Toegankelijkheid van een huisartsenpraktijk anno 2011-2012.

Bakelandt Julie, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, Universiteit Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Co-promotor: Dr. Piet Vanden Bussche, Universiteit Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankwoord

Het schrijven van deze ManaMa betekent het einde van een negen jaar durende opleiding tot huisarts. Vooraleer de studies volledig beëindigd worden, had ik graag nog een aantal mensen bedankt.

In kader van dit project wil ik graag mijn promotor Prof. Dr. Sara Willems en mijn copromotor dr. Piet Vanden Bussche bedanken om me de vrijheid te geven om dit onderzoek op mijn manier aan te pakken en me op de juiste momenten bij te sturen. Voor het doornemen van mijn scriptie en het aanbrengen van verbeteringen en opmerkingen, zou ik graag Ward Bartels bedanken. Ik apprecieer het enorm dat hij er zijn tijd ingestoken heeft, ondanks het schrijven van zijn eigen postdoc.

Natuurlijk was deze Manama niet mogelijk geweest zonder de steun en hulp van mijn collega's van Praktijk Vossensteert. In het bijzonder wil ik dan ook mijn praktijkopleidster dr. Regine Vantieghem bedanken voor haar vertrouwen in mijn kunnen en voor haar geduld tijdens mijn opleidingsjaren onder haar hoede. Ik ben ook blij dat ik de afgelopen twee jaren bij dr. Gilberte Watté, mijn stage coördinatrice, terecht kon voor eventuele problemen of voor een babbel over de gebeurtenissen van de afgelopen weken.

Het volbrengen van mijn studies zou veel moeilijker geweest zijn zonder de steun van mijn ouders, mijn broer en zijn echtgenote, mijn zus en haar vriend. Ze hebben het nodige geduld opgebracht tijdens de vele examenperiodes en de momenten waarop ik het even niet meer zag zitten. Verder wil ik ook graag mijn vrienden bedanken voor het begrip voor het feit dat ik nu en dan mijn sociaal leven volledig op pauze heb gezet om me te kunnen focussen op mijn studies en al wat ermee te maken had.

Ik kijk met veel plezier uit naar het starten van mijn carrière als volwaardige huisarts. Ik hoop hierbij nog steeds op de steun van mijn familie, vrienden en collega's te kunnen rekenen.

Inhoudsopgave

Dankwoord 2
1. Inleiding 6
1.1 Algemeen 6
1.2 Persoonlijk 6
2. Literatuuronderzoek 8
2.1 Zoekmethode 8
2.2 Toegankelijkheid 8
2.3 Resultaten van het literatuuronderzoek 9
3. Praktijkschets: Praktijk Vossensteert 11
4. Methodologie 12
4.1 Kwantitatief onderzoek 12
4.2 Inclusiecriteria 13
4.3 Exclusiecriteria 13
4.4 Rekrutering 14
4.5 Verwerking van de resultaten 14
5. Resultaten 15
5.1 Algemeen 15
5.2 Patiënt gerelateerde resultaten 15
5.3 Consultatie en dokter gerelateerde resultaten 17
5.4 Praktijk gerelateerde resultaten 18
5.5 Specialistgerichte resultaten 20
5.6 Probleemgerichte resultaten 20
5.7 Financiële aspecten 21
5.8 Algemene opmerkingen 21
6. Discussie 23
6.1 Patiënt gerelateerde resultaten 23
6.2 Consultatie en dokter gerelateerde resultaten 24
6.3 Praktijk gerelateerde resultaten 26
6.4 Specialistgerichte resultaten 28
6.5 Probleemgerichte resultaten 28
6.6 Financiële aspecten 29
6.7 Algemene opmerkingen 29

6.8 Beperkingen van de studie 30
6.8.1 Selectiebias 30
6.8.2 Bias bij dataverwerking 30
7. Besluit 31
7.1 Algemene conclusie 31
7.2 Aanbevelingen naar de toekomst toe 31
7.3 Suggesties voor verder onderzoek 32
8. Referenties 33
Bijlages 36
Bijlage 1: De Enquête 36
Bijlage 2: De posters in de wachtzaal voor de enquête 48
Bijlage 3: De poster voor de wachtzaal i.v.m. de taak van de huisarts. 49

TOEGANKELIJKHEID VAN EEN HUISARTSENPRAKTIJK ANNO 2011-2012

Haio: Julie BAKELANDT
Universiteit Gent
Promotor: Prof. Dr. Sara WILLEMS
Copromotor: Dr. Piet VANDEN BUSSCHE
Praktijkopleider: Dr. Regine VANTIEGHEM

Context: De laatste decennia heeft er binnen de huisartsengeneeskunde een sterke vervrouwelijking plaatsgevonden. Mede hierdoor zijn er meer groepspraktijken ontstaan en wordt in de grote steden, buiten de normale spreekuren, beroep gedaan op de wachtdiensten. Dit laat artsen toe om meer tijd uit te trekken voor zichzelf en het gezin. Het zorgt er echter ook voor dat een patiënt niet altijd meer beroep kan doen op zijn eigen huisarts. Praktijk Vossensteert behoort tot één van deze groepspraktijken die deel uitmaken van de wachtdienst.
Onderzoeksvraag: Deze thesis onderzoekt hoe patiënten staan tegenover de veranderingen binnen de huisartsgeneeskunde en de opbouw van groepspraktijken. Specifiek richt dit onderzoek zich op de vestiging van groepspraktijk Vossensteert in Sint-Kruis. Deze thesis onderzoekt het standpunt van patiënten met betrekking tot de toegankelijkheid van deze praktijk, met als doel mogelijke veranderingen te identificeren om de bereikbaarheid te verbeteren.
Methode (literatuur & registratiewijze): Om artikels te vinden die als basis dienen voor het onderzoek, werd de literatuur doorzocht met behulp van de zoekmachines Pubmed en Web of Science, met als kernwoorden “Patient satisfaction”; “Patient experience”; “Primary care” en “Family care practice”. Een enquête werd opgesteld door een deel van de enquête uit de studie “QUALICOPC” aan te vullen met specifieke vragen voor praktijk Vossensteert. De enquêtes werden verdeeld in september 2012 door de vijf artsen van de praktijk, in een schriftelijke en online vorm, aan Nederlandstalige patiënten die zelf naar de praktijk komen. Van de 120 verdeelde enquêtes werden 46 ingevuld (response rate 38%). De programma’s Excel en SPSS werden gebruikt voor de statistische verwerking.
Resultaten: De groep respondenten bevat 67% vrouwen en 33% mannen met een gemiddelde leeftijd van 55 jaar. 74% beschouwt de eigen gezondheid als goed, ondanks 45% met chronische aandoeningen. De huisarts wordt geraadpleegd voor een herhaalvoorschrift, ziekte en een medische controle. Consultaties worden zelden (4%) uitgesteld. De houding van de arts wordt als positief ervaren en hierdoor zouden alle respondenten de huisarts aan een vriend of familielid aanbevelen. 26% antwoordt dat de arts niet polst naar andere problemen dan de aanmeldingsklacht. 43% weet niet dat ze bij de huisarts terecht kunnen voor persoonlijke problemen. De openingsuren wordt door 42% aanzien als te beperkt. De respondenten weten hoe ze, indien nodig, een huisbezoek kunnen regelen, 39% weet echter niet hoe ze buiten de openingsuren doktershulp kunnen krijgen. Meer dan de helft van de patiënten zou graag de mogelijkheid hebben om meer op afspraak te komen en deze ook liefst online vastleggen. 84% van de patiënten is tevreden over het telefonisch contact met de artsen. Respondenten hebben hun eigen kennis beoordeeld in verband met het globaal medisch dossier, de “derde-betalers”-regeling en het supplement vanaf 18u, en die kennis blijkt onvoldoende te zijn.
Conclusies: Praktijk Vossensteert weet, dankzij de enquête, waar er verbeteringen mogelijk zijn. Samengevat bevinden de knelpunten zich op vlak van informatie overbrengen naar de patiënt, de praktische organisatie van de praktijk en moderniseren op vlak van de website en de wachtzaal. De respondenten geven ook positieve opmerkingen en stellen zelden een bezoek aan de huisarts uit. De patiënten moeten beter geïnformeerd worden dat de huisarts er eveneens is voor persoonlijke problemen, voor stoppen met roken of voor het bespreken van huiselijk geweld. De houding van de arts speelt hierbij een rol. De taak van de huisarts omvat expliciet na te vragen of patiënten nog voor andere problemen dan de aanmeldingsklacht komen, hen te informeren hoe ze gezond kunnen blijven en het navragen van chronische medicatie. Informatie geven kan via de website, momenteel onvoldoende gekend bij patiënten, of via een scherm in de wachtzaal. Patiënten willen liever op afspraak komen en deze graag online vastleggen. De website is het ideale instrument om te tonen wanneer een dokter afwezig is. De openingsuren worden als te beperkt aanzien en structureel moet er bekeken worden of de beide praktijken voldoende toegankelijk zijn voor patiënten met een beperking of voor jonge gezinnen met kinderen. Er kan dus geconcludeerd worden dat praktijk Vossensteert nog ruimte heeft voor verbeteringen op vlak van toegankelijkheid. De bal ligt nu in het kamp van de betrokken artsen om aan de hand van hun visie en prioriteiten de veranderingen mogelijk te maken.

1. Inleiding

1.1 Algemeen

Tegenwoordig zijn er meer en meer huisartsen die samen met andere collega's een huisartsenpraktijk opbouwen. Dit kan zowel de patiënt als de arts meer vrijheid geven. De patiënt is immers vrijer om te kiezen bij welke arts hij/zij gaat of om te beslissen of hij/zij de arts neemt die op dat moment beschikbaar is. Daarnaast hebben de artsen meer vrije tijd om een gezinsleven op te bouwen.

Het aantal vrouwen dat de richting geneeskunde gekozen heeft, is in de laatste jaren toegenomen. Er werd al een stijging[1] van het aandeel vrouwelijke artsen gezien van 21,3% tot 29,6% tussen 1988 en 1998. Dit verschil wordt voornamelijk opgemerkt in de jongere leeftijdscategorieën.

Voor artsen biedt een groepspraktijk de mogelijkheid om ook een gezinsleven op te bouwen en om zichzelf vrije tijd te gunnen. Hoe staan patiënten hier echter tegenover? Patiënten die vroeger gewoon waren dat de artsen 24u op 24 en 7 op 7 beschikbaar waren, moeten het nu stellen met wachtdiensten waarbij ze de artsen niet persoonlijk kennen. Ook in de groepspraktijken kan het voorvallen dat ze bij een andere arts terecht komen.

Zowel voor de artsen als voor de patiënten vergt dit een aanpassing omdat de patiënten vroeger altijd beroep konden doen op hun eigen huisarts en de huisarts de enige was die beschikbaar was voor zijn eigen patiënten.

Deze studie onderzoekt hoe de patiënten omgaan met die verandering en hoe ze tegenover de huidige stand van zaken staan in een specifieke groepspraktijk, namelijk Praktijk Vossensteert te Sint-Kruis. Hoe staat het met de toegankelijkheid van huisartsen in de jaren 2011 tem 2013 vanuit het standpunt van de patiënten?

In de literatuur was er tot voor kort weinig te vinden over de meningen van patiënten ten opzichte van de veranderingen binnen de geneeskunde. Recentelijk zien we een evolutie waarbij dit onderwerp meer aandacht begint te krijgen in de literatuur. Daarmee worden veranderingen bedoeld zoals de vervrouwelijking[2] en daarmee gepaard gaande de opbouw van groepspraktijken en de verminderde beschikbaarheid van de eigen huisarts.

Het is belangrijk dat de resultaten bekeken worden vanuit de visie van de praktijk en de artsen, maar wel met voldoende openheid voor eventuele veranderingen. Ik hoop om met behulp van de resultaten de praktijk toegankelijker te maken en tegelijk de artsen ook tevreden te houden.

1.2 Persoonlijk

In het kader van een praktijk verbeterend project, dat het doel is van deze opdracht, heb ik ervoor gekozen om de toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk, waar ik mijn HAIO-opleiding doe, kritisch te bekijken. De toegankelijkheid wordt gezien in een breed kader en omvat geografische en fysische toegankelijkheid; financiële toegankelijkheid en psychosociale/culturele toegankelijkheid. Om de knelpunten te kennen, heb ik de patiënten betrokken in mijn onderzoek.

Als arts kan je zelf beoordelen hoe je de praktijk ervaart en kan je bepaalde knelpunten die voor de artsen belangrijk zijn, opmerken en aankaarten. Maar het is als arts zeer moeilijk om te beoordelen hoe bepaalde beslissingen die door de artsen genomen worden, ervaren worden door de patiënten.

Huisartsengeneeskunde bestaat uit meer aspecten dan louter de consultaties. Zo zijn er verwachtingen van de patiënten naar telefonische beschikbaarheid, fysieke bereikbaarheid van de praktijk en dergelijke meer.

In de enkele maanden dat ik mijn stage liep in de praktijk, was mij al opgevallen dat er bepaalde verbeteringen mogelijk waren. Deze veranderingen zijn vooral gericht op de manier waarop ik graag zou werken. Dit betreft zaken die het werken voor mij en mijn collega's een stuk makkelijker en aangenamer zouden maken. Maar dan is er telkens de vraag of deze veranderingen voor de patiënten ook belangrijk zijn en of de noodzaak tot aanpassingen leeft onder de patiëntenpopulatie van praktijk Vossensteert.
Met mijn onderzoek wil ik dan ook te weten komen op welke manier en op welke vlakken de praktijk kan verbeterd worden. Natuurlijk moet er ook rekening gehouden worden met de visie van de praktijk en de prioriteiten van de artsen.

Nu ik bevestiging gekregen heb dat ik me verder kan ontplooien in de praktijk, is het ook voor mij persoonlijk belangrijk om te weten waar patiënten belang aan hechten en waar ik als jonge arts, mijn bijdrage kan leveren.

Wat kan er verbeteren in praktijk Vossensteert? Waar moeten we als artsen van de 21ste eeuw aandacht aan besteden? Hoe zijn we in de omgang met onze patiënten? Zijn er onderwerpen die meer aandacht verdienen? Als algemene vraag kan men stellen: "Hoe kunnen we de toegankelijkheid van de praktijk op verschillende vlakken verbeteren?"

2. Literatuuronderzoek

2.1 Zoekmethode

Bij het zoeken van de literatuur betreffende tevredenheid van patiënten werd er gestart met het artikel van QUALICOPC[3] (Quality and Costs of Primary Care in Europe): "QUALICOPC, a Multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care." Van daar werd gekeken naar gerelateerde artikels en naar de kernwoorden die als zoekterm gebruikt werden.

Dit gaf de aanzet om te kijken, bij zowel web of science en pubmed, met als zoektermen: "Patient satisfaction"; "Primary care"; "Family practice care" en "Patient experience". Er werd gestart met een combinatie van de eerste twee termen ("Patient satisfaction" [AND] "Primary care"). Via Pubmed werden er teveel artikels (6069) gevonden die voldeden aan deze zoekterm, maar die inhoudelijk niet relevant waren. Veel van de gevonden artikels handelen eerder over tevredenheid bij bepaalde ziektebeelden. Bij web of science werden er echter op die manier, uit een uitgebreid aanbod (1243) toch enkele artikels gevonden die voldeden. Hierbij was de inhoud, passend bij het doel van deze studie, en het jaar van publicatie, liefst niet ouder dan vijf jaar, enorm belangrijk. Ook de methodologie van de studie in de artikels speelde hierbij een rol. Het onderwerp van dit onderzoek is toegankelijkheid, echter het gebruik van zoektermen als "access" of "accessibility" leverden niet de gewenste artikels op. De inhoud van de gevonden artikels kwam niet overeen met de manier waarop toegankelijkheid in dit onderzoek benaderd wordt.

