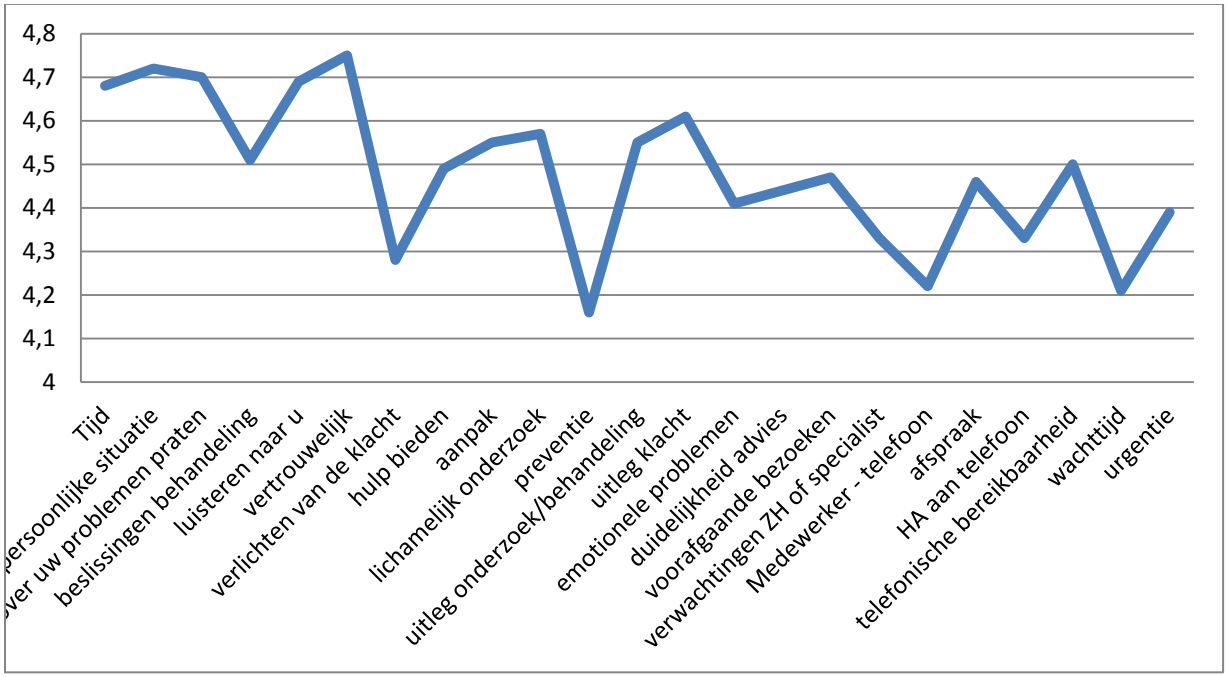
Vervolgens wordt ingegaan op de verkregen opmerkingen bij de vragenlijsten van de patiënten.

## A/ Globale scores uit de 131 vragenlijsten

Na verwerking van de gegevens uit de patiënten enquêtes kunnen we de globale score van patiëntentevredenheid in de huisartsenpraktijk te Zingem gaan bekijken. In de 131 ingevulde vragenlijsten zien we dat patiënten 0 tot 13 vragen niet hebben beantwoord (missing links). Het is ook vooral bij de laatste vragen en de zeker de allerlaatste vraag 'het verlenen van hulp bij gezondheidsproblemen die urgent zijn? ' dat er meer missings verschenen zijn. Heeft dit te maken met verminderde concentratie en enthousiasme van de patiënten om op de vragen te antwoorden? Of heeft het eerder te maken met het feit of de patiënt al dan niet de situatie in de vragen reeds heeft meegemaakt? Verder zien we dat er een goede variatie is in de quotering van 1 tot 5(uitstekend), er wordt door de patiënten dus gebruik gemaakt van de volledige variatie qua quotering.

| | Aantal | Minimum | Maximum | **Gemiddelde** |
|---|---|---|---|---|
| **Tijd** | 131 | 3 | 5 | **4,68** |
| **persoonlijke situatie** | 131 | 3 | 5 | **4,72** |
| **over uw problemen praten** | 131 | 3 | 5 | **4,70** |
| **beslissingen behandeling** | 130 | 2 | 5 | 4,51 |
| **luisteren naar u** | 131 | 3 | 5 | **4,69** |
| **vertrouwelijk** | 130 | 3 | 5 | **4,75** |
| **verlichten van de klacht** | 130 | 1 | 5 | **4,28** |
| **hulp bieden** | 131 | 1 | 5 | 4,49 |
| **aanpak** | 130 | 2 | 5 | 4,55 |
| **lichamelijk onderzoek** | 131 | 3 | 5 | 4,57 |
| **preventie** | 123 | 1 | 5 | **4,16** |
| **uitleg onderzoek/behandeling** | 128 | 3 | 5 | 4,55 |
| **uitleg klacht** | 129 | 3 | 5 | 4,61 |
| **emotionele problemen** | 125 | 2 | 5 | 4,41 |
| **duidelijkheid advies** | 126 | 3 | 5 | 4,44 |
| **voorafgaande bezoeken** | 125 | 3 | 5 | 4,47 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **verwachtingen ZH of specialist** | 118 | 2 | 5 | **4,33** |
| **Medewerker - telefoon** | 127 | 2 | 5 | **4,22** |
| **afspraak** | 127 | 2 | 5 | 4,46 |
| **HA aan telefoon** | 125 | 1 | 5 | **4,33** |
| **telefonische bereikbaarheid** | 128 | 1 | 5 | 4,50 |
| **wachttijd** | 128 | 1 | 5 | **4,21** |
| **urgentie** | 118 | 1 | 5 | 4,39 |
| Valide aantal | 105 | | | |




*Grafiek 3: globale scores*

Over het algemeen werd de praktijk positief beoordeeld met een gemiddelde score van 4.48 op 5. De topics die in de globale enquête het beste worden gequoteerd zijn: ‘het vertrouwelijk houden van aantekeningen en gegevens over u’ , ‘belangstelling tonen voor uw persoonlijke situatie’, ervoor zorgen dat u hem/haar gemakkelijk over uw problemen kon vertellen’ , ‘naar u luisteren’ en ‘u het gevoel geven dat zij/hij tijd voor u had tijdens consulten ‘. Dit zijn allen topics uit de categorie ‘relatie en communicatie’. Hieruit kunnen we besluiten dan de praktijk een zeer goede beoordeling heeft gekregen over communicatie en relatie naar de patiënt toe.

De Topics die het minst goed werden beoordeeld zijn: ‘aanbieden van hulp bij het voorkomen van ziekten’, ’ wachttijd in de wachtkamer’, ‘de behulpzaamheid van de medewerker - telefoon’, ‘Het snel verlichten van uw klachten’, ‘mogelijkheid om de huisarts aan de telefoon te krijgen’ en ‘u voorbereiden op wat u kunt verwachten van de specialist of het ziekenhuis’. Dit zijn topics uit de

categorieën ‘medische zorg’, ‘beschikbaarheid en bereikbaarheid’ en ‘continuïteit en samenwerking’. Met deze gegevens in ons achterhoofd kunnen we gaan kijken welke veranderingen in de praktijk kunnen worden uitgevoerd om de patiëntentevredenheid verder te verbeteren.

## B/ Per categorie

### *1/ Relatie en communicatie:*

Deze categorie bestaat u 6 onderdelen: Tijd vrijmaken voor het consult, belangstelling tonen voor uw persoonlijke situatie, gemakkelijk over uw problemen kon vertellen, U betrekken bij beslissingen over uw medische behandeling, naar u luisteren en vertrouwelijk houden van gegevens. Indien we deze gegevens afzonderlijk bekijken kunnen we stellen dat de patiënten dit onderdeel erg hoog gescoord hebben met een gemiddelde score van 4,675 op 5. Ook is er in deze categorie door bijna alle patiënten op alle vragen geantwoord. Er zijn slechts 2 missings bemerkbaar. De topic in deze categorie die minst scoorde was het betrekken van de patiënten bij de beslissingen in medische behandelingen. Dit is een gegeven dat in de praktijk kan meegenomen worden en waar extra aandacht aan geschonken kan worden in de gesprekstechnieken van het consult.

| | Aantal | Minimum | Maximum | Gemiddelde |
|---|---|---|---|---|
| **Tijd** | 131 | 3 | 5 | **4,68** |
| **persoonlijke situatie** | 131 | 3 | 5 | **4,72** |
| **over uw problemen praten** | 131 | 3 | 5 | **4,70** |
| **beslissingen behandeling** | 130 | 2 | 5 | **4,51** |
| **luisteren naar u** | 131 | 3 | 5 | **4,69** |
| **vertrouwelijk** | 130 | 3 | 5 | **4,75** |

### *2/ Medische zorg*

Deze categorie bestaat uit 5 onderdelen: snel verlichten van de klachten, bieden van hulp om dagelijkse activiteiten uit te voeren, zorgvuldige en degelijke aanpak, lichamelijk onderzoek uitvoeren en hulp aanbieden bij het voorkomen van ziektes. Op dit onderdeel werd door de patiënten een gemiddelde van 4,41 op 5 gescoord. Qua missings kunnen we stellen dat deze vergelijkbaar zijn met voorgaande categorie behalve op het onderdeel ‘preventie’. Opvallend is dat hier meerdere missings aanwezig zijn (8). Qua quotering zijn de topics ‘verlichten van de klacht’ en ‘preventie’ duidelijk minder goed gescoord dan de andere. Het zal belangrijk zijn ook deze informatie te onthouden als we aan praktijkverbetering gaan werken.

| | Aantal | Minimum | Maximum | Gemiddelde |
|---|---|---|---|---|
| **verlichten van de klacht** | 130 | 1 | 5 | **4,28** |
| **hulp bieden** | 131 | 1 | 5 | **4,49** |
| **aanpak** | 130 | 2 | 5 | **4,55** |
| **lichamelijk ondezoek** | 131 | 3 | 5 | **4,57** |
| **preventie** | 123 | 1 | 5 | **4,16** |