In Pubmed werd daarna, om het aantal relevante artikels af te lijnen, verder gezocht aan de hand van de volgende combinaties:"Patient satisfaction" [AND] "family practice care"; "Patient experience" [AND] "Family practice care". Niet enkel deze zoektermen leverden bijkomende artikels op, ook via 'related articles' konden enkele artikels toegevoegd worden, die beter pasten bij de opzet van deze studie. De artikels werden geselecteerd op basis van het jaar van publicatie en de inhoud. Omdat deze studie gebruikt maakt van enquêtes werden voornamelijk artikels gezocht en geselecteerd die ook aan de hand van enquêtes of aan de hand van kwantitatief onderzoek werken.

Mijn copromotor (dr. Vanden Bussche) raadde ook aan om te kijken via NIVEL[4] (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg). Dit heeft een positieve inbreng gehad door het vinden van aanvullende korte Nederlandstalige artikels (3) die perfect in deze studie passen. Hierbij werden voornamelijk artikels gezocht met betrekking tot groepspraktijken en bereikbaarheid van huisartsen.

Tenslotte raadde hij ook aan om voor de vergelijking van de resultaten te kijken naar de gezondheidsenquête[5] van België. Op die manier werd ook het performantierapport[6] van het RIZIV gevonden. Naarmate de resultaten van de enquête meer en meer duidelijk werden en dit meer vragen deed rijzen qua aanpak naar de toekomst toe, bleken sommige(4) Manama-projecten van vroeger ook een bruikbare bron van informatie te zijn.

2.2 Toegankelijkheid

Deze studie heeft als doel om de toegankelijkheid van praktijk Vossensteert bij de patiënten na te vragen. Natuurlijk is het allereerst noodzakelijk om te bekijken wat er te vinden is in de literatuur betreffende dit onderwerp, zodat er kan bepaald worden hoe de enquête opgesteld moet worden en welke vragen relevant kunnen zijn.

Bij deze thesis worden drie specifieke doelaspecten van toegankelijkheid van een praktijk onderzocht, namelijk:

1) Geografische toegang en fysische toegang tot zorg: dit bevat onder meer het aantal artsen van de praktijk, de bereikbaarheid van de praktijk met het openbaar vervoer, aanpassing voor rolstoelgebruikers en dergelijke meer.
2) Financiële toegankelijkheid, vb. mogelijkheid tot derde betalerssysteem, voorschieten van kosten.
3) Psychosociale en culturele toegankelijkheid: dit handelt over de taal die gesproken wordt, de manier van zorgorganisatie (vrije consultatie versus op afspraak)…

In dit project worden de drie aspecten besproken, met voornamelijk nadruk op de eerste twee. Het derde aspect wordt enkel besproken in kader van het psychosociale aspect. Ook in het literatuuronderzoek wordt er in het bijzonder aandacht besteed aan de eerste twee aspecten.

2.3 Resultaten van het literatuuronderzoek

In verschillende landen van Europa zijn er de afgelopen decennia, op vlak van eerstelijnsgezondheidszorg, veranderingen gebeurd. Hetzelfde wordt ook opgemerkt in België. Artsen werken vaker samen in groepspraktijken[2] en de aanpak van de eerstelijnszorg wordt meer toegespitst op een patiëntgerichte aanpak[7,8]. Hierbij blijk ik niet de enige te zijn die me de vraag stelt hoe patiënten reageren op deze veranderingen en hoe we de zorg/aanpak van de praktijk meer kunnen richten op de patiënten zelf.

Deze trend is zichtbaar in verschillende Europese landen, gezien er de laatste jaren frequenter studies opgezet worden die tot doel hebben het polsen van de tevredenheid van patiënten of het ontwikkelen van instrumenten om de kwaliteit van de eerstelijnszorg te meten. Bij de verschillende studies komen regelmatig dezelfde aspecten aan bod. Zo blijkt uit een Engelse studie[9] van Kontopantelis et al. dat patiënten van een kleine praktijk het meest tevreden zijn als er gekeken wordt naar de volgende vijf aspecten van toegankelijkheid: telefonische bereikbaarheid, snel een afspraak krijgen, kunnen reserveren voor een afspraak, een afspraak kunnen krijgen met een dokter van je keuze en spreekuurtijden. Praktijken in achterstandswijken werden als minder toegankelijk ervaren. Kleinere praktijken deden het beter, behalve voor wat betreft de openingsuren. De studie toonde ook aan dat jonge mensen met leeftijdscategorie tussen 18 en 34 jaar en mensen van Aziatische oorsprong die voltijds werken of lang onderweg zijn naar hun werk, het minst tevreden zijn. Ook in Nederland heeft men ondervonden dat kleine solopraktijken al jaren beter scoren op service en toegankelijkheid. Als randopmerking wordt gesteld dat goede toegankelijkheid leidt tot minder bezoeken aan de spoedgevallendiensten.

Hier tegenover staat een artikel in samenwerking met het NPCF[10] (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie). Dit beschrijft dat er veel klachten komen van patiënten over het feit dat het te lang duurt voordat de telefoon opgenomen wordt door huisartsen. Van de respondenten vindt maar 11% een wachttijd van langer dan twee minuten acceptabel, de meerderheid wil zelfs binnen één minuut te woord gestaan worden. Maar volgens onderzoek van IGZ[10] (Inspectie van Gezondheidszorg) blijkt de telefonische bereikbaarheid van groepspraktijken veel beter te zijn dan in solopraktijken. Daaruit leidt het NPCF af dat je betere zorg en dienstverlening kan bieden als je het samen organiseert. Volgens Wilna Wind kan de zorg voor patiënten in groepspraktijken beter georganiseerd en afgestemd worden op de wensen en noden van patiënten.

Er tekent zich logischerwijze dan ook een evolutie naar groepspraktijken af in Nederland. Daar wordt vastgesteld dat duo- of groepspraktijken voor artsen vooral de volgende voordelen bieden[7]: mogelijkheid om eigen arbeidstijden te kiezen zonder te hoeven beknibbelen op de openingstijden van de praktijk; differentiatie van de taken; kostenefficiënter werken doordat ondersteunend personeel voor meerdere huisartsen werkt en directere intercollegiale feedback doordat verschillende artsen tegelijkertijd aanwezig zijn op dezelfde plaats. Er wordt echter ook gezien dat het overleg meer tijd opslokt. Voor de patiënten biedt een groepspraktijk voordelen omdat ze keuze hebben tussen meer zorgverleners. Bij afwezigheid van de eigen huisarts is er een collega-huisarts uit dezelfde praktijk beschikbaar. Het waarborgen van persoonlijke continuïteit van zorg en de persoonlijke relatie tussen patiënt en huisarts, vereist in grotere praktijken wel meer aandacht.

Niet enkel Nederland is geïnteresseerd om te zien hoe patiënten reageren op de veranderingen, ook vanuit Frankrijk[8] en Slovenië[11] wordt er onderzoek naar dit onderwerp gevoerd. In de hedendaagse literatuur krijgt de mening en de ervaringen van patiënten, in verband met de eerstelijnszorg, meer en meer aandacht en geeft dit richtlijnen voor de betrokken praktijken om hun zorg meer af te stellen op de patiënten.

Uitgebreid op wereldschaal wordt er in verschillende landen onderzoek gedaan naar de tevredenheid van patiënten in verband met de medische eerstelijnshulp. Dit blijkt uit studies in zowel Iran[12], Bangladesh[13] als India[14].

Het polsen van patiënten tevredenheid kan gebeuren aan de hand van verscheidene methodes, waarbij het vaak moeilijk is om praktijken onderling te vergelijken. In de literatuur zijn er ook studies[15; 16] voorhanden die zich erop toegespitst hebben om een instrument te ontwikkelen om patiëntervaringen te meten en op die manier ervoor te zorgen dat huisartsenpraktijken onderling vergeleken kunnen worden. Er wordt ook gesteld in een Nederlands onderzoek[15] dat het zichtbaar maken van de kwaliteit van zorg steeds belangrijker wordt.

Bovenstaand onderzoek kadert binnen de onderzoeken die NIVEL[4] (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) verricht naar de huisartsenzorg. Deze onderzoeken spitsen zich toe op verschillende aspecten van huisartsenzorg[4], waaronder: verwachtingen en ervaringen van patiënten; aanbod en organisatie van de zorg; gezondheid en ziekte; het zorgproces; structuur en sturing van zorg en als laatste uitkomsten van de zorg.

Bij het kijken naar de reacties van patiënten op het ontstaan van wachtdiensten en huisartsenwachtposten, waar ze beroep moeten doen op andere artsen dan hun eigen huisarts, is er een artikel[17] geschreven door Gareth Lacobucci, die stelt dat patiënten meer tevreden zijn van hun eigen huisarts dan van de diensten die aangeboden worden na de sluitingsuren van de praktijken.

Tenslotte beschrijven Lovett A et al [18] de reistijden van patiënten en de beschikbaarheid van het openbaar vervoer om naar de praktijk te kunnen gaan, wat ook de bereikbaarheid van de praktijk doet toenemen. Hier wordt gezien dat slechts 10% van de patiënten langer dan 10 minuten moet rijden naar de dichtstbijzijnde praktijk. De reistijden en de bereikbaarheid met het openbaar vervoer zijn afhankelijk van de geografische ligging van de woonplaatsen van de patiënten.

De gezondheidsenquête[5] van België (2008) en het performantierapport[6] van het RIZIV worden voornamelijk gebruikt om vergelijkingen te maken met de resultaten van deze studie. Dit wordt besproken binnen deel 6, de discussie.

3. Praktijkschets: Praktijk Vossensteert

Praktijk Vossensteert is een groepspraktijk bestaande uit vier vaste artsen, één HAIO, twee secretaressen en een medewerkster voor de ICT en de computerondersteuning.
De praktijk bestaat uit twee vestigingen, met één vestiging in Sint-Kruis en één vestiging in Sint-Jozef, beiden deelgemeenten van Brugge. De vijf artsen werken via een vast uurrooster verspreid over de beide vestigingen. De praktijk in Sint-Kruis beschikt over een secretariaat dat afspraken regelt en telefonische beschikbaarheid verzekert voor de beide vestigingen.

De consultatie-uren bestaan uit vrije consultaties ’s morgens tussen 9u en 10u en ’s avonds tussen 17u en 18u in Sint-Jozef en tussen 18u en 19u in Sint-Kruis. Er is ook een mogelijkheid om ’s morgens voor en na de vrije consultaties op afspraak te komen, ’s avond is dit enkel mogelijk vóór de vrije consultaties. De zaterdagvoormiddag wordt er enkel op afspraak gewerkt, met telefonische bereikbaarheid tussen 9u en 10u. Op dat moment bestaat de mogelijkheid om de dag zelf nog op consultatie te komen. Voor alle afspraken wordt er 2 euro extra aangerekend.

Alle afspraken worden telefonisch geregeld met het secretariaat dat ’s morgens beschikbaar is van 7u30 tot en met 11u30 en ’s avonds van 17u15 tot en met 20u15. ’s Middags is er telkens één van de artsen telefonisch beschikbaar voor dringende huisbezoeken of afspraken voor dezelfde dag. Patiënten mogen ’s avonds na de vrije consultaties, rond 19u30, bellen voor resultaten van onderzoeken. Indien de artsen nog bezig zijn met consultaties, wordt het telefoonnummer genoteerd en belt de betreffende arts de patiënt zelf terug op.

De praktijk heeft geen praktijkwacht gedurende de week, maar de artsen maken wel deel uit van de wachtdienst van Brugge. ’s avonds (na 20u15), ’s nachts en in het weekend (uitgezonderd van de zaterdagvoormiddag) worden de patiënten altijd doorverwezen naar de wachtpost van Brugge of naar de mobiele wachtartsen.

De praktijk beschikt ook over een website (http://www.praktijkvossensteert.be) waar patiënten de nodige informatie kunnen vinden over beide vestigingen, de prijzen van de consultaties, contactgegevens en foto’s van de artsen en medewerkers van de praktijk.

4. Methodologie

4.1 Kwantitatief onderzoek

Voor het kwantitatief onderzoek in deze studie wordt gebruikt gemaakt van een enquête.

Het oorspronkelijke idee in dit onderzoek was om te werken op een kwalitatieve manier, aan de hand van interviews. Naarmate het onderzoek vorderde, leek het echter handiger om de vragen te ordenen en in een enquête te plaatsen. Ook voor de verwerking van de resultaten leek dit beter. Dit maakte het ook mogelijk om meer mensen bereid te vinden om deel te nemen aan het onderzoek.

Het eerste deel van het onderzoek bestond uit het meewerken aan de studie QUALICOPC[3]. Deze studie tracht een uitgebreide evaluatie te maken van de eerstelijnsgezondheidszorgsystemen in Europa. Meer specifiek gaat de studie na hoe de verschillende Europese eerstelijnsgezondheidszorgsystemen scoren wat betreft de kwaliteit van zorg, de kostprijs en billijkheid. Er werd gekozen om met QUALICOPC[3] te werken omdat het een recentere vragenlijst dan vb. EUROPEP[19] is. De vragenlijst van EUROPEP[19] is beperkter dan QUALICOPC[3] en sluit hierdoor minder goed aan bij het doel van deze studie. De vragenlijst van QUALICOPC[3] bevat de vragenlijst van EUROPEP[19], maar gaat ook dieper in op aspecten rond kostprijs en billijkheid. Dit praktijk verbeterend project wil ook verder kijken dan enkel de ervaringen van de patiënten wat betreft de eerstelijnsgezondheidszorg. De studie van QUALICOPC[3] doet onderzoek naar 31 Europese landen, waardoor het de mogelijkheid biedt om later vergelijkende studies uit te voeren tussen de resultaten van QUALICOPC[3] en deze studie, eens de resultaten van QUALICOPC[3] volledig gekend zijn. Deze vergelijkingen kunnen zowel op Belgisch vlak als op Europees vlak gemaakt worden. Er werd eveneens niet gewerkt met de vragenlijst van de gezondheidsenquête[5] omdat deze te uitgebreid is en aspecten navraagt die niet tot het doel van deze studie behoren.

QUALICOPC[3] werkt aan de hand van 2 afzonderlijke enquêtes, uitgedeeld enerzijds onder huisartsen en anderzijds onder patiënten. De enquêtes werden uitgedeeld door fieldworkers in de wachtzaal van de deelnemende huisartsen. Ik heb hieraan meegewerkt door in drie praktijken in het Brugse als fieldworker enquêtes uit te delen in de wachtzalen. Dit leidde tot belangrijke ervaringen met betrekking tot het opstellen van een enquête en hoe je dit het beste aanpakt in de praktijk. Bovendien werd de toestemming van de medewerkers van QUALICOPC verkregen om vragen uit hun enquête te gebruiken in de uiteindelijke enquête die voor deze thesis gebruikt is. Er werden ook praktijk-specifieke vragen toegevoegd om te peilen naar de meningen van de patiënten op die vlakken. (De enquête is te vinden in bijlage 1)

De enquêtes werden voorgesteld aan de collega's van de praktijk en ook gelezen door enkele mensen uit mijn omgeving om te zien of de vraagstelling duidelijk was en of er struikelblokken ontdekt werden.

De enquête kan qua vraagstelling onderverdeeld worden in de volgende categorieën:

a) Patiënt gerelateerde resultaten

Dit handelt over vragen met betrekking tot de populatie die meegewerkt heeft aan deze studie. Er wordt gepolst naar geslacht, leeftijd, gezinssituatie, opleiding, subjectieve gezondheidsbeoordeling. In dit deel wordt ook bekeken of patiënten vaak een bezoek aan de huisarts uitstellen, waarom ze naar de huisarts komen en hoe frequent ze op consultatie komen.

b) Consultatie en dokter gerelateerde resultaten

Hieronder passen de beoordelingen van de patiënten over de houding van de artsen tijdens de consultaties, hoe de kennis van de arts over de patiënten en hun thuissituatie/ chronische medicatie is. De vragen handelen ook over de ervaringen van de patiënten in praktijk Vossensteert qua aangevraagde onderzoeken, qua bepalen bij welke arts ze willen komen, qua meegegeven of voorgeschreven medicatie.

c) Praktijk gerelateerde resultaten

De titel spreekt voor zich. In dit deel van de enquête worden vragen gesteld met betrekking tot de praktische kant van de praktijk. Hieronder wordt verstaan: openingsuren, secretariaat, parkeergelegenheid, mogelijkheid tot het maken van een afspraak, wachttijden,…

d) Specialistgerichte resultaten

Enkele vragen in de enquête zijn erop gericht om te kijken of patiënten op eigen initiatief een specialist raadplegen en of patiënten de spoedgevallendiensten bezoeken.

e) Probleemgerichte resultaten

Dit deel van de enquête onderzoekt de mening van de patiënt met betrekking tot problemen die volgens de patiënt niet door de huisarts behandeld kunnen worden. Verder wordt er ook gevraagd bij welke problemen het voor de patiënt belangrijk is dat de huisarts ze opmerkt en bij welke problemen ze veronderstellen dat een bezoek aan de huisarts kan helpen.

f) Financiële aspecten

Tenslotte wordt ook gepeild naar de kennis van patiënten ten opzichte van enkele vaak voorkomende begrippen binnen de huisartsgeneeskunde. Een waarde van “5” duidt aan dat ze de maatregel in detail kennen en “1” duidt aan dat ze er nog nooit van gehoord hebben. In dezelfde lijn wordt ook gekeken of patiënten zich bewust zijn dat ze op afspraak €2 extra moeten betalen en dat ze ’s avonds ook €4 extra moeten betalen voor een consultatie.

4.2 Inclusiecriteria

De patiënten moesten voldoen aan de volgende criteria:

- Volwassenen (ouder dan 18 jaar op het moment van de enquête)
- De Nederlandse taal voldoende machtig zijn om de vragenlijst zelfstandig te kunnen invullen
- Verblijfplaats bevindt zich op het Belgische grondgebied
- Voornamelijk patiënt zijn in Praktijk Vossensteert, Vossensteert 180, 8310 Sint-Kruis

4.3 Exclusiecriteria

Patiënten die voldeden aan onderstaande criteria worden geëxcludeerd

- Minderjarigen
- Dementerende patiënten

- Patiënten verblijvend in rusthuizen, ziekenhuizen, serviceflats of patiënten die niet zelf naar de praktijk komen
- Patiënten die onnodig in de war zullen worden gebracht, zich slechter zullen voelen of te zwaar zouden worden belast door de deelname.

4.4 Rekrutering

Er bestonden twee identieke versies van de enquête, zowel een schriftelijke versie als een elektronische versie, beschikbaar op internet.

Voor de distributie van de enquêtes werd er beroep gedaan op de vijf artsen werkzaam in Praktijk Vossensteert. De enquêtes werden in de eerste weken van september uitgedeeld door de vijf artsen tijdens de consultaties van praktijk Vossensteert in Sint-Kruis. De enquête werd aangeboden aan alle patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria en gevraagd om de enquête mee te nemen naar huis en deze ofwel elektronisch ofwel schriftelijk in te vullen tegen uiterlijk 30 september 2012.

Ook in de wachtzaal werden patiënten al voorbereid op de vraag of ze een enquête zouden willen invullen aan de hand van twee grote posters (Bijlage 2). Voor de schriftelijke enquêtes werd er een doos voorzien bij het secretariaat waar de patiënten hun enquête konden deponeren.

4.5 Verwerking van de resultaten

In het totaal werden er door de vijf artsen 120 enquêtes uitgedeeld, waarvan er in het totaal 46 ingevuld terug gekomen zijn, waaronder 10 elektronisch en 36 schriftelijk. Er is mogelijk wat bias omdat het uitdelen niet bij elke arts systematisch op bovenstaande manier verliep. De benodigde tijd om de enquête in te vullen, gemiddeld 20-25 minuten volgens de patiënten, verklaart op het eerste zicht de beperkte respons. Het niet opsturen van herinneringen kan ook een rol gespeeld hebben in deze beperkte respons.

Nadien werd de informatie van zowel de schriftelijke als de elektronische enquêtes verzameld in een Excel-document dat uiteindelijk geïmporteerd werd in SPSS[20]. Met SPSS zijn de frequenties, met andere woorden werd berekend hoeveel personen welke antwoorden gegeven hebben, berekend en op die manier konden de resultaten verwerkt worden.

5. Resultaten

5.1 Algemeen

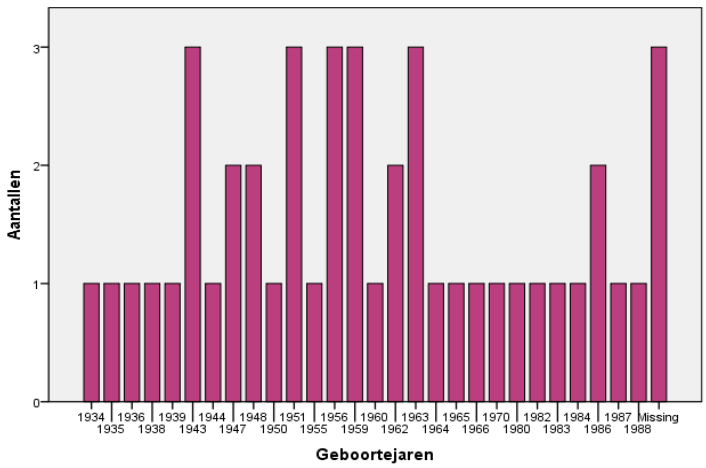
Zoals reeds hierboven vermeld, werden er ongeveer 120 enquêtes uitgedeeld waarvan er 46 volledig ingevuld teruggekomen zijn. Dit betekent een response rate van 38,33%, die wellicht te wijten is aan de lengte en uitgebreidheid van de enquête. De verwachte response rate was tussen de 40 en 50%. Bij het gebruik van bv. EUROPEP[19] wordt gestreefd naar een response rate van 60%. Maar een normale te verwachten response rate van schriftelijke enquêtes kan variëren tussen 10% en 70%. Het feit dat er geen herinneringen gestuurd zijn, kan er ook voor zorgen dat de respons rate lager ligt dan verwacht.

Het valt op bij de resultaten dat er per vraag weinig (1 tot maximum 5) ontbrekende antwoorden zijn. De meeste enquêtes zijn volledig ingevuld met bruikbare antwoorden. Bij sommige vragen, voornamelijk negatieve vragen, vb. De dokter keek me nauwelijks aan tijdens het gesprek, leidde de vraagstelling mogelijk tot verkeerde antwoorden.

5.2 Patiënt gerelateerde resultaten

Dubbel zoveel vrouwen (31) als mannen (15) hebben meegewerkt aan de enquête. De geboortejaren van de respondenten variëren van 1934 tot en met 1988 met het gemiddelde op 1957. Een substantieel aantal mensen (14) met een geboortejaar tussen 1934 en 1950 heeft gereageerd op de enquête, maar de grootste groep van respondenten (18) bevindt zich in de leeftijdscategorie van 47 tot en met 62 jaar.

Grafiek 1: Verdeling van de respondenten volgens hun geboortejaar

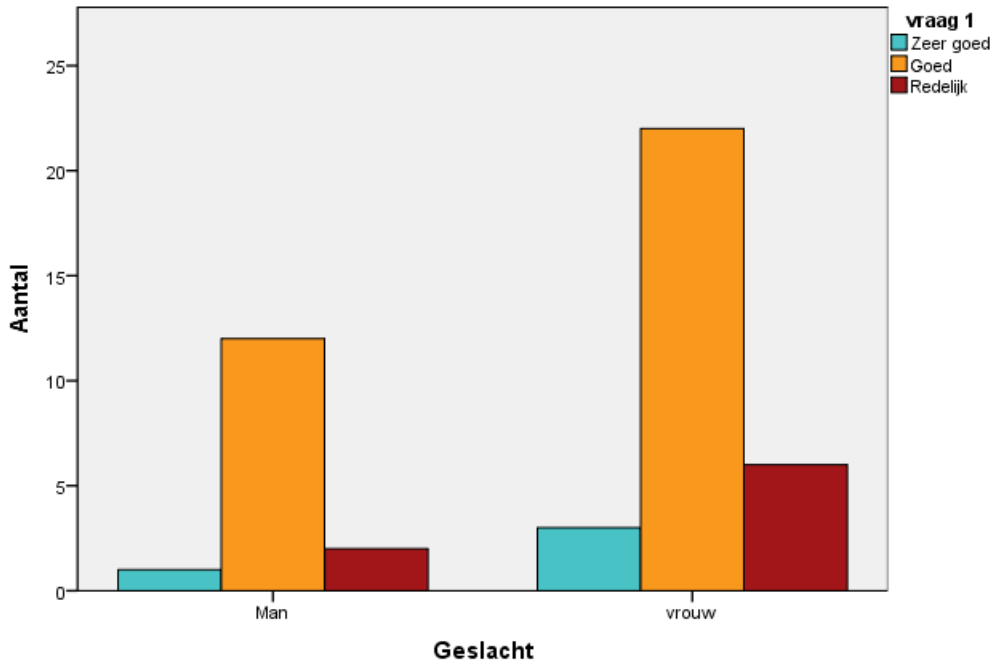


De meeste patiënten die de enquête ingevuld hebben, zijn ofwel gepensioneerd of werken in dienstverband. De gezinnen van de deelnemende patiënten bestaan voornamelijk uit andere volwassenen, slechts bij 21,73% of 10 van de respondenten zijn er geen andere volwassenen in het huishouden aanwezig, en maar in een klein gedeelte van de gezinnen zijn er ook personen jonger dan 18 jaar aanwezig in het huishouden.

Het opleidingsniveau is nagenoeg evenredig verdeeld onder basis-/lager onderwijs, hoger secundair en hoger dan secundair onderwijs. De meeste mensen geven aan dat, volgens hun inzicht, hun loon rond het gemiddelde ligt.

Een merendeel (34 of 73,91%) van de respondenten beschouwt zijn of haar eigen gezondheid als goed en niemand van de respondenten beschrijft de eigen gezondheid als slecht. Nochtans geeft bijna de helft van de respondenten (20 van 44 of 45,45%) aan dat ze lijden aan een langdurige ziekte of een aandoening zoals hoge bloeddruk, suikerziekte, depressie, astma of schildklierlijden. De resultaten van de subjectieve gezondheidsbeoordeling vertonen een gelijkmatige verdeling over de twee geslachten.

Grafiek 2: Verdeling van de subjectieve gezondheid volgens het geslacht



Alle patiënten zijn vaste patiënten van Praktijk Vossensteert, waarbij ook 67,39% (31) aangeeft bij een gezondheidsprobleem meestal eerst aan te kloppen bij de arts die ze bezocht hadden voordat ze de enquête ingevuld hebben. Een ander deel (28,26% of 13) doet normaal gezien eerst beroep op een andere dokter van dezelfde praktijk.

Het aantal huisartsconsultaties in de afgelopen zes maand varieert amper tussen de patiënten. Ongeveer de helft (43,47% of 20) van de ondervraagden vermelden dat ze al twee tot vier keer voor dit bezoek de huisarts geraadpleegd hebben, terwijl een minderheid vijf keer of meer antwoordt of anderzijds aangeeft dat dit bezoek de eerste keer van de afgelopen zes maand was.

De redenen die opgegeven worden voor het laatste bezoek aan de huisarts zijn zeer uiteenlopend. Deze variëren van het krijgen van een herhaalvoorschrift (8 of 17,39%) tot ziekte (9 of 19,56%) tot een medische controle (8 of 17,39%). Een kleine minderheid (3 of 6,52%) komt voor een geneeskundige verklaring. Ook combinaties van redenen komen voor, waarbij een medische controle en het verkrijgen van een herhaalvoorschrift het vaakst (8 of 17,39%) samen genoemd worden. Dit kan ook gecombineerd worden met een ziek gevoel.

Ongeveer 95,55% stelt een doktersbezoek aan de eigen huisarts of een andere huisarts niet uit. Als er gekeken wordt naar de redenen waarom er toch afgezien wordt van een huisartsenbezoek wordt er vooral opgegeven dat patiënten het te druk hebben (2 op 4) of dat de arts in verlof was (1 op 4).

Een minderheid van de respondenten vermeldt een combinatie van het te druk hebben en financiële redenen (1 op 4).

Opvallend is dat de patiënten meer akkoord gaan met de stelling dat dokters over het algemeen te vertrouwen zijn (36 op 46 of 78,26%), dan met de stelling dat mensen over het algemeen te vertrouwen zijn (28 op 45 of 62,22%).

5.3 Consultatie en dokter gerelateerde resultaten

De patiënten geven een positieve beoordeling, ondanks hier en daar ontbrekende resultaten, voor de beleefdheid van de dokter (100% of 45 op 45), het oogcontact (97,56% of 40 op 41), het luisteren (100% of 45 op 45)en de tijd die genomen wordt voor de patiënten (100% of 44 op 44). Eveneens op de vraag of ze de dokter zouden aanraden aan een vriend of familielid wordt er enkel positief geantwoord (100% of 44 op 44).

De dokter beschikt meestal (95,55% of 43 op 45) over het medisch dossier van de patiënt en de uitleg van de dokters (97,56% of 40 op 41) wordt ook als begrijpelijk ervaren. De meeste patiënten (92,68% of 38 op 41) geven aan dat ze betrokken worden bij het nemen van beslissingen over de behandeling.

Als mogelijke verbetering komt naar voren dat patiënten (25,58% of 11 op 43) vinden dat de arts niet polst naar eventuele andere problemen dan het probleem waarvoor ze gekomen zijn.

Wat betreft de meningen van de patiënten over de arts die ze net bezochten, zegt het merendeel dat de arts de belangrijke informatie over de medische achtergrond (80,43% of 37 op 46) en de thuissituatie van de patiënt kent (58,69% of 27 op 46). Er zijn echter veel patiënten, bijna de helft zelfs (43,18% of 19 op 44), die niet weten dat ze bij een arts naast medische problemen, ook terecht kunnen voor persoonlijke problemen en zorgen.

Als patiënten terugkijken naar de consultatie, voelen ze zich beter opgewassen tegen hun gezondheidsprobleem of ziekte dan voordien.

Er zijn ook enkele negatieve punten aan het licht gekomen. Meer dan de helft van de patiënten (52,17% of 24 op 46) vermeldt dat er in de afgelopen 12 maand niet gesproken is, door één van de dokters in de praktijk, over hoe je het best gezond kunt blijven en ook de chronische medicatie wordt bij veel patiënten (40% of 18 op 45) niet regelmatig genoeg nagevraagd.

De enquête polste eveneens naar de ervaringen van de patiënten binnen praktijk Vossensteert. De resultaten geven aan dat de dokters of artsen zich niet negatief gedragen hebben ten opzichte van de patiënten en dat er voldoende respect was zowel voor mannen als voor vrouwen. Het merendeel van de patiënten vindt dat alle patiënten op dezelfde manier behandeld worden en dat de dokters niet teveel bezig zijn met de financiële kant van het beroep. Indien de patiënten niet akkoord of tevreden zouden zijn met de behandeling die ze ontvingen, denkt 73,91% dat de dokter bereid zou zijn om daarover te praten.

Op medisch vlak blijkt dat testen en onderzoeken niet onnodig herhaald worden. De resultaten van testen of van röntgenonderzoeken worden als correct ervaren. Hoewel het merendeel van de patiënten, namelijk 93,47%, aangeeft dat ze nog nooit de indruk gehad hebben dat ze verkeerde medicatie of medicatie in een verkeerde dosis meegekregen hebben, valt het wel op dat dit geen 100% van de ondervraagde populatie bedraagt.

Patiënten geven aan voldoende kans te hebben om zelf te kiezen welke arts ze consulteren voor hun problemen. Het is voor patiënten ook belangrijk dat ze kunnen kiezen welke arts op huisbezoek komt. Gemiddeld moeten patiënten 1 tot 3u wachten voordat een arts langs komt na het aanvragen van een huisbezoek.