## *3/ Informatie en ondersteuning*

Deze categorie bestaat uit 4 onderdelen: uitleg geven over de bedoeling van onderzoeken en behandelingen, uitleg geven over uw klacht, hulp bij omgaan met emotionele problemen door de gezondheidstoestand en duidelijk maken waarom u het advies moet volgen. Opvallend is dat we in deze categorie over het algemeen meer missings bemerken dan in voorgaande categorieën. Deze vragen stonden beschreven op de achterzijde van de vragenlijst waardoor er misschien sommige patiënten de vragen niet meer gezien hebben of gewoon mindere concentratie en motivatie om deze vragen te beantwoorden? Misschien vonden sommige patiënten deze vragen minder van toepassing dan de eerste reeks waardoor ze niet op alle onderdelen hebben gescoord. Over hel algemeen heeft de praktijk op deze categorie goed gescoord met een gemiddelde score van 4,50 op 5. Er wordt volgens de patiënten voldoende uitleg gegeven bij de klacht van de patiënten, maar er zou toch nog meer aandacht mogen geschonken worden aan de ondersteuning van emotionele problemen van de patiënt.

| | Aantal | Minimum | Maximum | Gemiddelde |
|---|---|---|---|---|
| **uitleg onderzoek/behandeling** | 128 | 3 | 5 | **4,55** |
| **uitleg klacht** | 129 | 3 | 5 | **4,61** |
| **emotionele problemen** | 125 | 2 | 5 | **4,41** |
| **duidelijkheid advies** | 126 | 3 | 5 | **4,44** |

## *4/ Continuïteit en samenwerking*

Deze categorie bestaat uit 2 onderdelen: nog weten wat gebeurde/werd verteld in voorgaande bezoeken en voorbereiden op ZH of specialist. Opvallend is het hoge aantal missings voor het onderdeel ‘verwachtingen ZH/specialist’. Een grote verklaring hiervoor kan zijn dat voor vele patiënten deze vraag niet van toepassing is aangezien zij nog niet in het ZH zijn opgenomen of zijn doorverwezen naar de specialist. Ook valt het voor dit onderdeel op dat er een iets mindere score verkregen is. Er moet dus in de praktijk verder gewerkt worden aan het informeren van de patiënt in dit opzicht. Gemiddelde werd deze categorie gescoord op 4,40 op 5.

| | Aantal | Minimum | Maximum | Gemiddelde |
|---|---|---|---|---|
| **voorafgaande bezoeken** | 125 | 3 | 5 | **4,47** |
| **verwachtingen ZH of specialist** | 118 | 2 | 5 | **4,33** |

## *5/ Beschikbaarheid en bereikbaarheid*

Deze categorie bestaat uit 6 onderdelen: behulpzaamheid van de medewerker telefoon, krijgen van een afspraak op voor u geschikte moment, mogelijkheid om huisarts aan telefoon te spreken, telefonische bereikbaarheid van de praktijk, wachttijd in de wachtkamer en verlenen van hulp bij acute situaties. Ook hier is er 1 onderdeel die duidelijk meer missings bevat dan andere, namelijk 'urgentie'. Ook hier kunnen we stellen dat dit kan komen doordat vele patiënten nog niet in deze situatie hebben verkeerd en dus voor de praktijk niet kunnen antwoorden op deze vraag. Gemiddeld is deze categorie gescoord op 4,35 op 5. Er is dus qua beschikbaarheid en bereikbaarheid nog ruimte voor verbetering merkbaar. De 'wachttijd' , 'medewerker – telefoon' en 'HA aan telefoon' blijken de minste onderdelen in deze categorie. Er kan dus gezocht worden naar ingrepen die deze zouden kunnen verbeteren om zo de patiëntentevredenheid te verhogen.

| | Aantal | Minimum | Maximum | Gemiddelde |
|---|---|---|---|---|
| **medewerker-telefoon** | 127 | 2 | 5 | **4,22** |
| **afspraak** | 127 | 2 | 5 | **4,46** |
| **HA aan telefoon** | 125 | 1 | 5 | **4,33** |
| **telefonische bereikbaarheid** | 128 | 1 | 5 | **4,50** |
| **wachttijd** | 128 | 1 | 5 | **4,21** |
| **urgentie** | 118 | 1 | 5 | **4,39** |

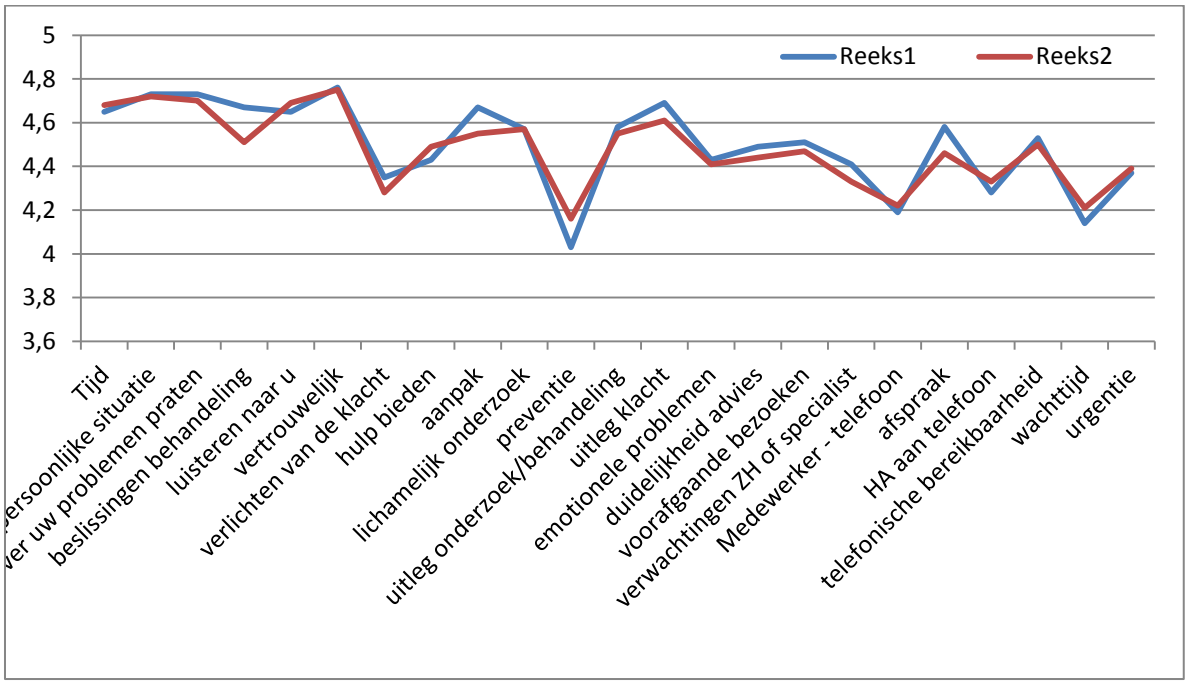
## C/ Onderverdeling volgens consultatie reden

### *1/ Consult kind <18jaar*

We kunnen de gegevens ook opsplitsen volgens consultatie reden en dan enkel de gegevens gaan bekijken van personen die op consultatie komen voor een kind jonger dan 18jaar(37). Er kan worden nagegaan of er anders geëvalueerd wordt indien de consultatie reden aan een kind gericht is dan wel bij consultatie voor de volwassene zelf. Wordt er strenger geëvalueerd? Zijn er specifieke topics die hier beter/minder goed worden beoordeeld? Een goede vergelijking tussen de globale scores en deze bij kinderen<18j kan gebeuren aan de hand van een grafiek en tabel.

| | Aantal | **Kind<18j Gemiddelde** | Globale gemiddelde |
|---|---|---|---|
| **Tijd** | 37 | **4,65** | **4,68** |
| **persoonlijke situatie** | 37 | **4,73** | **4,72** |
| **over uw problemen praten** | 37 | **4,73** | **4,70** |
| **beslissingen behandeling** | 36 | **4,67** | **4,51** |
| **luisteren naar u** | 37 | **4,65** | **4,69** |
| **vertrouwelijk** | 37 | **4,76** | **4,75** |
| **verlichten van de klacht** | 37 | **4,35** | **4,28** |
| **hulp bieden** | 37 | **4,43** | **4,49** |
| **aanpak** | 36 | **4,67** | **4,55** |
| **lichamelijk ondezoek** | 37 | **4,57** | **4,57** |
| **preventie** | 35 | **4,03** | **4,16** |
| **uitleg onderzoek/behandeling** | 36 | **4,58** | **4,55** |
| **uitleg klacht** | 36 | **4,69** | **4,61** |
| **emotionele problemen** | 35 | **4,43** | **4,41** |
| **duidelijkheid advies** | 35 | **4,49** | **4,44** |
| **voorafgaande bezoeken** | 35 | **4,51** | **4,47** |
| **verwachtingen ZH of specialist** | 32 | **4,41** | **4,33** |
| **medewerker-telefoon** | 36 | **4,19** | **4,22** |
| **afspraak** | 36 | **4,58** | **4,46** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **HA aan telefoon** | 36 | 4,28 | 4,33 |
| **telefonische bereikbaarheid** | 36 | 4,53 | 4,50 |
| **wachttijd** | 36 | 4,14 | 4,21 |
| **urgentie** | 30 | 4,37 | 4,39 |