5.4 Praktijk gerelateerde resultaten

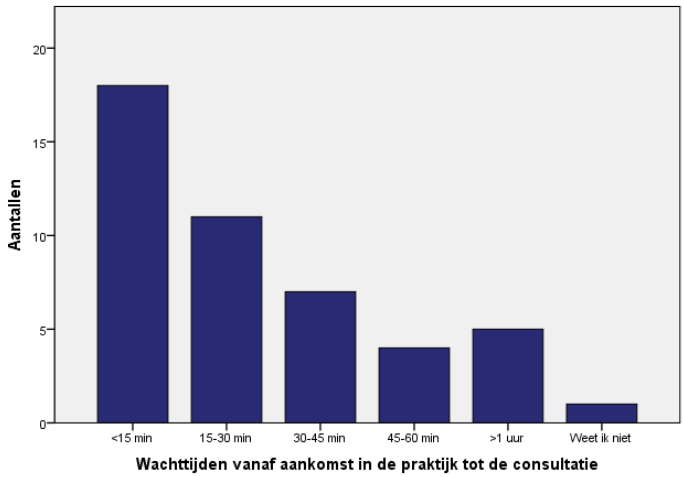
Als er gekeken wordt naar de openingsuren van de praktijk vindt 42% dat de praktijk te beperkt open is. Patiënten weten dat, indien ze een huisbezoek willen, dit ook mogelijk is. Het merendeel van de patiënten heeft eveneens notie van hoe ze 's avonds, 's nachts of in het weekend doktershulp kunnen krijgen, maar hier zien we dat 39,1% aangeeft dit niet te weten.

Over de ligging van de praktijk is bijna iedereen het eens dat het niet ver van hun huis of hun werk is. De gemiddelde reistijden bedragen minder dan 20 minuten.

Het secretariaat wordt als beleefd en behulpzaam ervaren bij 97,77% (44 op 45) van de respondenten en de patiënten vinden dat ze niet lang moeten wachten voordat ze iemand te spreken krijgen als ze bellen (88,63% of 39 op 44). Meer dan de helft van de patiënten (52, 17% of 24 op 46) zou graag de mogelijkheid hebben om meer op afspraak bij de arts te komen. Nu is er al ongeveer 39% (18 op 46) die op afspraak komt, waarbij ze eveneens aangeven dat het gemakkelijk was om een afspraak te maken. Ongeveer een derde van de personen die een afspraak gemaakt heeft, heeft 2 dagen tot meer dan een week moeten wachten voordat een afspraak mogelijk was. Als we de patiënten bekijken die een afspraak gemaakt hebben, zien we dat 54,16% (13 op 24) graag online een afspraak zou kunnen maken.

Bij het bekijken van de wachttijden valt het op dat het 39% van de patiënten minder dan 15 minuten moet wachten voordat ze aan de beurt zijn na hun aankomst in de praktijk. De wachttijden voor de andere patiënten variëren van 15 minuten tot meer dan een uur. Gelukkig bevinden de antwoorden zich voornamelijk (63,04% of 29 op 46) in de groepen van minder dan 15 minuten tot 15-30 minuten. In de praktijk weten patiënten (28,88% of 13 op 45) ook dat ze bij sommige dokters in de praktijk langere wachttijden kunnen verwachten dan bij de andere dokters. De wachttijden bij vrije consultaties worden door 40% (18 op 45) als normaal ervaren en bij 31,11% (14 op 45) als te lang. Patiënten vinden het ook moeilijk om 's avonds, 's nachts of in het weekend een consultatie vast te leggen bij of een bezoek te krijgen van hun huisarts.

Grafiek 3: Verdeling van de wachttijden vanaf aankomst in de praktijk tot de consultatie

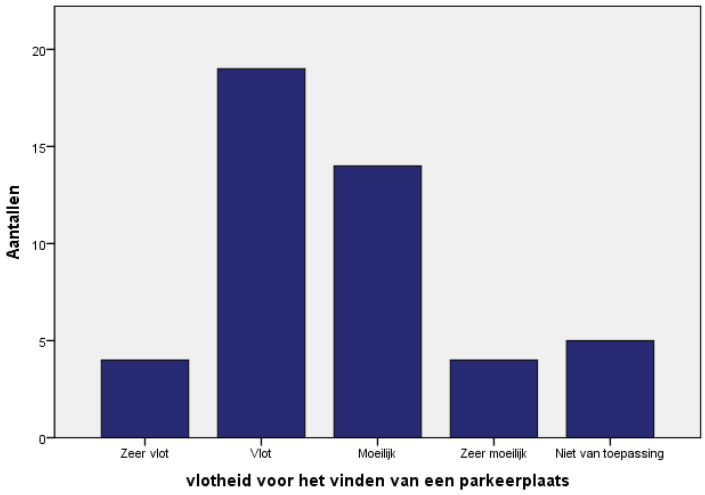


De artsen zijn ’s avonds telefonisch beschikbaar voor het vertellen van resultaten of voor eventuele vragen. Het merendeel van de patiënten (84,44%) vindt dat het telefonisch contact met de artsen meestal goed verloopt, dit betreft voornamelijk de bereikbaarheid van de artsen en ook het mondeling doorgeven van resultaten, de overige groep vindt het niet gemakkelijk om een arts telefonisch te kunnen spreken, voornamelijk naar bereikbaarheid van de artsen toe.

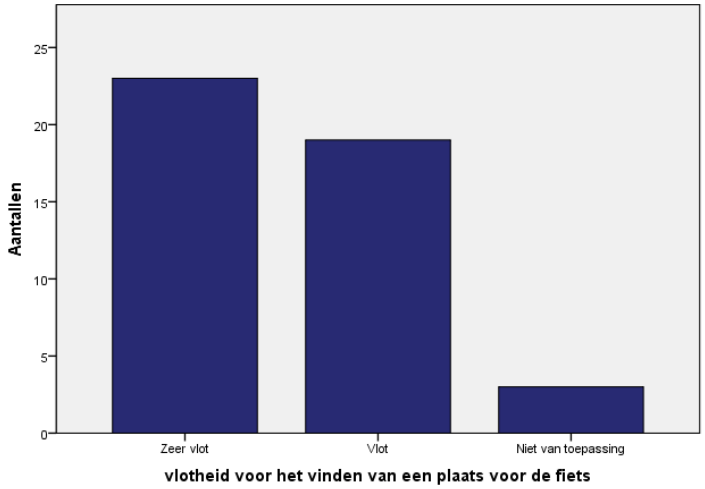
Als we bij patiënten polsen hoe ze liever de resultaten van onderzoeken of testen zouden vernemen, blijkt 66,67% akkoord te gaan met het telefonisch bespreken van de resultaten. Slechts een kleine groep (26,66% of 12 op 45) zou hiervoor liever op consultatie komen, met voorkeur voor een consultatie op afspraak. Daarnaast zou een zeer beperkte groep (6,67% of 3 op 45) liever een combinatie hebben van telefonisch doorgeven van de resultaten, maar daarmee gekoppeld ook een afspraak.

Het parkeren in de buurt van de praktijk vormt vooral een probleem voor patiënten die met de auto komen. Hierbij zien we dat 39,13% moeilijk tot zeer moeilijk een parkeerplaats vindt en dat de helft vlot tot zeer vlot een parkeerplaats vindt. In vergelijking hiermee vindt iedere patiënt die met de fiets komt, vlot tot zeer vlot een plaats voor de fiets.

Grafiek 4: Hoe vlot vind u een parkeerplaats voor uw auto in de buurt van de praktijk?



Grafiek 5: Hoe vlot vind u een plaats voor uw fiets als u met de fiets naar de praktijk komt?



Over een parkeerplaats voor mensen met een functiebeperking heeft de helft van de patiënten geen mening (44, 45% of 20 op 45). De andere helft (48,88% of 22 op 45) wenst dat er voor of in de buurt van de praktijk een parkeerplaats voor mensen met een handicap voorzien wordt. In dezelfde lijn vindt het merendeel (86,96% of 40 op 46) het ook belangrijk tot zeer belangrijk dat de praktijk toegankelijk is voor rolstoelgebruikers of voor jonge gezinnen met kinderen.

De beschikbare informatie in de wachtzaal en de manier waarop deze gepresenteerd wordt, wordt ervaren als neutraal tot interessant. Op de open vraag naar wat er beter kan in de wachtzaal, wordt vooral benadrukt dat deze aan de kleine kant is. Bovendien zouden sommige mensen graag zachte, aangename muziek in de wachtzaal horen.

Het is duidelijk dat de website meer gepromoot moet worden, want meer dan de helft van de patiënten hebben deze nog nooit bezocht. De mensen die de website reeds bezocht hebben, zijn grotendeels tevreden (64% of 16 op 25) over de informatie die ze daar terug kunnen vinden. Er is echter nog ruimte voor verbetering. De meeste mensen (87,5% of 35 op 40) zouden graag kunnen zien op de website wanneer een bepaalde dokter afwezig is.

In de praktijk staan er medicijnkoffertjes ter beschikking van de patiënten die ze kunnen gebruiken als ze op reis gaan. Dit gegeven blijkt echter niet bekend te zijn onder de patiënten: slechts één patiënt geeft aan te weten dat deze koffertjes voorhanden zijn. De antwoorden op de vragen die gesteld zijn over de koffertjes zijn daardoor niet relevant. De enquête heeft er wel voor gezorgd dat de patiënten die ze gelezen en/of ingevuld hebben, nu op de hoogte zijn van de beschikbaarheid van de koffertjes.

5.5 Specialistgerichte resultaten

Van de groep patiënten die de enquête ingevuld heeft, wordt gezien dat in de afgelopen 12 maanden 46,66% geen enkele keer een specialist raadpleegde, 37,77% één of twee keer en slechts een kleine minderheid meer dan drie keer een specialist geraadpleegd heeft.

Als we dezelfde groep bekijken op vlak van bezoek aan de spoedgevallendienst gedurende de laatste 12 maanden, dan zien we dat 84,87% nooit de spoedgevallen bezocht heeft en 13,04% een enkele keer. De patiënten die de spoedgevallendienst bezochten gaven aan dat ze dachten dat het een levensbedreigende situatie was of dat huisartsen hun gezondheidsprobleem niet konden behandelen. Verdere redenen zijn onbekend, doordat er niet door middel van een open vraag nagevraagd wordt welke andere redenen patiënten hiervoor hebben.

5.6 Probleemgerichte resultaten

De meerderheid van de ondervraagde patiënten zal zeker naar de huisarts gaan voor een snee in de vinger die moet gehecht worden, het verwijderen van een wrat, een routine gezondheidscontrole, maagpijn, bloed in de stoelgang, een verstuikte enkel, angst, seksuele problemen en advies in verband met welk ziekenhuis of welke specialist het beste kan gekozen worden voor een bepaalde behandeling. Hierbij zien we dat deze lijst, gebruikt in de enquête, uitgebreid en gevarieerd is.

Als er gekeken wordt naar stoppen met roken, denkt 39,53% van de patiënten dat ze hiervoor “waarschijnlijk wel” zouden aankloppen bij de huisarts. Slechts 27,90% is hier “zeker” van.

Aan de andere kant zien we dat de meerderheid van de patiënten “(waarschijnlijk) niet” naar hun huisarts zullen gaan als ze slechter zien (59,09% of 26 op 44), relatieproblemen hebben (46,67% of 21

op 45) of te kampen hebben met huiselijk geweld (40% of 18 op 45). Huisartsen beschouwen dit aspect van de hulpverlening echter ook als hun taak.

Voor patiënten is het “zeer belangrijk” dat hun huisarts opmerkt dat ze pijn in de borst voelen als ze lichaamsoefeningen doen (73,33% of 33 op 45), het bewustzijn verliezen (84,09% of 37 op 44) of flauwvallen en als ze langer dan één maand ernstige zorgen hebben (59,09% of 26 op 44). Het valt op dat 24,4% (11 op 45) van de ondervraagde patiënten pijn in de borst bij lichaamsoefeningen ook opgeeft als “nogal belangrijk”.

Als “nogal belangrijke” problemen wordt gewichtsverlies van meer dan twee kilo in een maand tijd zonder dieet, kortademigheid bij lichte inspanning of lichte werkzaamheden en hoofdpijn langer dan één dag vermeld. Buikpijn die langer dan één dag duurt wordt als een “beetje belangrijk” bestempeld.

De enquête legde aan de patiënten een aantal gezondheidsproblemen voor met de vraag of het volgens hen zou helpen indien ze hiermee naar de huisarts zouden gaan. Deze problemen, waarbij patiënten aangeven dat een consultatie zou helpen, omvatten maagproblemen, pijn in schouder en nek, nervositeit, diarree, keelpijn, hoofdpijn, vermoeidheid, griep en misselijkheid.

5.7 Financiële aspecten

Voor afspraken in de praktijk wordt €2 extra gerekend. 76% van de respondenten vindt dit geen probleem, minder dan 10% zegt dat het hen afschrikt om een afspraak te maken.

Hoewel bijna iedereen (91,30% of 42 op 46) een globaal medisch dossier (GMD) heeft, zijn er toch patiënten (43,48% of 20 op 46) die hun kennis over het GMD lager of gelijk aan 3 op 5 schatten. Het aanleggen van een GMD wordt vooral door de huisarts voorgesteld (81,40% of 35 op 43).

De “derde betaler”-regeling is amper gekend door de patiënten en wordt dan ook nooit toegepast. Sommigen (16,67%) denken ook dat ze niet in aanmerking komen voor de maatregel. Omdat de patiënten er nooit om vragen, wordt er eveneens negatief geantwoord op de vraag of de artsen dit ooit geweigerd hebben. Daardoor is deze vraag irrelevant.

Doordat de artsen aangesloten zijn bij de wachtdienst van Brugge, mogen ze vanaf 18u ’s avonds €4 extra aanrekenen (voor 01 februari 2013 was dit €3) die patiënten met een GMD volledig terugbetaald krijgen van hun ziekteverzekering. Deze maatregel is onvoldoende gekend bij de patiënten: 56,52% zegt er nog nooit van gehoord te hebben. Hierdoor weet meer dan de helft van de patiënten niet dat dit aangerekend wordt door de artsen.

5.8 Algemene opmerkingen

Op het einde van de enquête werd er via een open vraag nagegaan of er nog algemene opmerkingen waren.
Een aantal patiënten vermeldt dat bancontact nuttig zou zijn in de praktijk. Dat de wachtzaal te klein is, komt ook meermaals naar voren en ook de vraag naar betere ventilatie als het druk is.

Het gebruik van email voor het doorgeven van resultaten wordt ook aangeraden om het telefoonverkeer te verminderen. Hierbij moet echter opgelet worden dat het beroepsgeheim niet geschonden wordt.

Eén patiënt is ook bezorgd over de kasseien bij de fietsenrekken en het gevaar op het verstuiken van de enkel. Hierbij kwam het voorstel om deze te vervangen door vlakke tegels.

De praktijk krijgt hier en daar ook een blijk van appreciatie doordat patiënten zeggen dat ze tevreden zijn over de artsen en de werking van de praktijk. Eén patiënt gaf ook een uiting van dankbaarheid voor de informatie die ze via de enquête verkregen hebben, waar ze voordien nog niet van op de hoogte waren.

6. Discussie

Dit onderzoek heeft tot doel het polsen bij de patiënten hoe ze tegenover de veranderingen binnen de huisartsgeneeskunde en de opbouw van groepspraktijken staan. Hierbij wordt specifiek gekeken naar praktijk Vossensteert en wordt aan de hand van de resultaten van de enquête bepaald waar veranderingen mogelijk/noodzakelijk zijn. De veranderingen dienen om de praktijk en de werking aangenamer te maken voor zowel de patiënten als de artsen. De resultaten worden bekeken vanuit de visie van de praktijk.

De belangrijkste bevindingen handelen in de eerste plaats over het gebrek aan informatie voor en naar de patiënten toe. In verband met bepaalde onderdelen van de huisartsgeneeskunde, die voor de artsen als vanzelfsprekend zijn, blijkt de kennis van de respondenten onvoldoende te zijn. Zo is aan het licht gekomen dat patiënten niet weten dat ze voor persoonlijke problemen, stoppen met roken, huiselijk geweld en dergelijke meer, ook terecht kunnen bij hun huisarts. Op de tweede plaats komen bevindingen in verband met de praktische organisatie van de praktijk. Respondenten willen graag meer op afspraak komen en deze online kunnen vastleggen. De openingsuren van de praktijk worden aanzien als te beperkt. Indien één van de artsen afwezig is, zouden patiënten dit graag kunnen zien op de website. Dezelfde website is nog onvoldoende gekend bij de patiënten en zou, net zoals de wachtzaal, een bron van informatie kunnen zijn in verband met de wachtdienst, manieren om gezond te blijven, enz.

Door een gebrek aan studies op dit gebied, zal het zeer moeilijk zijn om de gevonden gegevens te toetsen aan bestaande studies. Er wordt voornamelijk vergeleken met de gezondheidsenquête[5] van België van 2008. De resultaten van de gezondheidsenquête van 2012 zijn nog niet gekend. Ook het RIZIV geeft een brochure “Performantie van de huisartsgeneeskunde”[6] uit, waarmee bepaalde resultaten uit dit onderzoek kunnen vergeleken worden.

De gezondheidsenquête[5] van België heeft verschillende doelen, waaronder het identificeren van gezondheidsproblemen; het beschrijven van de gezondheidstoestand en de gezondheidsbehoeften van de bevolking; het analyseren van sociale (on)gelijkheden in gezondheid en toegang tot de gezondheidsdiensten en het bestuderen van mogelijke trends in de gezondheidstoestand van de bevolking. Dit zorgt ervoor dat het een bruikbare studie is om te vergelijken met de kleine steekproef van dit onderzoek.

De brochure[6], die te vinden is op de website van het RIZIV[21], omvat de uitdagingen, de sterke en de zwakke punten van de huisartsgeneeskunde in België. Ze is bestemd voor de beleidsmakers en de huisartsen, zodat zij een standpunt kunnen innemen met betrekking tot die uitdagingen. De analyse bevestigt de centrale en doorslaggevende rol van de huisartsgeneeskunde binnen onze gezondheidszorg, alsook de grote tevredenheid van de bevolking en een goede toegankelijkheid. Ook de duurzaamheid van de huisartsgeneeskunde komt aan bod.

6.1 Patiënt gerelateerde resultaten

De belangrijkste resultaten uit de enquête tonen aan dat er dubbel zoveel vrouwen als mannen deelgenomen hebben aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd bedraagt 55 jaar, met de grootste groep respondenten tussen 47 en 62 jaar. De meesten zijn gepensioneerd of werken in dienstverband. Het opleidingsniveau is nagenoeg evenredig verdeeld onder basis-/lager onderwijs, hoger secundair en hoger dan secundair onderwijs. De lonen liggen, volgens de respondenten, rond het gemiddelde. Het merendeel van de patiënten (73,91%) beschouwt de eigen gezondheid als goed

ondanks 45,45% die aangeeft te lijden aan een langdurige ziekte. Niemand van de respondenten beschouwt zijn eigen gezondheid als slecht. 67,39% klopt eerst aan bij de arts die ze bezocht hadden voordat ze de enquête ingevuld hadden en 28,26% doet normaal gezien eerst beroep op een andere arts van dezelfde praktijk. Ongeveer de helft van de ondervraagden hebben al twee tot vier keer voor dit bezoek de huisarts geraadpleegd, terwijl een minderheid, vijf of meer keer of slechts eenmalig, de huisarts bezocht in de afgelopen zes maand. Patiënten bezoeken een huisarts voor het krijgen van een herhaalvoorschrift, bij ziekte of voor een medische controle. De respondenten stellen een bezoek aan de huisarts zelden uit. Indien het toch gebeurt, is dit vaak omdat de patiënten het te druk hebben of indien een arts in verlof is.

Als we de bovenstaande resultaten vergelijken met de resultaten van de gezondheidsenquête[5] van België van 2008, zien we dat in het Vlaams gewest 18% een slechte subjectieve gezondheid meldt. Hoewel de onderzochte praktijk slechts een beperkt deel van het Vlaamse gewest vertegenwoordigt, valt het op dat onder de ondervraagde patiënten niemand een slechte subjectieve gezondheid meldt. Dit heeft wellicht te maken met de beperkte steekproef en de exclusie van patiënten die niet zelf naar de praktijk komen, waardoor een “gezondere” populatie geselecteerd wordt.

In tegenstelling tot de gezondheidsenquête[5] vertoont de subjectieve gezondheidsbeoordeling in dit onderzoek geen grote verschillen tussen mannen (totaal 15) en vrouwen (totaal 31). De onderverdeling tussen mannen en vrouwen in deze studie is als volgt: zeer goed één man versus. drie vrouwen; goed 12 mannen versus 22 vrouwen; redelijk 2 mannen versus 6 vrouwen. Volgens de gezondheidsenquête is de subjectieve gezondheidsbeoordeling slechter bij vrouwen dan bij mannen. De leeftijdsafhankelijkheid van de subjectieve gezondheidsbeoordeling is in de huidige studie anders dan bij de gezondheidsenquête. De patiënten van de praktijk die hun gezondheid als redelijk bestempelen variëren in leeftijd van 30 tot 74 jaar. De gezondheidsenquête stelt dat de subjectieve gezondheid varieert in functie van de leeftijd, met andere woorden, hoe ouder de patiënten hoe slechter de subjectieve gezondheid. Mogelijk wordt dit resultaat wel vertekend door het feit dat enkel patiënten die zelf naar de praktijk kunnen komen, geïncludeerd zijn.

Zowel in de studie hier besproken, als in de gezondheidsenquête[5] wordt de gerapporteerde subjectieve gezondheid bekeken in functie van het opleidingsniveau. Het valt hierbij op dat patiënten die hoger secundair onderwijs gevolgd hebben, meer klagen over een “slechtere” subjectieve gezondheid in vergelijking met diegene die hogere studies behaald hebben. Echter bij het vergelijken tussen de patiënten met basis- of lager secundair onderwijs en patiënten met hoger secundair onderwijs, zien we dat deze vaststelling niet meer op gaat. Er wordt dus een verschil gezien tussen de resultaten van deze studie en de resultaten van de gezondheidsenquête[5].

Als we het uitstelgedrag omwille van financiële redenen bekijken, merken we op dat in de gezondheidsenquête[5] van 2008 West-Vlaanderen op dit aspect het laagste bevolkingspercentage (<2,5%) heeft dat verzorging omwille van die reden uitstelt. De huidige studie bevestigt deze vaststelling. De respondenten geven eerder tijdsdruk (2 op 4) dan financiële problemen (1 op 4) aan als reden om een bezoek uit te stellen.

6.2 Consultatie en dokter gerelateerde resultaten

De vragen in dit onderdeel handelden over verschillende aspecten die te maken hebben met de consultaties en de artsen. Er wordt een positieve beoordeling gegeven voor de beleefdheid van de arts, het oogcontact, het luisteren en de tijd die genomen wordt voor de patiënten. Daardoor zouden alle respondenten de arts aanraden aan familie of vrienden. Na de consultatie voelen patiënten zich beter opgewassen tegen hun gezondheidsprobleem. De ervaringen van de patiënten met de artsen

en de praktijk, brengen geen grote klachten aan het licht. Zowel voor de huisbezoeken als voor de consultaties kunnen patiënten voldoende kiezen welke dokter ze raadplegen en geven ze ook aan dat dit belangrijk is. Als negatief punt vinden de patiënten dat de arts niet polst naar eventuele andere problemen dan de aanmeldingsklacht. 43,18% weet niet dat ze eveneens bij de arts terecht kunnen voor persoonlijke problemen naast medische problemen. Het valt op dat 52,17% vermeldt dat er in de afgelopen 12 maand niet gesproken is over hoe je het beste gezond kan blijven en ook de chronische medicatie wordt niet regelmatig genoeg nagevraagd. Indien er verder gekeken wordt op vlak van medicatie, is het alarmerend dat sommige respondenten antwoorden dat er verkeerde medicatie of medicatie in een verkeerde dosis meegegeven is.

Het is belangrijk als arts om aandacht te besteden aan eventuele andere problemen dan het probleem waar de patiënt op de consultatie zelf mee komt. Verschillende patiënten hebben een verborgen agenda als ze op de raadpleging komen en verwachten dat een arts daar ook naar polst. Deze kwestie, het niet polsen naar de verborgen agenda van de patiënt, werd voorgelegd bij de artsen van de praktijk. Het antwoord luidde unaniem dat er vaak gepolst wordt naar andere problemen, maar misschien moet het explicieter gevraagd worden zodat het voor de patiënten duidelijk is, dat er op dat moment effectief gevraagd wordt naar hun verborgen agenda.
Zowel voor de patiënt als voor de arts is het handig dat de chronische medicatie die patiënten nemen, regelmatig samen overlopen wordt en eventueel aangevuld of aangepast wordt na consultaties bij de specialist of na opnames in het ziekenhuis. Bij patiënten die enkel op huisbezoek gezien worden, is het risico groter dat de laatst voorgeschreven medicatie en de chronische medicatie onvoldoende bijgehouden worden. Bij diegenen die naar de praktijk komen, zou de arts standaard, dit gebeurt echter nog onvoldoende, de chronische medicatie moeten bekijken en telkens opnieuw de oefening maken om te zien of er niets kan weggelaten of aangepast worden. De voorschriftmodule van het softwarepakket, Accrimed, geeft mogelijke interacties (met andere geneesmiddelen) aan. Zeker als je met vijf artsen in hetzelfde dossier werkt, is het van groot belang om de juiste medicatielijst van elke patiënt te hebben. Betreffende dit onderwerp zijn er al verschillende ManaMa-projecten geweest, waaronder de 'pillenbrief' van dr. Fremout Joni[22]. Dr. Vanneuville[23] wees erop dat regelmatig updaten van de medicatielijst in het medisch dossier en het invoeren van een medicatielijst voor de patiënten het gemiddeld aantal fouten bij medicatie-inname vermindert.

Een voorgaande studie uitgevoerd door dr. Cortvriendt[24], een collega uit de praktijk, handelend over de medicatielijsten in het elektronisch medisch dossier, namelijk "Implementatie van 3-maandelijkse controle van de medicatielijst met notitie van de controledatum in het Elektronisch Medisch Dossier", toonde al aan dat een universele herinneringsfunctie de huisartsen kan helpen om de medicatielijstcontroles vol te houden. Eveneens het meenemen van een laptop op huisbezoek, kan ervoor zorgen dat de medicatielijsten gecontroleerd worden en correct in het dossier vermeld staan. Enkele jaren later blijkt dit echter nog steeds een probleem dat verder aandacht vereist. Medicatielijsten die in orde blijken te zijn, kunnen er echter voor zorgen dat patiënten geen verkeerde medicatie of medicatie in verkeerde dosis voorgeschreven krijgen.

Hoewel de patiënten tevreden zijn over de manier waarop de artsen zich gedragen en hoe de consultaties verlopen, is het nodig om aandacht te besteden aan de medicatie en het navragen van andere problemen dan de aanmeldingsklacht. Deze problemen kunnen zeer uiteenlopend zijn en de patiënten moeten het gevoel krijgen dat ze bij de arts met verschillende problemen terecht kunnen, niet louter medisch gerichte problemen.

6.3 Praktijk gerelateerde resultaten

Dit onderdeel bevat wellicht de meeste mogelijkheden tot aanpassingen en veranderingen, mede doordat er vooral gepolst is naar praktijk gerelateerde kenmerken en problemen. 42% vindt dat de praktijk te beperkt open is. Bijna 40% van de patiënten weten niet hoe ze ’s avonds, ’s nachts en in het weekend doktershulp kunnen krijgen en vinden het op deze momenten ook moeilijk om een consultatie vast te leggen bij hun eigen huisarts. De antwoorden met betrekking tot het secretariaat zijn overheersend positief. Meer dan de helft van de patiënten zou graag de mogelijkheid hebben om meer op afspraak te komen en zou die graag online kunnen maken. Nochtans wordt gezien dat de gemiddelde wachttijd bij de vrije consultaties tussen 15 tot 30 min ligt. Dit wordt door 40% als normaal ervaren en bij 31,11% als te lang. Het telefonisch bespreken van de resultaten wordt door veel patiënten aanvaard. Slechts een beperkte groep zou hiervoor liever op consultatie komen eventueel gecombineerd met het vooraf telefonisch doorgeven van de resultaten. Parkeren in de buurt van de praktijk vormt een probleem. De ene helft van de mensen hebben geen mening indien het gaat over het voorzien van een parkeerplaats voor personen met een functiebeperking, maar de andere helft zou dit graag hebben. In dezelfde lijn vindt het merendeel het ook (zeer) belangrijk dat de praktijk toegankelijk is voor rolstoelgebruikers of jonge gezinnen met kinderen. De wachtzaal wordt als klein aanzien met informatie die neutraal tot interessant is. De website is onvoldoende gekend aangezien meer dan de helft deze nog nooit heeft bezocht. Graag zouden de respondenten op de website zien wanneer welke arts afwezig is. De medicijnkoffertjes zijn onvoldoende gekend, waardoor de vragen hieromtrent irrelevant zijn. Het toont wel aan dat patiënten beter dienen geïnformeerd te worden in verband met de diensten die aangeboden worden in deze praktijk.

Zoals hierboven vermeld, blijkt uit de enquête dat patiënten vinden dat de openingsuren van de praktijk te beperkt zijn. Dit kan te maken hebben met het feit dat de praktijk verdeeld is over twee vestigingen waar er telkens één of twee artsen aanwezig zijn gedurende de vrije consultaties, zowel ’s morgens als ’s avonds. Doordat er telkens drie tot vier van de vijf artsen vaste consultatie-uren hebben, verschuiven de huisbezoeken vaak naar de namiddag. Op die manier zijn in de namiddag zelden consultaties gepland. Dit wordt echter gedeeltelijk opgevangen doordat er ook mogelijkheden geboden worden om op afspraak te komen en ’s middags is er telkens een arts telefonisch beschikbaar voor dringende huisbezoeken of dringende raadplegingen. Voor de artsen moet er natuurlijk ook tijd voorzien worden voor de huisbezoeken en de administratie die bij de baan komt kijken. Eventueel kan gekeken worden naar de uurroosters van praktijken in de buurt en in overleg met de artsen kan er gekeken worden of er eventuele aanpassingen mogelijk zijn. De consultatieruimten worden nog niet ten volle benut, dus praktisch gezien zijn er zeker mogelijkheden om dit aan te passen. De tijd die nodig is voor huisbezoeken en administratieve taken kan een verdere uitbreiding van de openingsuren bemoeilijken.

Hieraan kan ook gekoppeld worden dat meer patiënten liever op afspraak willen komen. In vergelijking met enkele jaren geleden, is er reeds een tendens van de huisartsen, die vooral naar voren komt in gesprekken met collega huisartsen, om meer op afspraak te werken. Het is noodzakelijk dat de artsen samen dit aspect bekijken en eventuele aanpassingen doen die passen bij de prioriteiten van de artsen.

In de zelfde lijn hiermee, zouden meer patiënten ook online afspraken willen maken. Er zijn al een aantal ManaMa-projecten geweest die handelen over de telefoonbelasting die kan verminderd worden door de mogelijkheid om online afspraken vast te leggen, vb. “Introductie van een online afsprakensysteem in de huisartspraktijk: invloed op de telefoonbelasting in een groepspraktijk” door dr. Taverniers Filiep[25]. Het kan het secretariaat telefoons besparen en ook de patiënten moeten niet onnodig bellen of terugbellen om een afspraak te krijgen. Een online afsprakensysteem zou

verschillende voordelen bieden, waaronder meer tijd voor het secretariaat om andere taken te volbrengen en de mogelijkheid voor de artsen om altijd en overal de agenda te kunnen raadplegen. Hieraan gekoppeld kunnen patiënten eveneens zien welke arts afwezig is. Betreffende online afspraken zijn er al enkele vergaderingen gepland met een aantal bedrijven die zich hierin gespecialiseerd hebben.