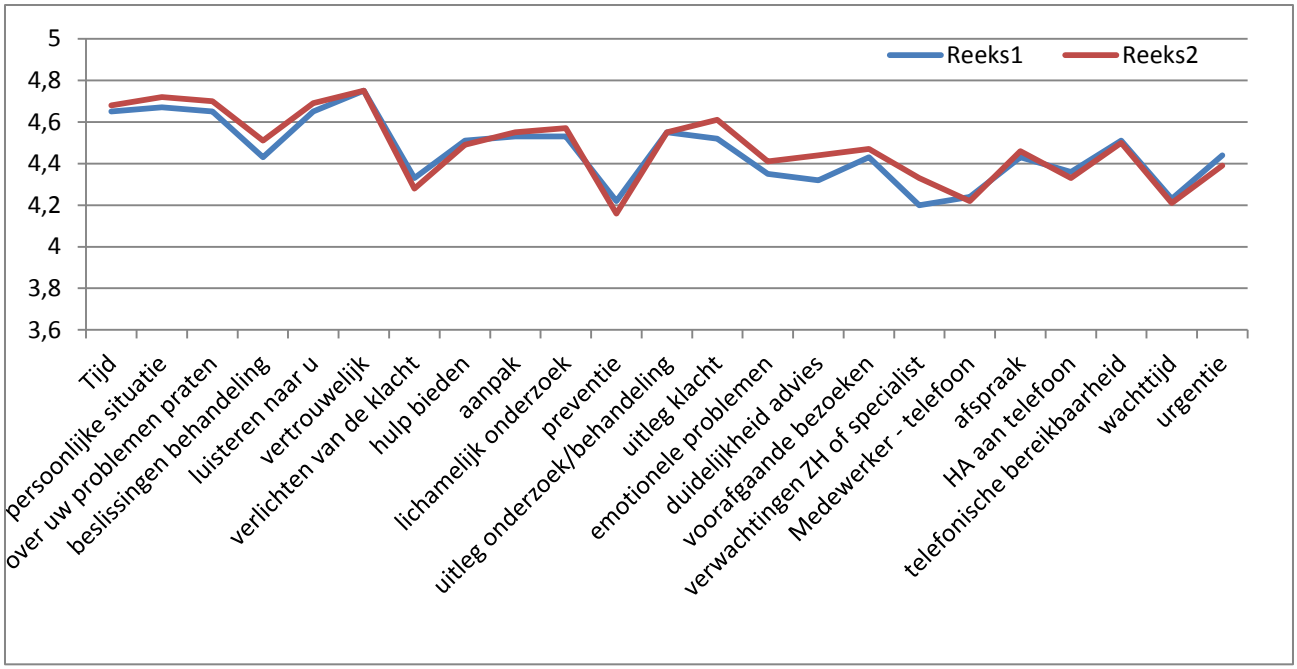

*Grafiek 5: scores kind< 18 jaar(reeks 1) en globale scores(reeks2)*

Uit de gegevens van consultaties bij kinderen <18jaar wordt een gemiddelde score bekomen van 4.50 op 5 wat zeer goed in lijn ligt met de globale scores(4,48). Opvallend is dat bij kinderen<18j beter wordt gescoord op volgende topics: 'betrekken van de patiënten/ouders bij beslissingen in behandelingen', 'zorgvuldige en degelijke aanpak', 'krijgen van een afspraak op een moment dat u past'. Topics die minder scoren zijn: 'preventie' en 'wachttijd wachtzaal'.
Er wordt in de praktijk dus voldoende aandacht gegeven bij kinderen aan het betrekken van de ouders in de behandeling van de kinderen en er wordt getracht steeds een afpsraak op een goed uur te geven voor de kinderen. Wel moet nog verder worden gewerkt aan de preventieve aanpak bij kinderen; vaccinaties, opvolging ontwikkeling, groei en gewicht opvolging,..

## *2/ acute problematiek (47)*

Vervolgens kan er ook worden gekeken naar de resultaten van alle patiënten die op consultatie komen voor een acute problematiek.

| | Aantal | **Acute problematiek Gemiddelde** | Globale gemiddelde |
|---|---|---|---|
| **Tijd** | 49 | **4,65** | **4,68** |
| **persoonlijke situatie** | 49 | **4,67** | **4,72** |
| **over uw problemen praten** | 49 | **4,65** | **4,70** |
| **beslissingen behandeling** | 49 | **4,43** | **4,51** |
| **luisteren naar u** | 49 | **4,65** | **4,69** |
| **vertrouwelijk** | 48 | **4,75** | **4,75** |
| **verlichten van de klacht** | 49 | **4,33** | **4,28** |
| **hulp bieden** | 49 | **4,51** | **4,49** |
| **aanpak** | 49 | **4,53** | **4,55** |
| **lichamelijk ondezoek** | 49 | **4,53** | **4,57** |
| **preventie** | 45 | **4,22** | **4,16** |
| **uitleg onderzoek/behandeling** | 47 | **4,55** | **4,55** |
| **uitleg klacht** | 48 | **4,52** | **4,61** |
| **emotionele problemen** | 46 | **4,35** | **4,41** |
| **duidelijkheid advies** | 47 | **4,32** | **4,44** |
| **voorafgaande bezoeken** | 46 | **4,43** | **4,47** |
| **verwachtingen ZH of specialist** | 44 | **4,20** | **4,33** |
| **medewerker-telefoon** | 46 | **4,24** | **4,22** |
| **afspraak** | 46 | **4,43** | **4,46** |
| **HA aan telefoon** | 45 | **4,36** | **4,33** |
| **telefonische bereikbaarheid** | 47 | **4,51** | **4,50** |
| **wachttijd** | 47 | **4,23** | **4,21** |
| **urgentie** | 45 | **4,44** | **4,39** |



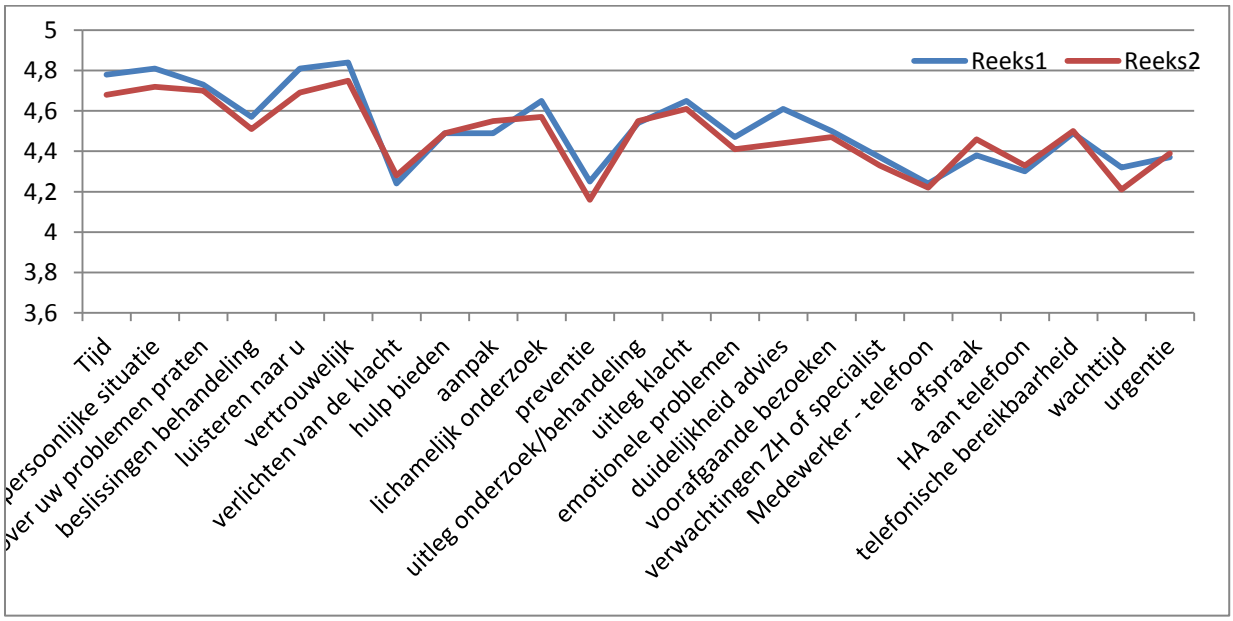

**Grafiek 6: scores acute problematiek(reeks 1) en globale scores(reeks2)**

Uit de resultaten bij de acute problematiek wordt een gemiddelde score bekomen van 4.46 op 5. Ook deze score ligt mooi in de lijn met de globale score van 4,48. Vergeleken met de resultaten bij kinderen<18jaar is er bij acute problematiek gemiddeld wel 0,04 lager gescoord. Als de topics individueel worden bekeken zien we de grootste verschillen in de categorie 'informatie en ondersteuning' en 'continuïteit en ondersteuning.' Deze categorieën scoren hier algemeen wat lager dan globaal. Over het algemeen zijn de mindere en betere topics vergelijkbaar met het globale resultaat.

## *3/ chronische problematiek(37)*

| | Aantal | **Chronische problematiek Gemiddelde** | Globale gemiddelde |
|---|---|---|---|
| **Tijd** | 37 | **4,78** | **4,68** |
| **persoonlijke situatie** | 37 | **4,81** | **4,72** |
| **over uw problemen praten** | 37 | **4,73** | **4,70** |
| **beslissingen behandeling** | 37 | **4,57** | **4,51** |
| **luisteren naar u** | 37 | **4,81** | **4,69** |
| **vertrouwelijk** | 37 | **4,84** | **4,75** |
| **verlichten van de klacht** | 37 | **4,24** | **4,28** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **hulp bieden** | 37 | **4,49** | **4,49** |
| **aanpak** | 37 | **4,49** | **4,55** |
| **lichamelijk ondezoek** | 37 | **4,65** | **4,57** |
| **preventie** | 36 | **4,25** | **4,16** |
| **uitleg onderzoek/behandeling** | 37 | **4,54** | **4,55** |
| **uitleg klacht** | 37 | **4,65** | **4,61** |
| **emotionele problemen** | 36 | **4,47** | **4,41** |
| **duidelijkheid advies** | 36 | **4,61** | **4,44** |
| **voorafgaande bezoeken** | 36 | **4,50** | **4,47** |
| **verwachtingen ZH of specialist** | 35 | **4,37** | **4,33** |
| **medewerker-telefoon** | 37 | **4,24** | **4,22** |
| **afspraak** | 37 | **4,38** | **4,46** |
| **HA aan telefoon** | 37 | **4,30** | **4,33** |
| **telefonische bereikbaarheid** | 37 | **4,49** | **4,50** |
| **wachttijd** | 37 | **4,32** | **4,21** |
| **urgentie** | 35 | **4,37** | **4,39** |