Een parkeerplaats voor gehandicapten in de buurt van de praktijk lijkt voor een groot deel van de patiënten belangrijk te zijn. Om dit eventueel te verwezenlijken, is communicatie met de plaatselijke politie of de stadsdiensten noodzakelijk.

Het merendeel van de patiënten vindt het belangrijk dat de praktijken aangepast zijn voor personen met een beperking en voor gezinnen met kinderen. Het Centrum voor gelijkheid van kansen en racismebestrijding bracht in 2009 de brochure[26] "Redelijke aanpassingen voor personen met een handicap in de gezondheidzorg. Praktische tips voor medisch en verzorgend personeel" uit in verband met de toegankelijkheid voor rolstoelgebruikers en gezinnen met jonge kinderen. Daarin staan redelijke aanpassingen voor verschillende domeinen van het sociaal leven, waaronder ook de gezondheidszorg. Op basis van deze brochure, die bedoeld is voor de gezondheidszorg in het algemeen, met andere woorden niet specifiek voor huisartsenpraktijken, kunnen de beide praktijken onder de loep genomen worden en op die manier kunnen knelpunten aan het licht gebracht worden, vb. een hellend vlak voor de deur van de praktijk in Sint-Jozef, hulp aangeboden door het secretariaat, voldoende brede doorgangen. Dit kan een probleem vormen in de consultatieruimten van de vestiging in Sint-Jozef. Ook de vzw Enter[27] heeft in samenwerking met het Vlaams expertisecentrum toegankelijkheid een wenkenblad uitgebracht om de toegankelijkheid van medische praktijken te verhogen. Hierin worden tips gegeven om een praktijk bereikbaar en bruikbaar te maken voor iedereen, zoals vb. de balie van het secretariaat die moet aangepast zijn om zowel staande als zittende mensen te helpen.

De wachtzaal is duidelijk een knelpunt zowel op vlak van grootte, ventilatie, muziek als qua informatie. Aan de grootte kan er moeilijk iets veranderd worden, dit is praktisch gezien niet mogelijk. Naar ventilatie van de wachtzaal op drukke momenten, kan het secretariaat optreden door een raam te openen of eventueel de aanwezige ventilatie in werking te stellen. Op warme dagen kan de deur van de wachtzaal ook open gezet worden op de ogenblikken dat er geen raadplegingen zijn. Indien de artsen meer op afspraak zouden werken, zou er een grotere spreiding van patiënten mogelijk kunnen zijn en de wachttijden zouden ook verminderen. Dit is een mogelijke oplossing voor het probleem van een te kleine wachtzaal. Naar informatie toe, kunnen er nog veel aanpassingen gebeuren, vb. een beeldscherm waarop informatie via een presentatie continu afspeelt of aanpassing van de posters en brochures die aanwezig zijn in de wachtzaal.

Een groot deel van de resultaten toont aan dat er een tekort aan informatie voor de patiënten is. Zo moet er zeker werk gemaakt worden van het promoten van de website, met eventuele aanpassingen van de website met het vermelden van welke arts wanneer afwezig is en eventueel ook met het aanvullen met de mogelijkheid tot online afspraken maken. Slechts een kleine groep respondenten heeft de website al bezocht en het merendeel van de respondenten geeft ook aan graag op de website te kunnen zien wanneer een arts afwezig is. Voor de praktijk zou het nuttig zijn, moest iemand van de artsen of het personeel zelf in staat zijn om simpele aanpassingen aan de website te kunnen doen.

Niet alleen de website verdient meer aandacht, ook de mogelijkheid tot het ontlenen van een medicijnkoffertje waarin de nodige medicatie zit om op reis te gaan, is onvoldoende gekend bij de

patiënten. Er zijn in het totaal een 8-tal koffertjes ter beschikking, die de patiënten kunnen ontlenen voor een waarborg van €25. De waarborg wordt integraal teruggegeven indien geen medicatie uit het koffertje gebruikt werd. Hieraan gekoppeld, lijkt het ook nuttig om te vermelden dat patiënten bij de huisarts terecht kunnen voor reisadvies. Dit behoort tot de één van de taken van de huisarts die door patiënten vaak over het hoofd gezien worden.

In de praktijk zijn er brochures en stickers van de huisartsenwachtpost/wachtdienst Brugge aanwezig op de toonbank van het secretariaat, eveneens op de website van de praktijk kan men het telefoonnummer van de wachtdienst terugvinden. Desondanks weten veel patiënten niet hoe ze 's avonds, 's nachts of in het weekend een dokter kunnen raadplegen. Eventueel kan er in de wachtzaal een grote poster gehangen worden over de huisartsenwachtpost. Het zou ook nuttig zijn, moest er vanuit de wachtpost zelf een informatiecampagne naar de patiënten toe georganiseerd worden.

6.4 Specialistgerichte resultaten

De patiënten in de praktijk geven aan dat 46,66% geen specialist geraadpleegd heeft in de afgelopen 12 maand. Slechts 37,77% heeft één of twee keer een specialist geraadpleegd. Binnen dezelfde populatie heeft 84,87% nooit de spoedgevallendienst bezocht in de laatste 12 maand. De 13,04% die de spoedgevallendienst wel eenmalig bezocht, dacht dat het een levensbedreigende situatie was of een gezondheidsprobleem die de huisarts niet kan behandelen.

De resultaten van het Performantie rapport[6] van het RIZIV handelen, onder andere, hierover. Als we ze bekijken, merken we dat de contacten met de huisartsen het frequentst voorkomen in vergelijking met de contacten met een specialist. De combinatie van raadplegingen bij huisartsen en specialisten komt ook vaak voor. Dit blijkt eveneens bij de ondervraagde patiëntenpopulatie, waarbij iets meer dan de helft van de patiënten vermeldt voor zichzelf een specialist (24 op 45) geraadpleegd te hebben en een beperkt deel de spoeddienst (7 op 46) in de afgelopen 12 maand. Hierdoor kunnen we voorzichtig besluiten dat de respondenten geen misbruik maken van de spoedgevallendiensten. Er moet natuurlijk rekening gehouden worden met de beperkte steekproef.

De patiënten ondervinden geen problemen als het aankomt op het verkrijgen van resultaten of verslagen van specialisten en zij antwoorden bevestigend dat hun huisartsen van alles op de hoogte gehouden wordt als patiënten een specialist geconsulteerd hebben voor een behandeling of onderzoek. Een frequent gerapporteerd probleem in de onderzochte praktijk is dat af en toe specialisten of diensten in het ziekenhuis het nalaten om een verslag naar de huisarts te sturen. Een mogelijke remedie bestaat er in om regelmatig de verslagen, die blijken te ontbreken in het dossier van de patiënt, op te vragen bij de desbetreffende specialist en dienst in het ziekenhuis. Om er voor te zorgen dat patiënten de indruk blijven behouden dat de communicatie tussen de specialisten en de huisartsen zonder problemen verloopt, is het nodig dat de huisartsen de nodige inspanningen leveren om actief de ontbrekende verslagen te gaan opvragen. Eventueel kan een verder onderzoek naar deze materie in praktijk Vossensteert, of zelf uitgebreid naar verschillende praktijken in Brugge, een duidelijk beeld schetsen van de problematiek betreffende de communicatie tussen huisartsen en specialisten.

6.5 Probleemgerichte resultaten

Er werden aan de patiënten een aantal gezondheidsproblemen voorgelegd met de vraag of ze hiervoor naar de huisarts zouden gaan en of het volgens hen zou helpen als ze dit zouden doen. In verband met stoppen met roken denkt 27,90% dat ze hiermee "zeker" naar de huisarts zouden gaan, 39,53% "waarschijnlijk" ook. Een meerderheid zou "(waarschijnlijk) niet" naar hun huisarts gaan bij slechter zien, relatieproblemen of huiselijk geweld. Pijn in de borst bij lichaamsoefeningen,

bewustzijn verliezen, flauwvallen of langer dan één maand ernstige zorgen hebben, moet, volgens de patiënten, de huisarts opvallen. Eerder “nogal belangrijk” geldt voor gewichtsverlies van meer dan twee kilo in een maand tijd zonder dieet, kortademigheid bij lichte inspanning en hoofdpijn langer dan één dag. Hier komt terug aan bod dat patiënten vinden dat de huisartsen van de praktijk te weinig spreken over hoe patiënten gezond kunnen worden.

De ondervraagde patiënten geven aan dat ze niet weten dat ze bij de artsen ook terecht kunnen met persoonlijke problemen die op het eerste zicht niets te maken hebben met medische problemen. Een mogelijkheid om dit probleem op te lossen kan bestaan uit een informatiecampagne in de praktijk betreffende onderwerpen die op het eerste zicht, volgens de patiënten, misschien niet door de huisarts behandeld worden. Deze onderwerpen omvatten onder andere huiselijk geweld, stoppen met roken, gezondere levensstijl, persoonlijke problemen en gynaecologisch onderzoek. Bijlage 3 geeft een voorbeeld van een poster voor de wachtzaal gemaakt door mijzelf op basis van de vragen uit de enquête en besprekingen met de artsen.

Veel patiënten oordelen ook dat er te weinig gesproken wordt over hoe ze gezond kunnen blijven. Praten over hoe patiënten gezond kunnen blijven, maakt deel uit van het preventiebeleid van een praktijk. Dit toont aan dat het preventiebeleid onder handen moet genomen worden. Om een goede strategie te bedenken om dit probleem aan te pakken, is het noodzakelijk dat de artsen van de praktijk samen brainstormen. Louter informatie geven op de website of in de wachtzaal zal wellicht niet het gewenste effect hebben. Een mogelijke verbetering zou eruit bestaan bij bepaalde chronische aandoeningen, waaronder hypercholesterolemie en diabetes patiënten, brieven mee te geven. De website van het Nederlands Huisartsen genootschap (NHG)[28] geeft hiervan enkele goede voorbeelden.

6.6 Financiële aspecten

76% van de respondenten vindt het geen probleem dat er voor afspraken €2 extra aangerekend wordt. 8% geeft toe dat het hen afschrikt om een afspraak te maken. De overige respondenten (16%) heeft hieromtrent geen mening. Bijna iedereen (91,30%) heeft een globaal medisch dossier, maar de kennis in verband met wat het globaal medisch dossier inhoudt, wordt laag geschat. De “derde betalers”-regeling is amper gekend door de patiënten en wordt dan ook nooit toegepast bij de respondenten. De maatregel, die stelt dat artsen die aangesloten zijn bij een wachtdienst, na 18u €4 extra mogen aanrekenen, blijkt ongekend. 56,42% van de respondenten zegt er nog nooit van gehoord te hebben.

Ondanks dat de tarieven vermeld staan op de website, weten patiënten niet dat ze na 18u €4 extra moeten betalen omdat de dokters van de praktijk deel uitmaken van de wachtdienst van Brugge. Tijdens de consultaties hebben de dokters al opgemerkt dat patiënten die doorgaans enkel ’s morgens op consultatie komen, vaak de vraag stellen of de tarieven terug opgeslagen zijn, indien ze uitzonderlijk eens ’s avonds op consultatie komen. Indien er een elektronisch informatiescherm in de wachtzaal gehangen wordt, kunnen ook de tarieven onderdeel worden van de presentatie.

6.7 Algemene opmerkingen

Op het einde van de enquête werd er via een open vraag nagegaan of er nog algemene opmerkingen waren.

Er werd in de enquête door een aantal (2) patiënten aangehaald dat het nuttig zou zijn om over bancontact te beschikken, eveneens in de consultaties komt de vraag naar bancontact vaak aan bod. Ondertussen is er sinds november 2012 effectief bancontact aanwezig in de vestiging van de praktijk

te Sint-Kruis. Daar is in de afgelopen maanden het gebruik ervan enorm toegenomen en de patiënten reageren zeer tevreden op deze verandering. De patiënten vragen dan ook tijdens de consultaties wanneer bancontact zal beschikbaar zijn in de andere vestiging. Ondertussen is de beslissing al genomen dat er een proefproject zal volgen met bancontact in de vestiging in Sint-Jozef.

6.8 Beperkingen van de studie

6.8.1 Selectiebias

De grootste beperking van de studie is zonder twijfel de beperkte grootte van de steekproef. Dit is waarschijnlijk te verklaren door de uitgebreidheid van de enquête. Volgens bepaalde respondenten duurde het gemiddeld 20 minuten om de volledige enquête te doorlopen en in te vullen. Dit zou eventueel in een verder stadium kunnen aangepakt worden door de enquête op te splitsen volgens de hierboven gebruikte onderverdeling en op die manier systematisch de verschillende onderdelen bij de patiënten na te vragen en aan te passen waar nodig en mogelijk. De selectiebias zou ook kunnen beperkt worden door de patiënten regelmatig herinneringen te sturen om hen aan te moedigen de enquête in te vullen en terug te bezorgen.

Dit onderzoek handelt enkel over de vestiging van praktijk Vossensteert in Sint-kruis dat op zich al een beperking en selectie inhoudt. De patiënten mogen enkel deelnemen als ze zelf naar de praktijk komen. Tijdens huisbezoeken worden geen enquêtes uitgedeeld omdat de patiënten in staat moeten zijn om alle vragen te beantwoorden. De enquête bevat ook specifieke vragen over wachttijden voor de consultaties, parkeergelegenheid, toegankelijkheid voor jonge gezinnen en mensen met een beperking,…

De verschillende artsen in de praktijk hebben, afhankelijk van hun eigen aanpak en karakter een bepaalde populatie patiënten. Het uitdelen van de enquêtes is mogelijk niet gelijkmatig gebeurd door de vijf artsen. De ene arts deelde de enquête systematischer uit dan de andere arts. Diegene die de studie opgestart heeft, maakt ook deel uit van de artsen, waardoor de respondenten vermoedelijk meer bestaan uit een bepaalde populatie patiënten. Dit kan op zijn beurt de resultaten van de enquête beïnvloeden.

Indien het onderzoek opgebouwd wordt aan de hand van enquêtes, is er altijd het risico dat enkel mensen die met plezier een enquête invullen of hier voldoende tijd voor hebben, dit ook daadwerkelijk zullen doen. Dit kan op zich ook een selectie van een bepaalde populatie uitlokken.

6.8.2 Bias bij dataverwerking

De resultaten werden ingegeven en verwerkt door dezelfde persoon die ook de enquêtes opgesteld heeft en dus de onderzoeker van deze studie is. Het had een meerwaarde kunnen zijn voor de studie als de resultaten ingegeven, verwerkt en eventueel geïnterpreteerd werden door een onafhankelijke persoon.

7. Besluit

7.1 Algemene conclusie

De opzet van de studie vertrok vanuit de volgende vragen:
Wat kan er verbeteren in praktijk Vossensteert? Waar moeten we als artsen van de 21ste eeuw aandacht aan besteden? Hoe zijn we in de omgang met onze patiënten? Zijn er onderwerpen die meer aandacht verdienen? Als algemene vraag kan men stellen: “Hoe kunnen we de toegankelijkheid van de praktijk op verschillende vlakken verbeteren?”

Het belangrijkste opzet van de studie, namelijk een antwoord krijgen op hoe we de toegankelijkheid van de praktijk, meer specifiek Praktijk Vossensteert, kunnen verbeteren, is geslaagd: de praktijk weet nu waar de knelpunten liggen en wat er toe is aan verandering. Sterk samengevat kan geconcludeerd worden dat de knelpunten zich bevinden op vlak van de praktische organisatie van de praktijk, informatie overbrengen naar de patiënt toe en moderniseren op vlak van de website en de wachtzaal.
Uit de studie kunnen een aantal mogelijke verbeteringen volgen, de artsen van de praktijk hebben nu de mogelijkheid om deze verbeteringen door te voeren, rekening houdend met hun eigen prioriteiten en de praktische haalbaarheid.

Er komen ook een aantal positieve punten van de praktijk naar voren, waaronder patiënten die tevreden zijn met de werking van de praktijk zoals hij is en niets zouden veranderen. Ook het feit dat de ondervraagden zelden een bezoek aan de artsen uitstellen mag als positief bestempeld worden.

7.2 Aanbevelingen naar de toekomst toe

Er zijn nog veel aanpassingen mogelijk op het vlak van communicatie naar de patiënten toe. De nodige informatie moet op een correcte en aantrekkelijke manier overgebracht worden naar de patiënten. Ook tijdens de consultaties, wanneer de artsen de patiënten voor zich hebben, kan de communicatie op bepaalde vlakken verbeterd worden. Zo moet chronische medicatie duidelijk nagevraagd worden, net als het navragen van andere problemen dan het probleem waarvoor de patiënt zich op dit moment aanbiedt. Het is ook de taak van de artsen om de patiënten duidelijk te maken voor welke problemen of vragen ze bij de artsen terecht kunnen. Hierdoor zouden meer patiënten weten dat ze met persoonlijke problemen, huiselijk geweld of stoppen met roken ook bij de huisarts terecht kunnen.

Er is duidelijk nood aan het uitbreiden en optimaliseren van de website met het inbouwen van een online afsprakensysteem, dit omdat meer patiënten op afspraak willen komen. Ook is er een grote wens van de patiënten uit, om te kunnen zien welke arts wanneer afwezig is, zodat ze hun bezoek aan de praktijk voor een bepaalde dokter beter kunnen organiseren.

Qua infrastructuur en organisatie zijn er vragen naar verandering gesignaleerd. Sommige hiervan zijn moeilijk te verwezenlijken, zoals het vergroten van de wachtzaal; het uitbreiden van de openingsuren; meer parkeerplaatsen voorzien en dergelijke, echter voor de gehandicaptenparking is het noodzakelijk om informatie in te winnen bij de bevoegde diensten.

7.3 Suggesties voor verder onderzoek

Hoewel er een mooie spreiding is op vlak van leeftijd, zou het nuttig kunnen zijn om meer jonge ouders aan het woord te laten of ouderen die moeilijk te been zijn. Bepaalde groepen patiënten kunnen meer belang hechten aan aspecten van de praktijk die voor een andere groep minder of totaal niet belangrijk zijn. Als huisarts behandel je iedereen, personen van verschillende leeftijden, met verschillende noden, met elk hun eigen karakter,.. Het is belangrijk dat een praktijk ook open staat en toegankelijk is voor iedereen. Met dit in het achterhoofd, zou verder onderzoek naar bepaalde doelgroepen nuttig kunnen zijn.

Sterkere conclusies zouden mogelijk zijn indien er een grotere populatie zou kunnen bereikt worden met de enquête. Het kan de patiënten ook aanzetten om spontaan, tijdens consultaties en op huisbezoeken, te vermelden wat ze goed en minder goed vinden.

Specifiek voor praktijk Vossensteert zou het nuttig kunnen zijn om hetzelfde onderzoek te herhalen bij patiënten die voornamelijk naar de vestiging in Sint-Jozef gaan. Het zou ervoor kunnen zorgen dat de toegankelijkheid van de beide praktijken verhoogd.

8. Referenties

1. Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Artsen. De financiële aspecten, de activiteiten en het aanbod van artsen in België. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study01/pdf/study01.pdf

2. Schroé L.; et al. De organisatie van de eerstelijnszorg in Denemarken. Een kwalitatief beschrijvend onderzoek. Huisarts Nu. december 2011; 40(10): 425- 428.

3. Schäfer W, et al. QUALICOPC, a Multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. BMC Family Practice 2011, 12:115.

4. http://www.nivel.nl/

5. Tafforeau Jean. Gezondheidsenquête België 2008: Subjectieve gezondheid. P54-68. Beschikbaar via: https://www.wiv-isp.be/epidemio/epinl/crospnl/hisnl/his08nl/3.subjectieve%20gezondheid.pdf . Geraadpleegd op januari 2013.

6. Meeus P, Van Aubel X. Performantie van de huisartsgeneeskunde, Een check-up. Health Services Research (HSR). Brussel: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). 2012. D/2012/0401/12

7. Jabaaij L., Lammert, Hingstman. Huisartsenzorg in cijfers. Alleen is maar alleen: huisartsen steeds vaker samen. Huisarts en Wetenschap, jaargang 2007, nummer 5: 185-185.

8. Krucien N., Le Vaillant M., Pelletier-Fleury N. Do the organizational reforms of general practice care meet users' concerns? The contribution of the Delphi Method. Blackwell Publishing Ltd Health Expectations, 16, pp. 3-13.

9. Kontopantelis E, et al. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. BMC Family Practice 2010; 11:61. (eveneens beschikbaar via: http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/61)

10. Auteur onbekend. NPCF eist betere bereikbaarheid huisartsen; 17 mei 2011. Beschikbaar via: http://www.npcf.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=3348:npcf-eist-betere-bereikbaarheid-huisartsen&catid=2:nieuws&Itemid=26 Geraadpleegd op 2011 december 27.

11. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. International Journal for Quality in Health care 2000; Volume 12, number 2: pp. 143-147.

12. Sohrabi M-R and Albalushi R.M. Clients' satisfaction with primary health care in Tehran: A cross-sectional study on Iranian Health Centers. Journal of Research in Medical Sciences. 2011; 16(6): 756-762.

13. Aldana J M, Piechulek H, Al-Sabir A. Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79: 512–517.

14. Patro B K, et al. Community Perception and Client Satisfaction about the Primary Health Care Services in an Urban Resettlement Colony of New Delhi. Indian J Community Med. 2008 October; 33(4): 250–254.

15. Meuwissen L.E., de Bakker D.H. Onderzoek 'Consumer quality'- index 'Huisartsenzorg' meet patiëntenervaringen en vergelijkt huisartspraktijken. Nederlands tijdschrift geneeskunde 2009; 153:A180

16. Kringos D.S.; et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators.

17. Gareth Lacobucci. Patients are more satisfied with their own GP then with out of hours care, survey shows. BMJ 2012; 345: e8512.

18. Lovett A, Haynes R, Sünnenberg G, Gale Susan. Car travel time and accessibility by bus to general practitioner services: a study using patient registers and GIS. Social Science & Medicine 2002, 55: 97-111.

19. Wensing M., et al. EUROPEP 2006. Revised Europep instrument and user manual. http://www.topaseurope.eu/files/Europep%202006rapport_0.pdf

20. IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.

21. http://www.riziv.be/information/nl/studies/study59/index.htm

22. Fremout J. De pillenbrief, of hoe de registratie en kennis van chronische medicatie optimaliseren. Beschikbaar via: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/%7B69d65825-15d2-14b8-25a5-d041c19dceb8%7D_Fremout-Joni.pdf . Geraadpleegd januari 2013.

23. Vanneuville A. Verbeteren van de medicatie-inname bij de chronische, bejaarde patiënt die door de huisarts bezocht wordt. Beschikbaar via: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/%7Bb0b4842b-cd68-9ab9-e604-c2d1242b2322%7D_Vanneuville-Anneleen.pdf . Geraadpleegd januari 2013.

24. Cortvriendt M. Implementatie van 3-maandelijkse controle van de medicatielijst met notitie van de controledatum in het Elektronisch Medisch Dossier. Beschikbaar via: http://www.icho-

info.be/masterproefpdf/%7Be9459829-502a-e408-4197-5539adbb9b46%7D_Cortvriendt-Mathias.pdf . Geraadpleegd januari 2013.

25. Taverniers F. Introductie van een online afsprakensysteem in de huisartspraktijk: invloed op de telefoonbelasting in een groepspraktijk. Beschikbaar via: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B1dc67c5e-2938-f026-be70-8b24c8f266a2%7D_Taverniers-Filiep-scriptie.pdf. Geraadpleegd januari 2013.

26. Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding. Redelijke aanpassingen voor personen met een handicap in de gezondheidszorg. Praktische tips voor medisch en verzorgend personeel. December 2009. Beschikbaar via: http://www.diversiteit.be/?action=publicatie_detail&id=113&thema=17&select_page=216 . Geraadpleegd januari 2013.

27. Enter vzw. Toegankelijkheid van medische praktijken. Beschikbaar via: http://www.entervzw.be/sites/default/files/toegankelijkheid_medische_praktijken.pdf . Geraadpleegd maart 2013.

28. http://www.nhg.org/

Meer bepaald: http://www.nhg.org/thema/patientenvoorlichting

Bijlages

Bijlage 1: De Enquête

Beste,

Dank u voor de bereidwilligheid om deel te nemen aan dit onderzoek!

Deze enquête is volledig anoniem.
Uw mening is voor ons erg belangrijk. Aan de hand van uw wensen en noden kunnen wij onze praktijk regelmatig aanpassen en vernieuwen. Zo hopen wij u in de toekomst nog beter van dienst te zijn.

Daarom vragen wij 25 minuten van uw tijd om deze enquête in te vullen. Daarin polsen wij naar uw ervaringen met de toegankelijkheid van onze praktijk. (Zo gaan we bijvoorbeeld dieper in op uw mening over onze bereikbaarheid, uw oordeel over de wachtzaal, etc.)

U kunt dit online doen via de website (www.thesistools.com/web/?id=286042) of aan de hand van dit papieren exemplaar.

Indien u problemen ondervindt, aarzel niet om ons te contacteren via *praktijk.vossensteert@telenet.be*

Graag ontvangen wij alle exemplaren terug op de praktijk vóór 30 september 2012.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Julie Bakelandt
Praktijk Vossensteert
Vossensteert 180
8310 Sint-Kruis

Start

1) Hoe beschrijft u uw gezondheid in het algemeen? *

- Zeer goed
- Goed
- Redelijk
- Slecht

2) Heeft u een langdurige ziekte of aandoening zoals hoge bloeddruk, suikerziekte, depressie, astma, schildklierlijden of een andere langdurige aandoening?

- Ja
- Nee

3) Heeft u een eigen (huis)arts waar u meestal eerst naartoe gaat als u een gezondheidsprobleem heeft? *

- Ja, de dokter die ik zojuist heb bezocht
- Ja, maar een andere dokter in deze praktijk of dit centrum
- Ja, maar een andere dokter elders
- Nee, ik heb geen eigen (huis)arts

4) Hoe vaak heeft u gedurende de afgelopen 6 maanden een huisarts geraadpleegd of bezocht (deze huisarts of een andere)? *

☐ Dit was de eerste keer in de afgelopen 6 maanden

☐ Vóór dit bezoek één keer eerder

☐ 2 tot 4 keer vóór dit bezoek

☐ 5 keer of vaker vóór dit bezoek

☐ Dat weet ik niet

5) Wat was de belangrijkste reden voor uw bezoek vandaag aan deze huisarts? (Meer dan één antwoord mogelijk)

☐ Omdat u ziek was of u niet goed voelde

☐ Voor een medische controle

☐ Om een herhaalvoorschrift te krijgen

☐ Om doorverwezen te worden

☐ Voor een geneeskundige verklaring

☐ Voor een second opinion (de mening van een tweede arts over iets waarvoor u eerder bij een andere arts ging)

☐ Andere reden

6) Denk aan de consultatie van daarnet. Bent u het eens met de volgende uitspraken:

	Ja	Nee
1. De dokter had mijn medisch dossier bij de hand	☐	☐
2. De dokter was beleefd	☐	☐
3. De dokter luisterde goed naar me	☐	☐
4. De dokter keek me nauwelijks aan tijdens het gesprek	☐	☐
5. De dokter stelde me vragen over mijn gezondheidsprobleem	☐	☐
6. Ik begreep niet goed wat de dokter probeerde uit te leggen	☐	☐
7. De dokter nam voldoende tijd	☐	☐
8. De dokter betrok me bij het nemen van beslissingen over de behandeling	☐	☐
9. Ik zou deze dokter aan een vriend of familielid aanraden	☐	☐
10. De dokter vroeg naar eventuele andere problemen naast het probleem waar ik voor kwam	☐	☐

7) Denk aan de dokter die u vandaag heeft bezocht. Bent u het eens met de volgende uitspraken:

	Ja	Nee	Weet ik niet
1. Hij/zij kent de belangrijke informatie over mijn medische achtergrond	☐	☐	☐
2. Hij/ zij is op de hoogte van mij thuissituatie	☐	☐	☐
3. Deze dokter helpt niet alleen met medische problemen, maar kan ook helpen met persoonlijke problemen en zorgen.	☐	☐	☐
4. Na dit bezoek voel ik me beter opgewassen tegen mijn gezondheidsprobleem/ziekte dan ervoor	☐	☐	☐

8) Heeft gedurende de afgelopen 12 maanden een dokter uit deze praktijk met u gesproken over hoe u het beste gezond kunt blijven? (bv. over gezond eten, alcohol of roken) *

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Dat weet ik niet

9) Heeft gedurende de afgelopen 2 jaar een huisarts uit deze praktijk u ooit gevraagd welke medicijnen u allemaal gebruikt (ook die door andere dokters zijn voorgeschreven)? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Dat weet ik niet

10) Denk aan de praktijk die u vandaag heeft bezocht. Bent u het eens met de volgende uitspraken:

	Ja	Nee	Weet ik niet
1. De openingstijden zijn beperkt	☐	☐	☐
2. Als ik wil dat er een dokter thuis langskomt, kan dat	☐	☐	☐
3. De praktijk is te ver van mijn huis of van mijn werk	☐	☐	☐
4. Toen ik de praktijk belde, moest ik te lang wachten voor ik iemand te spreken kreeg	☐	☐	☐
5. Ik weet hoe ik 's avonds, 's nachts en in het weekend doktershulp kan krijgen	☐	☐	☐
6. Bij de receptie was men beleefd en behulpzaam	☐	☐	☐

11) Hoe lang doet u er meestal over om van huis naar deze praktijk te reizen?

- ☐ Minder dan 20 minuten
- ☐ 20-40 minuten
- ☐ 40-60 minuten
- ☐ Meer dan een uur
- ☐ Dat weet ik niet

12) Komt u liever op afspraak bij de dokter?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Maakt me niet uit

13) Heeft u een afspraak gemaakt voor dit bezoek aan uw huisarts?

- ☐ Ja
- ☐ Nee => Ga naar vraag 18

14) Was het gemakkelijk om een afspraak te maken?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

15) Zou u graag online afspraken kunnen maken?

- Ja
- Nee
- Ik beschik niet over internet

16) Voor een afspraak wordt er €2 meer gerekend. Hoe staat u hier tegenover?

- Voor mij is dit geen probleem
- Dit schrikt me af om een afspraak te maken
- Geen mening

17) Hoeveel dagen hebt u op dit bezoek moeten wachten?

- Ik heb de afspraak eerder vandaag gemaakt
- Ik heb de afspraak gisteren gemaakt
- Ik moest 2-7 dagen wachten
- Ik moest langer dan een week wachten
- Dat weet ik niet

18) Hoelang moest u vandaag wachten vanaf uw aankomst in de praktijk tot u aan de beurt was? *

- Minder dan 15 minuten
- 15-30 minuten
- 30-45 minuten
- 45-60 minuten
- Meer dan een uur
- Dat weet ik niet

19) Hoe staat u tegenover de wachttijden bij vrije consultaties?

- Te lang
- Normaal
- Kort
- Afhankelijk van welke dokter ik wil bezoeken

20) Vindt u dat het te moeilijk is om 's avonds, 's nachts of in het weekend een bezoek bij of van uw huisarts te kunnen krijgen?

- Ja
- Nee
- Dat weet ik niet

21) Heeft u de afgelopen 12 maanden het volgende meegemaakt in DEZE praktijk?

	Ja	Nee	Weet ik niet
1. De dokter of medewerkers gedroegen zich negatief tegen u			
2. Andere patiënten werden beter behandeld dan u			
3. De dokter was teveel bezig met geld			

4. De dokter of medewerkers toonden weinig respect vanwege uw geslacht	☐	☐	☐

22) Heeft u gedurende de afgelopen 12 maanden het volgende meegemaakt in DEZE praktijk?