*Grafiek 7: scores chronische problematiek(reeks 1) en globale scores(reeks2)*

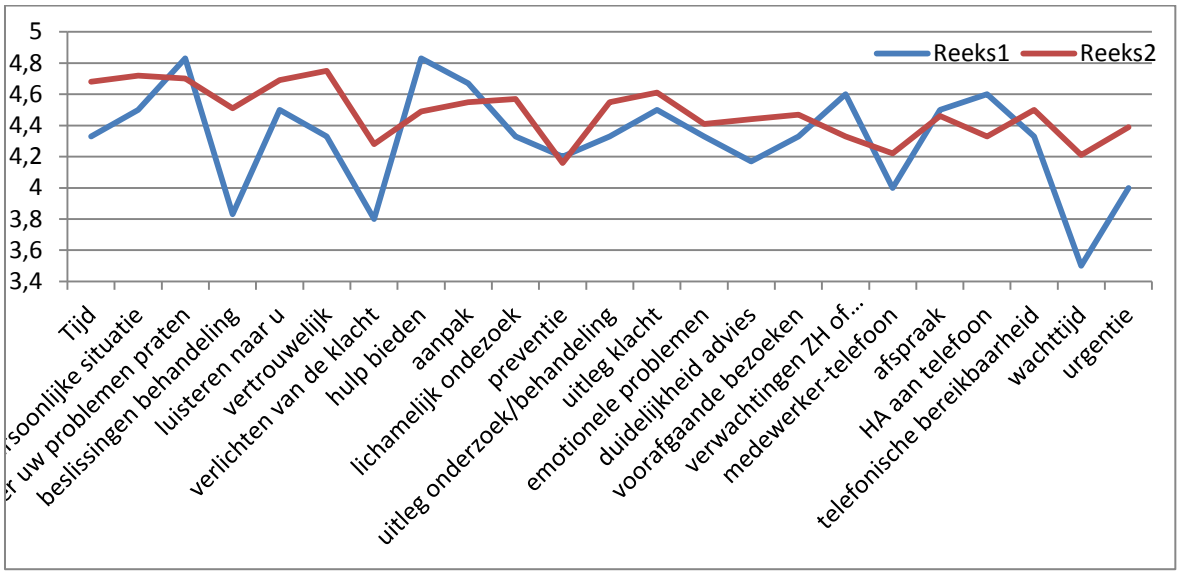
Uit de resultaten bij de patiënten die op consultatie komen ivm een chronische problematiek wordt een gemiddelde score bekomen van 4.52 op 5. Dit is de hoogste gemiddelde score tot nu toe. De scores zijn globaal beter bij deze patiënten, maar de topics die minst/meest scoren zijn wel gelijkaardig als globaal. In de literatuurstudie was reeds aangegeven dat oudere patiënten, die vaker op consultatie komen omwille van chronische opvolging, in het algemeen betere evaluaties geven dan jongere patiënten. In de categorie 'bereikbaarheid' worden wel enkele lagere scores gegeven dan globaal: HA aan de telefoon, verkrijgen van een afspraak op een voor hun geschikte moment.

### *4/ Niet van toepassing(8)*

8 Patiënten hebben geen consult reden opgegeven. Een reden hiervoor kan zijn dat er meerdere keuzes van toepassing waren voor hun of dat ze zelf niet volledig het onderscheidt konden maken uit de keuzes.

| | Aantal | **Gemiddelde** | Globale gemiddelde |
|---|---|---|---|
| **Tijd** | 8 | **4,50** | **4,68** |
| **persoonlijke situatie** | 8 | **4,50** | **4,72** |
| **over uw problemen praten** | 8 | **4,75** | **4,70** |
| **beslissingen behandeling** | 8 | **4,00** | **4,51** |
| **luisteren naar u** | 8 | **4,50** | **4,69** |
| **vertrouwelijk** | 8 | **4,38** | **4,75** |
| **verlichten van de klacht** | 7 | **3,86** | **4,28** |
| **hulp bieden** | 8 | **4,63** | **4,49** |
| **aanpak** | 8 | **4,50** | **4,55** |
| **lichamelijk ondezoek** | 8 | **4,50** | **4,57** |
| **preventie** | 7 | **4,00** | **4,16** |
| **uitleg onderzoek/behandeling** | 8 | **4,50** | **4,55** |
| **uitleg klacht** | 8 | **4,63** | **4,61** |
| **emotionele problemen** | 8 | **4,38** | **4,41** |
| **duidelijkheid advies** | 8 | **4,25** | **4,44** |
| **voorafgaande bezoeken** | 8 | **4,38** | **4,47** |
| **verwachtingen ZH of specialist** | 7 | **4,57** | **4,33** |
| **medewerker-telefoon** | 8 | **4,13** | **4,22** |
| **afspraak** | 8 | **4,50** | **4,46** |
| **HA aan telefoon** | 7 | **4,57** | **4,33** |
| **telefonische bereikbaarheid** | 8 | **4,38** | **4,50** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **wachttijd** | 8 | **3,88** | **4,21** |
| **urgentie** | 8 | **4,25** | **4,39** |




*Grafiek 8: scores niet van toepassing(reeks 1) en globale scores(reeks2)*

Aan de hand van de grafiek wordt al snel duidelijk dat in deze groep een heel grote variatie in de evaluatie aanwezig is. Er is een gemiddelde score gegeven van 4,37 op 5. Dit is een duidelijk lager resultaat dan in de andere groepen. We kunnen een 4-tal diepte punten opmerken. Zo wordt hier duidelijk laag gescoord op 'beslissing bij behandeling', 'verlichten van de klacht', 'preventie' en 'wachttijd wachtzaal'. Aangezien dit slechts 8 patiënten evaluaties betreft zijn deze resultaten weliswaar minder bruikbaar dan voorgaande daar een slechte evaluatie door 1 patiënt op 8 evaluaties een te grote invloed kan hebben op de algemene score.

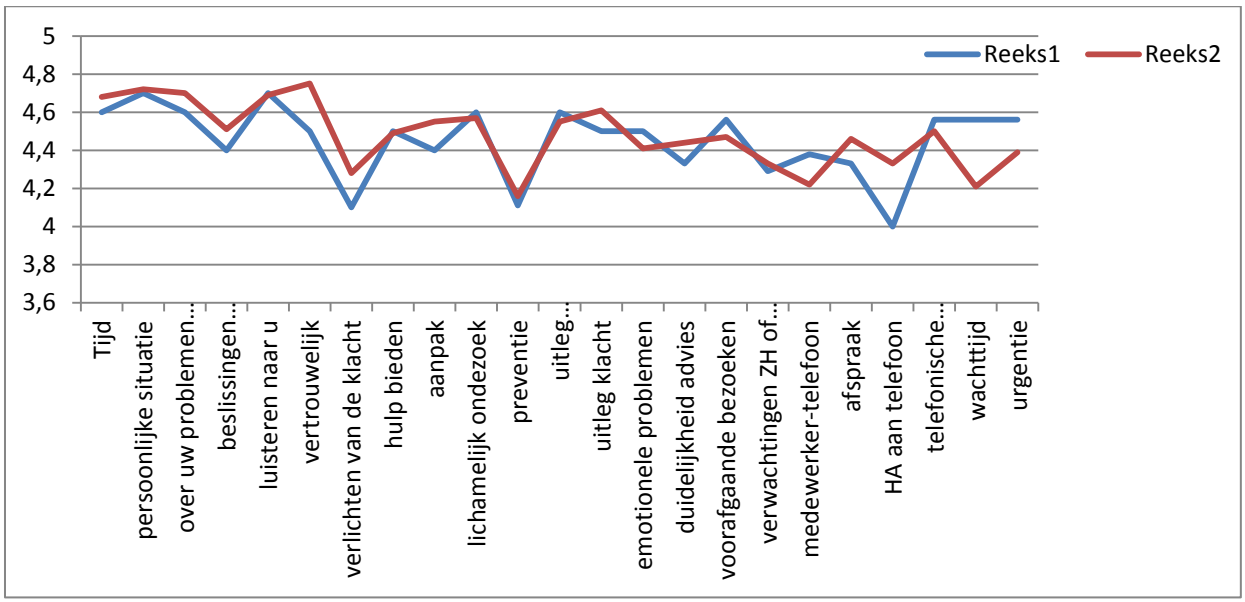
## D/ onderverdeling volgens aantal jaar in de praktijk

Als laatste werd er nog een onderscheid gemaakt in aantal jaren patiënt in de praktijk. Er werd gekeken of patiënten die praktisch nieuw zijn in de praktijk (<1jaar) een andere beoordeling geven tegenover patiënten die al langer gekend zijn in de praktijk (>1jaar).

### *1/ Minder dan 1jaar patiënt(10)*

| | Aantal | **<1jaar gemiddelde** | Globale gemiddelde |
|---|---|---|---|
| **Tijd** | 10 | **4,60** | **4,68** |
| **persoonlijke situatie** | 10 | **4,70** | **4,72** |
| **over uw problemen praten** | 10 | **4,60** | **4,70** |
| **beslissingen behandeling** | 10 | **4,40** | **4,51** |
| **luisteren naar u** | 10 | **4,70** | **4,69** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **vertrouwelijk** | 10 | **4,50** | **4,75** |
| **verlichten van de klacht** | 10 | **4,10** | **4,28** |
| **hulp bieden** | 10 | **4,50** | **4,49** |
| **aanpak** | 10 | **4,40** | **4,55** |
| **lichamelijk ondezoek** | 10 | **4,60** | **4,57** |
| **preventie** | 9 | **4,11** | **4,16** |
| **uitleg onderzoek/behandeling** | 10 | **4,60** | **4,55** |
| **uitleg klacht** | 10 | **4,50** | **4,61** |
| **emotionele problemen** | 8 | **4,50** | **4,41** |
| **duidelijkheid advies** | 9 | **4,33** | **4,44** |
| **voorafgaande bezoeken** | 9 | **4,56** | **4,47** |
| **verwachtingen ZH of specialist** | 7 | **4,29** | **4,33** |
| **medewerker-telefoon** | 8 | **4,38** | **4,22** |
| **afspraak** | 9 | **4,33** | **4,46** |
| **HA aan telefoon** | 8 | **4,00** | **4,33** |
| **telefonische bereikbaarheid** | 9 | **4,56** | **4,50** |
| **wachttijd** | 9 | **4,56** | **4,21** |
| **urgentie** | 9 | **4,56** | **4,39** |



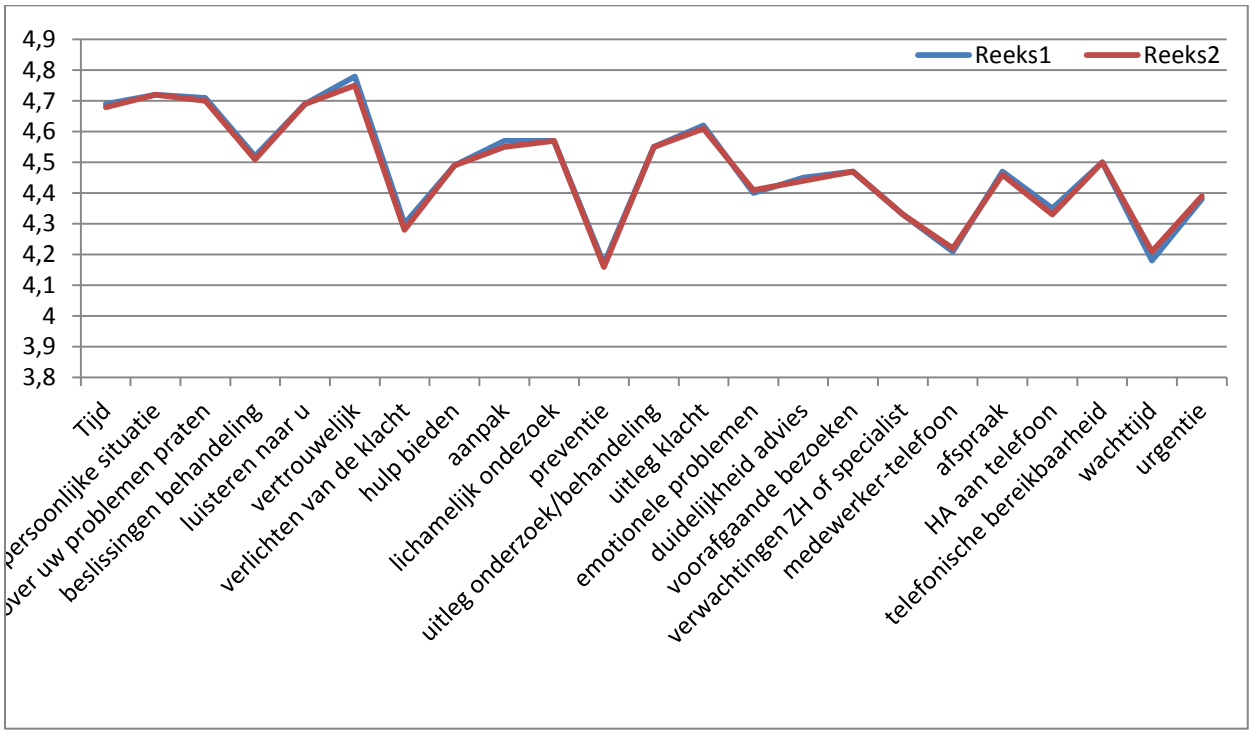

*Grafiek 9: minder dan 1 jaar in de praktijk(reeks 1) en globale scores(reeks 2)*

Met een gemiddelde score van 4.4 kunnen we stellen dat de patiëntentevredenheid bij nieuwere patiënten iets lager is dan bij de globale patiëntenpopulatie (4,48). Deze groep bestaat slechts uit 10 evaluaties, dus de nieuwe populatie is duidelijk de kleinere groep die heeft meegewerkt aan het onderzoek in vergelijking met de 121 andere evaluaties in de volgende groep. Er zijn 3 topics die opvallend laag scoorden: 'het snel verlichten van de klacht, preventie en mogelijkheid om de HA aan de telefoon te spreken.' 'Wachttijd wachtzaal, telefonische bereikbaarheid en urgentie' scoorden dan weer beduidend beter dan algemeen. Ook hier moet worden rekening gehouden met een lage hoeveelheid evaluaties waardoor 1 slechte evaluatie een grote invloed heeft op het algemene resultaat.

## *2/ Meer dan 1jaar patiënt in de praktijk(121)*

| | Aantal | Gemiddelde | Globale gemiddelde |
|---|---|---|---|
| **Tijd** | 121 | **4,69** | **4,68** |
| **persoonlijke situatie** | 121 | **4,72** | **4,72** |
| **over uw problemen praten** | 121 | **4,71** | **4,70** |
| **beslissingen behandeling** | 120 | **4,52** | **4,51** |
| **luisteren naar u** | 121 | **4,69** | **4,69** |
| **vertrouwelijk** | 120 | **4,78** | **4,75** |
| **verlichten van de klacht** | 120 | **4,30** | **4,28** |
| **hulp bieden** | 121 | **4,49** | **4,49** |
| **aanpak** | 120 | **4,57** | **4,55** |
| **lichamelijk ondezoek** | 121 | **4,57** | **4,57** |
| **preventie** | 114 | **4,17** | **4,16** |
| **uitleg onderzoek/behandeling** | 118 | **4,55** | **4,55** |
| **uitleg klacht** | 119 | **4,62** | **4,61** |
| **emotionele problemen** | 117 | **4,40** | **4,41** |
| **duidelijkheid advies** | 117 | **4,45** | **4,44** |
| **voorafgaande bezoeken** | 116 | **4,47** | **4,47** |
| **verwachtingen ZH of specialist** | 111 | **4,33** | **4,33** |
| **medewerker-telefoon** | 119 | **4,21** | **4,22** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **afspraak** | 118 | **4,47** | **4,46** |
| **HA aan telefoon** | 117 | **4,35** | **4,33** |
| **telefonische bereikbaarheid** | 119 | **4,50** | **4,50** |
| **wachttijd** | 119 | **4,18** | **4,21** |
| **urgentie** | 109 | **4,38** | **4,39** |




*Grafiek 10: meer dan 1 jaar in de praktijk(reeks 1) en globale scores(reeks 2)*

Met een gemiddelde score van 4.48 op 5 zijn de evaluaties van de patiënten meer dan 1 jaar in de praktijk praktisch volledig vergelijkbaar met de algemene scores. Het is ook zo dat deze groep uit 121 van de 131 patiëntenevaluaties bestaat. Indien we een vergelijking maken tussen de > en <1 jaar in de praktijk krijgen we een grafiek sterk gelijkend op grafiek 10. Doordat er geen evenredige verdeling is tussen deze 2 groepen is het moeilijk deze resultaten te gaan gebruiken.

## E/ opmerkingen patiënten

Er was de mogelijkheid voor de patiënten om na vraag 23 nog een persoonlijke opmerking te vermelden. 22 Patiënten hebben van deze mogelijkheid gebruik gemaakt om nog extra informatie te vermelden voor de praktijk. Over het algemeen werd hier nog eens extra vermeld dat men heel tevreden is over de werking van de praktijk en dat er zo moet worden verder gewerkt..

Een aantal keer werd wel een suggestie vermeld. Als eerste werd er door 2 patiënten aangegeven dat ze graag wat meer homeopathische invloed zouden hebben in de praktijk, dat er meer mag afgeweken worden van de traditionele geneeskunde. Ook was er 1 patiënt die aangaf dat er soms dieper moet ingegaan worden op psycho-somatische klachten. Verder werd er door een verpleegkundige aangegeven dat het voor hun soms moeilijk is te weten welke arts ze moeten contacteren indien er thuisverpleging is aangevraagd voor een bepaalde patiënt. Mevrouw is zelf patiënt in de praktijk en kent daarom de meeste artsen vrij goed, maar dit zou voor andere verpleegkundige soms verwarrend zijn. Als laatste werd ook door een patiënt aangegeven dat de afspraken voor kinderen soms te laat zijn.

## F/ besluit resultaten

Over het algemeen werd de praktijk positief beoordeeld door de patiënten. De topics die in de globale enquête het beste worden gequoteerd zijn allen topics uit de categorie ‘relatie en communicatie’. Hieruit kunnen we besluiten dan de praktijk een zeer goede beoordeling heeft gekregen over communicatie en relatie naar de patiënt toe.
De Topics die het minst goed werden beoordeeld zijn topics uit de categorieën ‘medische zorg’, ‘beschikbaarheid en bereikbaarheid’ en ‘continuïteit en samenwerking’.
Bij de evaluaties voor kinderen <18jaar wordt er volgens de quotering voldoende aandacht gegeven aan het betrekken van de ouders in de behandeling van de kinderen en er worden de afspraken op een goed uur gegeven voor kinderen. Wel moet nog verder worden gewerkt aan de preventieve aanpak bij kinderen; vaccinaties, opvolging ontwikkeling, groei en gewicht opvolging,..
Bij de acute problematiek scoren de categorieën ‘informatie en ondersteuning’ en ‘continuïteit en ondersteuning’ algemeen wat lager dan globaal. Maar over het algemeen zijn de mindere en betere topics vergelijkbaar met het globale resultaat.
De chronische problematiek is de hoogste gemiddelde score tot nu toe. De scores zijn globaal beter bij deze patiënten, maar de topics die minst/meest scoren zijn wel gelijkaardig als globaal. In de categorie ‘bereikbaarheid’ worden wel enkele lagere scores gegeven dan globaal: HA aan de telefoon, verkrijgen van een afspraak op een voor hun geschikte moment.
Het onderscheid tussen aantal jaren patiënten werd vooral gescoord door patiënten >1jaar patiënt in de praktijk. Van de 10 andere zijn er 3 topics die opvallend laag scoorden: ‘het snel verlichten van de klacht, preventie en mogelijkheid om de HA aan de telefoon te spreken.’ ‘Wachttijd wachtzaal, telefonische bereikbaarheid en urgentie’ scoorden dan weer beduidend beter dan algemeen.