	Ja	Nee	Weet ik niet
1. Ik had de indruk dat testen of onderzoeken onnodig werden herhaald	☐	☐	☐
2. Ik had de indruk de verkeerde medicijnen of een verkeerde dosis te krijgen	☐	☐	☐
3. Ik had de indruk dat de uitslag van een test of röntgenonderzoek niet klopte	☐	☐	☐

23) Als u niet tevreden bent over de behandeling die u ontving, denkt u dat deze dokter bereid zou zijn daarover met u te praten? *

☐ Ja

☐ Nee

☐ Dat weet ik niet

24) Heeft u gedurende de afgelopen 12 maanden een bezoek aan deze dokter of een andere huisarts uitgesteld of ervan afgezien terwijl u er eigenlijk behoefte aan had?

☐ Ja

☐ Nee => Ga naar vraag 26

25) Wat was de voornaamste reden om een huisarts niet te bezoeken? (Meer dan één antwoord mogelijk)

☐ Ik was niet verzekerd

☐ Andere financiële reden

☐ Ik geraakte er niet (bv. Ik had geen vervoer)

☐ Ik had het te druk

☐ Andere reden, gelieve hieronder te specifiëren

26) Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden voor uzelf een medisch specialist geraadpleegd? *

☐ Geen enkele keer

☐ Een keer of twee keer

☐ 3 tot 5 keer

☐ 6 tot 10 keer

☐ Meer dan 10 keer

27) Bent u het eens met de volgende uitspraken:

	Ja	Nee	Weet ik niet	Niet van toepassing
1. Als ik een andere dan mijn eigen huisarts bezoek, heeft hij/zij de noodzakelijke informatie over mij	☐	☐	☐	☐
2. Als ik word doorverwezen, informeert mijn huisarts de specialist over mijn ziekte	☐	☐	☐	☐
3. Als ik word doorverwezen, beslist mijn huisarts naar wie ik ga	☐	☐	☐	☐
4. Na de behandeling door de specialist is mijn huisarts op de hoogte van de resultaten	☐	☐	☐	☐

5. Het is moeilijk van mijn huisarts een doorverwijzing naar een specialist te krijgen	☐	☐	☐	☐

28) Hoe vaak bent u in de afgelopen 12 maanden voor uzelf naar de spoeddienst in het ziekenhuis geweest?

☐ Nooit => Ga naar vraag 30

☐ 1 keer

☐ 2 of 3 keer

☐ 4 keer of vaker

29) Waarom ging u naar de spoeddienst in het ziekenhuis in plaats van naar een huisarts? (Meer dan één antwoord mogelijk)

☐ Ik had iets wat huisartsen niet behandelen

☐ Er was geen huisarts beschikbaar

☐ Om financiële redenen

☐ Ik verwachtte dat ik op de spoeddienst minder lang hoefde te wachten

☐ De spoeddienst levert betere zorg

☐ De spoeddienst is beter te bereiken

☐ Ik was ongerust dat het een levensbedreigende situatie was

☐ Andere reden(en)

30) Zouden de meeste mensen naar een huisarts gaan voor het volgende?

	Ja	**Waarschijnlijk wel**	**Waarschijnlijk niet**	**Niet**	**Weet ik niet**
1. Snee in de vinger die moet worden gehecht	☐	☐	☐	☐	☐
2. Verwijderen van een wrat	☐	☐	☐	☐	☐
3. Routine gezondheidscontrole	☐	☐	☐	☐	☐
4. Slechter zien	☐	☐	☐	☐	☐
5. Hulp bij stoppen met roken	☐	☐	☐	☐	☐
6. Een kind met zware hoest	☐	☐	☐	☐	☐
7. Maagpijn	☐	☐	☐	☐	☐
8. Bloed in de ontlasting	☐	☐	☐	☐	☐
9. Verstuikte enkel	☐	☐	☐	☐	☐
10. Angst	☐	☐	☐	☐	☐
11. Huiselijk geweld	☐	☐	☐	☐	☐
12. Seksuele problemen	☐	☐	☐	☐	☐
13. Relatieproblemen	☐	☐	☐	☐	☐
14. Advies over welk ziekenhuis of specialist het beste kan worden gekozen voor een bepaalde behandeling	☐	☐	☐	☐	☐

31) Hoe belangrijk zou het voor u zijn dat u een huisarts kan zien als u het volgende zou hebben:

	Zeer belangrijk	Nogal belangrijk	Een beetje belangrijk	Niet belangrijk
1. Gewichtsverlies van meer dan 2 kilo in een maand terwijl u geen dieet volgt	☐	☐	☐	☐
2. Kortademigheid bij een lichte inspanning of lichte werkzaamheden	☐	☐	☐	☐
3. Pijn in de borst wanneer u lichaamsoefeningen doet	☐	☐	☐	☐
4. Bewustzijnsverlies of flauwvallen	☐	☐	☐	☐
5. Langer dan één dag hoofdpijn	☐	☐	☐	☐
6. Langer dan één dag buikpijn	☐	☐	☐	☐
7. Langer dan één maand ernstige zorgen	☐	☐	☐	☐

32) Verwacht u dat bij de volgende zaken een bezoek aan de huisarts kan helpen:

	Ja	Nee	Weet ik niet
1. Maagproblemen	☐	☐	☐
2. Pijn in schouder en nek	☐	☐	☐
3. Nervositeit	☐	☐	☐
4. Diarree	☐	☐	☐
5. Keelpijn	☐	☐	☐
6. Hoofdpijn	☐	☐	☐
7. Vermoeidheid	☐	☐	☐
8. Griep	☐	☐	☐
9. Misselijkheid	☐	☐	☐

33) Bent u het eens met de volgende uitspraken:

	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
1. Over het algemeen zijn mensen te vertrouwen	☐	☐	☐	☐
2. Over het algemeen zijn dokters te vertrouwen	☐	☐	☐	☐

34) In de praktijk zijn er vaste afspraken in verband met het bespreken van resultaten via de telefoon. Hoe staat u tegenover het telefonisch contact met de artsen?

☐ Verloopt meestal goed

☐ Geeft vaak problemen

☐ Het is niet gemakkelijk om de arts telefonisch te kunnen spreken

35) U hebt recentelijk een bloedonderzoek gehad of een foto laten nemen, hoe wenst u geïnformeerd te worden over het resultaat?

☐ Telefonisch

☐ een consultatie op afspraak

☐ Vrije consultatie

36) Hoe vlot vind u een parkeerplaats voor uw auto in de buurt van de praktijk?

☐ Zeer vlot

☐ Vlot

☐ Moeilijk

☐ Zeer moeilijk

☐ Niet van toepassing

37) Wenst u dat er voor/ in de buurt van de praktijk een parkeerplaats voor gehandicapten aanwezig is?

☐ Ja

☐ Nee

☐ Geen mening

38) Vindt u het belangrijk dat de praktijk toegankelijk is voor rolstoelgebruikers/ jonge gezinnen met kinderen?

☐ Zeer belangrijk

☐ Belangrijk

☐ Neutraal

☐ Onbelangrijk

☐ Zeer onbelangrijk

39) Ik vind de beschikbare informatie in de wachtzaal

☐ Zeer interessant

☐ Interessant

☐ Neutraal

☐ Niet interessant

☐ Helemaal niet interessant

40) Ik vind de presentatie van de informatie in de wachtzaal

☐ Zeer goed

☐ Goed

☐ Neutraal

☐ Niet goed

☐ Helemaal niet goed

41) Hebt u suggesties om de wachtzaal te verbeteren of anders aan te pakken?

……

……

……

42) Hebt u de website van de praktijk reeds bezocht?

☐ Ja

☐ Nee

Ik beschik niet over internet

43) Hoe tevreden bent u over de website en de informatie die u daar kan vinden?

Zeer tevreden

Tevreden

neutraal

ontevreden

zeer ontevreden

44) Wenst u op de website te kunnen zien wanneer een bepaalde dokter afwezig is?

Ja

Nee

Geen mening

45) In deze praktijk werken 5 artsen. Hebt u voldoende kansen om zelf te kiezen bij welke arts u gaat?

Ja

Nee

Meestal wel

Meestal niet

46) Wist u dat er in deze praktijk reiskoffertjes gehuurd kunnen worden die de nodige medicatie bevatten om met een gerust hart op reis te vertrekken?

Ja

Nee => ga naar vraag 50

47) Hebt u al ooit gebruik gemaakt van een reiskoffertje?

Ja

Nee

48) Hoe tevreden was u over het reiskoffertje?

Zeer tevreden

Tevreden

Neutraal

Ontevreden

Zeer ontevreden

49) Zijn er voldoende reiskoffertjes ter beschikking of hebt u al ooit voorgehad dat er geen koffertjes waren?

Er zijn voldoende reiskoffertjes, ik heb nog nooit problemen gehad

Over het algemeen zijn er reiskoffertjes genoeg, maar ik heb al gehad dat er geen reiskoffertjes waren

Er zijn onvoldoende reiskoffertjes

50) Is het bij het aanvragen van een huisbezoek voor u belangrijk dat u de arts kan kiezen die op huisbezoek komt?

Ja

Nee

Soms wel, soms niet

51) Na het aanvragen van een huisbezoek, hoe lang moet u dan wachten tot een arts langskomt?

minder dan 1 uur

1-2 uur

2-3 uur

meer dan 3 uur

52) Wist u dat voorschriften voor medicatie bij voorkeur enkel afgegeven worden tijdens een consultatie?

Ja

Nee

53) Hoe vlot vindt u een plaats voor uw fiets als u met de fiets naar de praktijk komt?

Zeer vlot

Vlot

Moeilijk

Zeer moeilijk

Niet van toepassing

Verder willen we u een paar vragen over uw persoonlijke achtergrond stellen

55) Bent u man of vrouw?

Man

Vrouw

56) Wat is uw geboortejaar? (a.u.b. invullen) *

19

57) Zijn er andere volwassenen in uw huishouden (inclusief kinderen boven de 18 jaar)? *

Ja

Nee

58) Zijn er kinderen (onder de 18 jaar) in uw huishouden? *

Ja

Nee

59) Hoe beschrijft u uw huidig beroep of de werkstatus? (Meer dan één antwoord mogelijk)

In dienstverband (bv. als ambtenaar)

Zelfstandig beroep of familiebedrijf

Student

Werkzoekende (werkloos)

Arbeidsongeschikt / mindervalide

Gepensioneerd

☐ Hoofdzakelijk huisvrouw/man (ook zorg voor kinderen etc.)

60) Wat is de hoogste opleiding die u heeft bereikt? *

☐ Basis- of lager secundair onderwijs

☐ Hoger secundair onderwijs

☐ Hoger dan secundair onderwijs

61) Vergeleken met het gemiddelde inkomen in België, is het inkomen in uw huishouden, naar uw inzicht: *

☐ Onder het gemiddelde

☐ Rond het gemiddelde

☐ Boven het gemiddelde

- **Tenslotte willen we via deze Belgische vragenlijst uw mening als Belgische patiënt kennen. In samenwerking met het RIZIV worden u enkele vragen gesteld met betrekking tot een aantal Belgische initiatieven**

62) U kan een globaal medisch dossier openen bij uw huisarts. Hoe schat u uw kennis over 'het globaal medisch dossier' in?

	0	1	2	3	4	5
Duid een waarde van 0 tot 5 aan waarbij 0 betekent "Ik heb er nog nooit van gehoord" en 5 "Ik ken deze maatregel in detail"	☐	☐	☐	☐	☐	☐

63) Heeft u een Globaal Medisch Dossier? *

☐ Ja

☐ Nee

☐ Weet ik niet

64) Indien ja, op wiens initiatief werd dit Globaal Medisch Dossier geopend?

☐ Ik of een persoon uit mijn omgeving (vb. mijn partner) heeft dit gevraagd aan de huisarts.

☐ Mijn huisarts heeft me dit voorgesteld

65) Uw arts kan de regeling derde betaler toepassen. Hoe schat u uw kennis over 'de regeling derde betaler' in?

	0	1	2	3	4	5
Duid een waarde van 0 tot 5 aan waarbij 0 betekent "ik heb er nog nooit van gehoord" en 5 "Ik ken deze maatregel in detail"	☐	☐	☐	☐	☐	☐

66) Hebt u zelf ooit aan uw arts gevraagd om de regeling derde betaler toe te passen? *

☐ Ja

☐ Nee

☐ Weet ik niet

67) Indien nee, waarom niet? *

☐ Ik ken de maatregel niet of onvoldoende

☐ Ik kom niet in aanmerking voor de regeling derde betaler

☐ Ik wil geen extra druk op mijn huisarts leggen

☐ Ik wil zelf de verantwoordelijkheid dragen van mijn medische kosten

☐ Ik durf dit niet vragen aan mijn arts

☐ Andere

68) Heeft uw arts ooit geweigerd om de regeling derde betaler toe te passen wanneer u daar naar vroeg? *

☐ Ja

☐ Nee

☐ Ik heb er nog nooit naar gevraagd

69) Huisartsen mogen aan patiënten die zich na 18u in de praktijk aanmelden een supplement aanrekenen van €3. Voor patiënten met een globaal medisch dossier wordt dit extra bedrag volledig terugbetaald door het ziekenfonds.

70) Wist u dat uw huisarts dit supplement mocht aanrekenen?

	0	1	2	3	4	5
Duid een waarde van 0 tot 5 aan waarbij 0 betekent "Ik heb er nog nooit van gehoord" en 5 "Ik ken deze maatregel in detail"	☐	☐	☐	☐	☐	☐

71) Rekent uw huisarts u dit supplement aan? *

☐ Ja

☐ Nee

☐ Ik weet het niet

72) Heeft u na het invullen van deze enquête nog andere opmerkingen of suggesties?

.....

.....

.....

.....

U hebt de hele enquête doorlopen! Gelieve uw exemplaar voor eind september terug te brengen naar de praktijk!

Bedankt voor uw medewerking.

We hopen dat we hiermee enkele aanpassingen aan de praktijk kunnen doen waarmee we u beter van dienst kunnen zijn.

BENT U OUDER DAN 18 JAAR, SPREEKT U NEDERLANDS EN ZOU U GRAAG UW MENING GEVEN?

Aarzel dan niet en vraag uw arts naar de kwaliteitsenquête in deze praktijk.

Dr. Bakelandt, onze huisarts-in-opleiding, kan uw hulp gebruiken.

Als praktijk streven wij ernaar om u de beste en de meest up to date aanpak te gararderen.

Maar hiervoor is het voor ons belangrijk om uw mening over de praktijk te kennen.

Hebt u 25 minuten tijd? Vul dan **NA** uw consultatie onze enquête in, zodat we weten waar er eventuele verbeteringer mogelijk en noodzakelijk zijr.

Alvast bedankt,

Praktijk Vossensteert

Dr. Bakelandt, huisarts-in-opleiding

Bijlage 2: De posters in de wachtzaal voor de enquête

Bijlage 3: De poster voor de wachtzaal i.v.m. de taak van de huisarts.

WIST U DAT:

U ONDERE ANDERE TERECHT KUNT BIJ UW HUISARTS VOOR:

- **MEDISCHE PROBLEMEN**
- **GYNECOLOGISCH ONDERZOEK**
- **HULP BIJ ROOKSTOP**
- **VERWIJDEREN VAN WRATTEN**
- **KLEINE CHIRURGISCHE INGREPEN ZOALS WEGNEMEN VAN MOEDERVLEKKEN**
- **HUISELIJK GEWELD**
- **GEWICHTSPROBLEMEN**
- **PREOPERATIEVE ONDERZOEKEN**
- **BLOEDAFNAMES**
- **PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN, RELATIEPROBLEMEN**
- **ONDERZOEK EN BEHANDELING VAN PROBLEMEN BIJ KINDEREN**
- **…**

AARZEL NIET OM EEN PROBLEEM VOOR TE LEGGEN BIJ DE HUISARTS!