# HOOFDSTUK 5: DISCUSSIE

## *5.1 MOGELIJKE ALTERNATIEVEN BIJ SPECIFIEKE TOPICS*

Na het analyseren van de resultaten uit de huisartsenpraktijk te Zingem kunnen we verder gaan tot het bespreken van deze resultaten en implementeren van eventuele aanpassingen om de patiëntentevredenheid nog te verbeteren. Het is hierbij aangewezen de minst goed gescoorde topics individueel te bekijken, te bespreken met de collega's en zo voor elke individuele topic naar verbetering toe te werken.

* Als eerste bekijken we in de categorie 'medische zorg' de 2 topics: 'aanbieden van hulp bij het voorkomen van ziekten, 'het snel verlichten van uw klachten' met respectievelijke score van 4,16 en 4,28.

'Aanbeiden van hulp bij het vorkomen van ziekten' is in deze praktijk het minst goed beoordeeld geweest. Ik denk dat dit zeker een eerste belangrijke punt is om te gaan aanpakken. Preventie is een heel belangrijk werkpunt in de huisartsengeneeskunde, het zou een geïntegreerd onderdeel van het dagelijks werk van de huisarts moeten zijn. Wanneer er in de huisartsenpraktijk een goed preventief beleid kan worden opgestart, zullen veel patiënten geholpen kunnen worden om bepaalde aandoeningen te vermijden of vroeger op te sporen. Algemeen wordt door de collega's aangegeven dat de preventie in de praktijk inderdaad meer zou moeten uitgewerkt worden en meer aan bod zou moeten kunnen komen, zodat de huisarts systematisch tijdens de consultatie van patiënten de nodige preventieve maatregelen kan aanhalen. De laatste jaren is de patiëntenpopulatie in de praktijk te Zingem zo gegroeid, dat preventieve initiatieven wat op het achterplan zijn geraakt. Dit werd reeds besproken met de collega's. Er werd voorgesteld om een nieuwe huisarts het team te laten versterken om zo het werk wat meer te gaan verdelen. Ook zal er een verdere uitbouw van administratieve ondersteuning worden voorzien. Na overleg werden volgende preventieve maatregelen naar voor gebracht. Er zijn verschillende preventieve programma's die in de huisartsenpraktijk kunnen aangepakt worden: toedienen van vaccinaties, opsporen (familiale) hypercholesterolemie, screening baarmoederhalskanker/borstkanker/darmkanker, opsporen en voorkomen van depressieve stemming, overmatig alcoholgebruik, cardiovasculair risicomanagement( BMI, beweging, rookstop, cholesterol, bloeddruk), adviezen in verband met een gezonde levensstijl, diabetes,… Er werden een aantal ideeën naar voor gebracht om de preventieve geneeskunde in de praktijk beter uit te voeren. In de praktijk zou bijvoorbeeld meer kunnen gewerkt worden me het GMD plus om patiënten beter preventief te gaan begeleiden. Dit wordt hedendaags door de drukte in de praktijk slechts heel sporadisch gedaan. Er zou kunnen gewerkt worden met automatische meldingen in het elektronische patiëntendossier, met patiëntenbrieven,… De effectieve maatregelen voor deze huisartsenpraktijk worden verder besproken.

'Snel verlichten van uw klachten' werd in deze categorie ook duidelijk minder goed gescoord dan andere. Hieruit kunnen we meenemen dat het uitermate belangrijk is steeds na te vragen aan de

patiënt tijdens het begin van de consultatie wat hij/zij eigenlijk van u, als huisarts, verwacht. Zo kan je van in het begin van de consultatie ingaan op de effectieve verwachtingen/vragen van de patiënt. Hierdoor zal hij/zij op het einde van de consultatie weldegelijk het gevoel hebben dat de effectieve klacht verholpen of grondig besproken is. Sommige aandoeningen, situaties zijn nu eenmaal niet direct op 1 consultatie op te lossen. Denk maar aan depressie, diabetes, langdurige hoest klachten,…. Hedendaags is het uitermate belangrijk de patiënt steeds grondig te informeren zodanig dat er geen verwachtingspatronen gecreëerd worden die niet realistisch zijn . Indien je, door grondige anamnese, concreet weet wat de patiënt van u verlangt, kan je indien de klacht niet onmiddellijk oplosbaar is, toch enige hulp bieden aan de patiënt. Soms volstaat het om de patiënt voldoende informatie mee te geven over de desbetreffende klacht, de duur, verloop en behandeling.

* Bij de tweede categorie 'continuïteit en samenwerking' was de topic ' voorbereiden op wat u kunt verwachten van de specialist of het ziekenhuis' met een score van 4,33 ook 1 van de mindere topics in de evaluatie. Hieruit kan besloten worden dat patiënten die naar een specialist/ziekenhuis worden verwezen graag hierover wat meer informatie verkrijgen via de huisarts.

Wanneer je als huisarts beoordeeld dat een bepaalde patiënt voor verder onderzoek of behandeling op consultatie moet naar een specialist of wanneer iemand voor een heelkundige ingreep naar het ziekenhuis moet, verwacht de patiënt hierover ook voldoende informatie hieromtrent. Sommige patiënten zullen zelf hun desbetreffende vragen aan de huisarts voorleggen, maar niet alle patiënten doen dit spontaan. Ook zullen er steeds veel zaken zijn die ze vergeten en eventueel later pas aan denken. Hierdoor gaan de patiënten soms met angst gevoelens naar de afspraak bij de specialist/ziekenhuis, terwijl we dit zouden kunnen verhelpen door grondige informatie te verspreiden. Hoe ga je hier als huisarts mee om? Els eerste is het belangrijk de patiënt te vragen of hij/zij op dat ogenblik reeds bepaalde vragen of angst gevoelens heeft omtrent de doorverwijzing. Ten tweede geef je best duidelijke informatie op papier omtrent de afspraak( bij wie, tijdstip, adres, wat mee te nemen,…). Ook het meegeven van een grondige doorverwijsbrief/ preoperatief verslag aan de patiënt met alle patiëntengegevens vermeld kan geruststellend zijn naar de patiënt toe. na overleg met de artsen in de praktijk was er over het algemeen het gevoel dat deze score toch wat onterecht laag is gescoord. In de praktijk wordt steeds een verwijsbrief opgemaakt voor de patiënten, kunnen patiënten steeds contact opnemen bij vragen en wordt er door de artsen getracht contact te houden met desbetreffende specialist. Weliswaar is de communicatie niet met alle specialisten optimaal en wordt de huisarts nog steeds niet altijd voldoende op de hoogte gebracht.

* 'Beschikbaarheid en bereikbaarheid' is de derde categorie met minder goed geëvalueerde topics, namelijk: wachttijd in de wachtkamer, mogelijkheid om de huisarts aan de telefoon te krijgen en de behulpzaamheid van de medewerker – telefoon.

'wachttijd in de wachtkamer' kreeg in de evaluatie een gemiddelde score van 4.21 op 5. Het eerste dat we kunnen bemerken is wel dat patiënten met als consultatie reden 'chronische problematiek' hier een duidelijk beter score hebben gegeven dan de 'acute problematiek'. Patiënten met chronische

problematiek krijgen meestal een lang op voorhand vastgelegde afspraak, vaak vroeg in de voormiddag waardoor er minder vaak vertraging op het tijdstip van de afspraak kan voorkomen. Als tweede moeten we rekening houden met een mogelijke bias op deze topic. De vragenlijsten waren vrij verkrijgbaar in de wachtzaal waardoor het mogelijk is dat vooral mensen die even hebben moeten wachten voor hun consultatie, deze vragenlijst hebben ingevuld. Terwijl mensen die slecht heel kort in de wachtzaal hebben doorgebracht, minder de neiging hebben gehad de evaluatie in te vullen. Hierdoor kan er een negatiever beeld ontstaan zijn van de wachttijd voor de consultatie. Er wordt in de praktijk steeds gewerkt met consultaties op afspraken, die gedurende de hele dag telefonisch kunnen gemaakt worden. Er is geen vrij spreekuur aanwezig. Over het algemeen is de wachttijd in de praktijk heel beperkt en loopt deze praktisch nooit langer uit dan 15 minuten. Dit geeft aan dat de patiënten deze topic wel heel streng hebben beoordeeld. Mogelijks wordt bij een deel van patiënten de verkeerde verwachting gecreëerd dat bij "werken op afspraak" een wachttijd niet bestaande is. Wanneer er zich in de praktijk urgente situaties voordien zullen deze steeds voorrang verkrijgen op de afspraken en is het mogelijk dat er eens een wachttijd ontstaat. Dit zal weliswaar steeds worden gecommuniceerd met de patiënten in de wachtzaal. Voor elke afspraak wordt een periode van 15minuten voorzien, tenzij op voorhand werd vermeld dat de afspraak een bepaalde handeling ( ECG afname, cervixuitstrijkje,hechting, gips aanleggen,…) vereist die meer dan 15 minuten vereist. In dat geval wordt op heden steeds een dubbele afspraak voorzien. Ook wordt er getracht om na elke 3-4 afspraken een pauze periode in te lassen van 15 minuten. Deze pauze kan dan het eventuele uitlopen van voorgaande consultaties opvangen. Op heden wordt dit vaak zo gedaan, maar indien er door te grote drukte  veelvuldig afspraken worden aangevraagd, worden deze pauzes toch verder opgevuld om aan de vraag van de patiënten te kunnen voldoen. Als oplossing hiervoor werd reeds beslist om een extra arts in de praktijk te laten starten. Hierdoor zal de werklast per arts wat kunnen verlaagt worden en zal er meer tijd zijn om pauzes in te lassen. Op die manier denken we toch de wachttijden nog verder te kunnen beperken.

De topic ‘mogelijkheid om de huisarts aan de telefoon te spreken’ kreeg een gemiddelde score van 4,33 op 5. Het feit dat deze topic een lagere score kreeg van de patiënten komt volledig overeen met het gevoel van de artsen. Deze topic was in de praktijk reeds besproken op vraag van de artsen zelf. De telefoon wordt in de praktijk steeds beantwoord door de medewerker in de praktijk. Wanneer er patiënten bellen met medische vragen of labo/ onderzoek – uitslagen,  wordt deze telefoon doorgeschakeld naar de arts in kwestie. Indien meerdere patiënten op het zelfde ogenblik bellen zorgt dit reeds voor problemen. Ook is dit heel storend voor de arts en de patiënt die zich op dat moment in de consultatie ruimte bevind. Deze telefonische momenten kunnen voor heel wat vertraging zorgen, waardoor andere patiënten langer moeten wachten. Er moet een algemeen systeem worden bedacht om er voor te zorgen dat patiënten de arts op bepaalde tijdstippen kunnen bereiken, zonder dat dit voor verstoring zorgt voor de andere patiënten en de artsen. Een volgend onderdeel dat door de artsen werd aangebracht is dat patiënten soms bellen naar de arts met een medische vraag. Dit gaat vaak over zaken die je niet zomaar rap via de telefoon kan afhandelen. Het zal belangrijk zijn de patiënten duidelijk te maken dat er geen consultaties via de telefoon kunnen worden gedaan. Er moet

dan een afspraak worden gegeven om naar de consultatie te komen, zodat ze goede en correcte informatie kunnen verkrijgen.

'Behulpzaamheid medewerker – telefoon' kreeg een evaluatie van 4.22 op 5. De medewerker is de gehele dag bereikbaar voor het regelen van de afspraken. Het is een voordeel dat er wordt gewerkt met een medewerker vertrouwd met de praktijk en met patiënt-medische problemen (verpleegster) en niet met een telesecretariaat. Het is ook via de medewerker dat patiënten kunnen vragen doorgeschakeld te worden naar een arts. Zij zorgt als het ware voor een soort van buffer om de artsen te ontlasten, om urgente situaties in te schatten en om eventueel reeds wat informatie door te geven. De lage score in deze topic zou daarom deels veroorzaakt kunnen zijn door voorgaande topic. Wanneer het niet mogelijk is de artsen te bereiken of indien de arts gevraagd heeft geen verder telefoons meer door te sturen voor bepaalde periode, is het steeds de medewerker die dit aan de patiënten moet doorgeven. Indien dit wat beter kan georganiseerd worden zal dit ook voor deze topic een verbetering veroorzaken.

## *5.2 Implementatie van alternatieven/aanpassingen in de praktijk*

Hierboven werden de topics aangehaald en besproken die in de huisartsenpraktijk te Zingem het minst goed hadden gescoord. Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is om concrete aanpassingen te kunnen doorvoeren in de praktijk om de patiëntentevredenheid te verbeteren. Na verwerking van de resultaten en bespreking van de werking in de praktijk kunnen we volgende aanpassingen naar voren brengen:

### 1/ Preventie

Er moet meer gewerkt worden met het GMDplus. Aan de hand van het GMDplus kunnen patiënten tussen de 45 en 75jaar gratis een medische check-up verkrijgen. In deze check up worden volgende thema's overlopen aan de hand van een preventievragenlijst.

1. levensstijl (overgewicht, voeding, lichaamsbeweging, roken, alcohol, stress, ...)
2. risico op hart- en bloedvatziekten
3. opsporen van dikdarmkanker, borstkanker en baarmoederhalskanker
4. inenting tegen difterie en tetanus en tegen griep en pneumokokken
5. bepalen van suiker (diabetes) in het bloed en van eiwit in de urine
6. risico's voor de geestelijke gezondheid (depressie)

Het GMDplus is voor de patiënt volledig gratis. Het is de taak van de huisarts dit aan de patiënt voor te stellen. Patiënten hebben hier vaak nog nooit over gehoord en weten niet dat ze dit gratis kunnen verkrijgen via hun huisarts. Aan de hand van de resultaten van deze check-up kan de huisarts concrete maatregelen met de patiënt bespreken om het preventief beleid te optimaliseren. Er kan in het elektronische dossier van de patiënten een extra link worden ingebracht waarbij de arts onmiddellijk kan zien of er bij de patiënt reeds een preventieve vragenlijst werd overlopen. Dit zou op

dezelfde manier kunnen verlopen als het aanmaken van een globaal medisch dossier momenteel in de praktijk. Wanneer dit is vervallen, wordt via een link in het dossier aangegeven dat dit zou moeten vernieuwd worden? Op die manier kan ook het GMDplus niet over het hoofd gezien worden.

Patiënten jonger dan 45jaar en ouder dan 75 jaar hebben geen recht op dit gratis preventief onderzoek, maar ook bij hun zou er een preventieve aanpak moeten worden nagestreefd. Ook bij hun zou deze preventieve check-up moeten worden aangegeven in het dossier. Bij deze patiënten kan dan worden nagekeken welke preventieve onderzoeken moeten worden uitgevoerd voor de desbetreffende patiënt en dan kan dit verder met hem/haar worden besproken.

Dit word door de artsen haalbaar geacht om uit te werken in de praktijk wanneer er een extra arts aanwezig zal zijn. Er is gepland dat de 5$^{e}$ kracht vanaf september zal starten om de werklast tussen de artsen beter te kunnen verdelen zodat preventie meer aan bod kan komen.

## 2/ verlichten van de klacht

Bij het snel verlichten van de klacht zijn er 2 belangrijke punten. Ten eerste zal via communicatieve vaardigheden bij de anamnese duidelijker worden nagevraagd  wat de patiënt juist van de consultatie verwacht zodat gerichter kan worden gewerkt gedurende de consultatie. Ten tweede moeten de patiënten correct en grondig worden geïnformeerd zodat er geen verwachtingen worden gecreëerd die niet realistisch zijn. Op het einde van het consult zal de patiënt daardoor meer het gevoel hebben dat hij/zij werd geholpen en de klacht efficiënt werd verlicht.

## 3/ specialist/ziekenhuis

Bij doorverwijzing naar de specialist of bij hospitalisatie zal nog meer aandacht worden besteed aan het informeren van de patiënt. Concreet kunnen volgende stappen worden genomen: Navragen van angsten/bekommernissen van de patiënten, beantwoorden van de vragen van de patiënt hieromtrent,verwoorden van reden voor doorverwijzing, meegeven van een volledige doorverwijsbrief (reden van doorverwijzing, voorgeschiedenis, medicatie, allergieën), afspraak data,uur,locatie en arts meegeven op papier, controle afspraak nadien vastleggen om verdere vragen of bekommernissen te bespreken, overleggen met specialist indien nodig, specialist zelf contacteren indien geen informatie werd doorgegeven.

## 4/wachttijd in de wachtzaal

De wachttijden in de praktijk bedragen over het algemeen niet meer dan 15 minuten. Aangezien er steeds op afspraak wordt gewerkt, gaan patiënten er vanuit de eventuele wachttijden onbestaand zijn. Om de wachttijden toch zoveel mogelijk te beperken kan rekening worden gehouden met volgende aandachtspunten. De medewerker vraagt zoveel mogelijk na aan de telefoon of er nood is om een dubbele afspraak te voorzien (2x15minuten) wegens nood  aan uitvoeren van specifieke medische

handelingen die meer tijd vereisen. Inlassen van een pauze om het uur om eventuele vertragingen op te vangen. Versterking van een extra arts in de praktijk om de werklast te verdelen.

### 5/ Huisarts aan de telefoon / Medewerker - telefoon

Om te vermijden dat patiënten de huisarts niet kunnen spreken of om de consultaties niet te veel te verstoren kan worden gewerkt met dagelijkse telefoon momenten. Zo kan elke arts 1 of 2 momenten invoegen per dag waarop geen consultatie wordt gedaan en de patiënten de arts kunnen opbellen. Er kan ‘s avonds tussen 18u30 en 19u00 zo een moment worden voorzien. De labo gegevens komen elke dag elektronisch toe in de praktijk om 18u30. Dit is dus een ideale moment om even tijd vrij te maken om deze te bekijken, verwerken, en vragen van patiënten te beantwoorden. Natuurlijk kunnen patiënten voor urgenties steeds de praktijk contacteren. Wel moet het duidelijk gemaakt worden aan de patiënten dat er geen telefonische consultaties worden gedaan. Indien de arts concludeert dat de vraag van de patiënt beter tijdens een consultatie kan worden besproken, zal hiervoor een afspraak worden gemaakt.

## *5.3 VOOR- EN NADELEN VAN DE ALTERNATIEVEN/AANPASSINGEN*

### 1/ Preventie

Deze aanpassingen geven vele voordelen voor de patiënten maar ook voor de artsen. Het zorgt ervoor dat de patiënten preventief worden opgevolgd zodat vele preventieve acties kunnen worden ondernomen om ernstige gevolgen te vermijden. Het zal in het begin voor de artsen wat meer werk betekenen, maar op termijn zal dit wel beloond worden. Dankzij de extra arts in de praktijk zal dit haalbaar zijn.

### 2/ verlichten van de klacht

De consultaties zullen voor de patiënt en arts vlotter en efficiënter verlopen. Als de patiënt van in het begin realistisch verwachtingen heeft dankzij grondige anamnese en uitleg van de arts zal men effectief het gevoel hebben te zijn geholpen.

### 3/ specialist/ziekenhuis

De patiënten gaan met een gerust gevoel naar de afspraak bij de specialist/ziekenhuis gaan en zullen nadien ook langskomen op consultatie om alles met u te bespreken. De huisarts is nauw betrokken bij deze doorverwijzing , wordt goed op de hoogte gehouden door de specialist en kan eventuele problemen vroegtijdig opvangen. Nadeel voor de arts is de extra tijdsinvestering.

### 4/wachttijd in de wachtzaal

Het aanmaken van dubbele afspraken indien nodig en inbrengen van de pauzes leidt tot mindere wachttijden voor de patiënt. Ook zal het voor de artsen aangenaam werken zijn. Nadeel van het

inbrengen van pauzes is dat er minder afspraken kunnen worden gemaakt in dezelfde tijdsspanne waaroor de extra arts in de praktijk zeker nodig zal zijn.

## 5/ Huisarts aan de telefoon / Medewerker – telefoon

Inbrengen van telefonische momenten brengt een duidelijk voordeel voor patiënt en arts. Patiënten weten wanneer ze hun arts kunnen bereiken. Andere patiënten worden niet gestoord door de telefoon. De arts heeft meer tijd en ruimte om de telefoon te beantwoorden.

### *5.4 EVALUATIE MOGELIJKHEDEN.*

Na het inbrengen van deze nieuwe maatregelen zou na enige tijd kunnen geëvalueerd worden of deze veranderingen de patiëntentevredenheid verder verhoogd hebben? Dit kan gebeuren aan de hand van de EUROPEP vragenlijst maar ook via directe patiënten bevraging. Het gevoel/ ervaring van de artsen en medewerker van de praktijk omtrent de veranderingen kan ook als een evaluatie worden gezien. Bij een volgende bevraging zou de vragenlijst beter aan de patiënt zelf worden overhandigd na de consultatie om mogelijke bias te verminderen

# HOOFDSTUK 6: BESLUIT

Over het algemeen werd de huisartsenpraktijk te Zingem positief beoordeeld door de patiënten. De hoogste scores werden bekomen voor de communicatie en relatie naar de patiënt toe. De laagste scores werden bekomen uit de categorieën 'medische zorg', 'beschikbaarheid en bereikbaarheid' en 'continuïteit en samenwerking'. De topics die het minst goed hebben gescoord zijn verder uitgewerkt om aanpassingen te kunnen treffen voor de praktijk. Volgende aanpassingen worden vooropgesteld.

- meer aandacht voor preventie: werken met GMDplus, automatische meldingen in het elektronische dossier om het jaar om preventieve onderzoeken uit te voeren.
- gerichte anamnese naar de specifieke klacht en de vraag van de patiënt om de klacht snel en accuraat te kunnen verlichten. Voldoende inlichten van de patiënten om realistische verwachtingen bij de patiënten te creëren.
- Goed informeren van de patiënten bij doorverwijzing, informatie op papier meegeven aan de patiënt, meegeven van een volledige doorverwijsbrief, contact behouden met specialist en regelen van een afspraak nadien om verdere opvolging te garanderen
- Aanmaken van een dubbele afspraak indien nodig, creëren van pauze momenten op geregelde tijdstippen, associatie met extra arts om de werkverdeling beter haalbaar te maken tussen de collega's.
- Aanmaken van telefonische momenten om de arts te bellen in verband met vragen, labo uitslagen en andere.

Na een jaar kan dan opnieuw een evaluatie gebeuren om te kijken of de patiëntentevredenheid door deze aanpassingen verbeterd is.

# REFERENTIES


1 ] JUNG HP., WENSING M. GROL R. *Tussen* paternalisme en consumentisme Het dilemma van de huisarts. *Huisarts en wetenschap, volume 13,jaargang 2001, 594-600*

2] HOWARD P.B., EL-MALLAKH P., KAY RAYENS M. & CLARK J.J. Consumer Perspectives on Quality Of Inpatient Mental Health Services. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2003, 17, 205-217.

3]EPA instrument, https://d3khrtt6n8eqzp.cloudfront.net/s/1kphvhi/assets/EPA.pdf

4]Domus medica, *http://www.domusmedica.be/praktijk/kwaliteitsverbetering/pop/1418-pop.html*

5] *IRSTEMAKER JWG, VISSER AP. Betekenis van tevredenheid van patiënten voor kwaliteit van zorg. Een zorginhoudelijke, bedrijfskundige en dienstverlenende benadering. Tijdschrift Soc Gezondheidszorg 1995, 73: 214-223.*

6] PEERSMAN W., SEUNTJENS L., JACOBS N., DE MAESENEER J. Het meten van patiëntentevredenheid*. Husiarts en nu, volume 30(9), 2001, 398 – 404.*

7] PEERSMAN W., JACOBS N., DE MAESENEER J. Patiënten evalueren hun huisarts, het gebruik van het EUROPEP instrument in Vlaanderen. *Huisarts en nu, volume 30(9),nov 2001, 405-412.*

8] KCE rapport,https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20061027343.pdf

9]SALISBURY C., WALLAWE M., MONTGOMERY A. Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modeling. *BMJ 2010, 341*

10] Patiëntentevredenheid niet het belangrijkste. *Huisarts en wetenschap, jaargang 2006, nr 2; 59-59.*

11]GROL R., WENSING M., MAINZ J. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *British Journal of General Practice, nov 2000, 50:882-887*.

12] WENSING M., VEDSTED P., KERSNIK J. Patiënt satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *International Journal of Quality in Health Care, 2002, 14; 11-118.*

13] JUNG HP., WENSING M., OLESEN F. Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. *Quality Safety Health Care 2002, 11:315-319.*

14] VINGERHOETS E., WENSING M., GROL R. Feedback of patients' evaluations of general practice care: a randomized trial. *Quality in Health Care 2001, 10:224-228.*

15] JUNG HP., WENSING M., GROL R. Comparison of patients' preferences and evaluations regarding aspects of general practice care. *Family Practice 2000, 17;236-242*

16] GROL R., WENSING M., MAINZ J. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Family Practice 1999, 16;4-11.*

18] Andén A., ANDERSSON S., RUDEBECK C. Satisfaction is not all-patients' perceptions of outcome of general practice consultations. BMC Family Practice 2005, 6: 43

19] BUJA A., CAVINATO M., PERISSINOTTO E. Why do patients change their general practitioner? Suggestions on corrective actions. *Ir J Med Sci 2011, 180:149-154*

20] BRASPENNING J., SCHELLEVIS F., GROL R. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. *Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2004*

# BIJLAGE

## 1. INFORMATIE BRIEF PATIËNTEN

Geachte meneer/mevrouw,

In het kader van mijn Master opleiding tot huisarts wordt een onderzoek uitgevoerd naar de tevredenheid van patiënten in de individuele huisartsenpraktijk. Dit onderzoek kadert in een groter project (POP) dat reeds in een aantal Vlaamse huisartsenpraktijken wordt uitgevoerd. Het is de bedoeling om de kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk in kaart te brengen en indien nodig te verbeteren.

Graag wil ik u vragen uw gewaardeerde medewerking aan mijn project te verlenen door het invullen van de bijgevoegde vragenlijst. Dit zal maximaal een vijftiental minuten van uw tijd in beslag nemen. Alhoewel uw participatie niet verplicht is, is ze van onschatbare waarde voor de dataverzameling van dit onderzoek. Ik zou u uiterst dankbaar zijn voor uw medewerking.

Vanzelfsprekend is uw anonimiteit strikt gewaarborgd. Bovendien worden de bekomen resultaten enkel door de onderzoekers ingekeken en in geen geval gecommuniceerd aan uw behandelende huisarts.

Mijn promotoren zijn dr; Sara Willems (Universiteit Gent) en Dr. P. Vanden Bussche (Universiteit Gent). De praktijklector is dr. Herman Hoet.

U kunt mij de ingevulde vragenlijsten terugbezorgen op één van volgende 2 manieren:

- in de wachtzaal zal een afgesloten postbus worden geplaatst voor de ingevulde vragenlijsten.
- of u mag deze ook plaatsen in de brievenbus van de praktijk in de A. Amelotstraat 20 of de Dorpstraat 4.

Van harte hopend op uw positieve respons, dank ik u alvast oprecht voor uw interesse.

Hoogachtend,

Dr. Carmen Van haecke

Huisarts in opleiding.

Onder begeleiding van dr. Herman Hoet

## 2. VRAGENLIJST EUROPEP

*Wat is/zijn de reden van u consultatie vandaag?*

- U komt op consultatie voor u dochter/zoon , kleinkind < 18jaar.
- U komt op consultatie voor uzelf omtrent recent ontstane problematiek/ziekte
- U komt op consultatie voor uzelf omtrent chronische opvolging
- Niet van toepassing

*Hoe lang komt u al naar deze praktijk?*

- Minder dan 1 jaar
- Meer dan 1 jaar

*Als u terugkijkt naar de afgelopen 12 maanden, wat vindt u dan van de huisarts en de praktijk als het gaat om:*

**(omcirkelen wat past: 1 slecht naar 5 uitstekend)**

1/ u het gevoel geven dat zij/hij tijd voor u had tijdens consulten?

1 2 3 4 5

2/ belangstelling tonen voor uw persoonlijke situatie?

1 2 3 4 5

3/ ervoor zorgen dat u hem/haar gemakkelijk over uw problemen kon vertellen?

1 2 3 4 5

4/ U betrekken bij beslissingen over uw medische behandeling?

1 2 3 4 5

5/ naar u luisteren?

1 2 3 4 5

6/ het vertrouwelijk houden van aantekeningen en gegevens over u?

1 2 3 4 5

7/ Het snel verlichten van uw klachten?

1 2 3 4 5

8/ het bieden van hulp zodat u zich goed genoeg voelt voor uw normale dagelijkse bezigheden?

1 2 3 4 5

9/ een zorgvuldige en degelijke aanpak?

1 2 3 4 5

10/ lichamelijk onderzoek doen bij u?

1 2 3 4 5

11/ het aanbieden van hulp bij het voorkomen van ziekten (bijvoorbeeld bevolkingsonderzoek, periodieke gezondheidscontrole, inentingen)?

1 2 3 4 5

12/ uitleg geven over wat u bedoeling is van onderzoeken en behandelingen?

1 2 3 4 5

13/ u vertellen wat u wilde weten over uw klacht?

1 2 3 4 5

14/ hulp bij het omgaan met emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheidstoestand?

1 2 3 4 5

15/ het u duidelijk maken waarom het belangrijk is om zijn/haar advies op te volgen?

1 2 3 4 5

16/ weten wat hij/zij heeft gedaan of u verteld tijdens voorgaande bezoeken?

1 2 3 4 5

17/ u voorbereiden op wat u kunt verwachten van de specialist of het ziekenhuis?

1 2 3 4 5

18/ de behulpzaamheid van de medewerker-telefoon?

1 2 3 4 5

19/ het krijgen van een afspraak op een moment dat u schikt?

1 2 3 4 5

20/ de mogelijkheid om de huisarts aan de telefoon te krijgen?

1 2 3 4 5

21/ de telefonische bereikbaarheid van de praktijk?

1 2 3 4 5

22/ de wachttijd in de wachtkamer?

1 2 3 4 5

23/ het verlenen van hulp bij gezondheidsproblemen die urgent zijn?

1 2 3 4 5

24/ Opmerkingen:……..