Vrije consultatie of op afspraak: wat vinden de patiënten?

Lynn De Ceukeleire, Universiteit Gent

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

Co-promotor: Dr Katleen Keppens, Universiteit Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

DANKWOORD

In het kader van dit project wil ik graag mijn promotor Prof. dr. Sara Willems en co-promotor dr. Katleen Keppens bedanken voor de begeleiding bij dit project.

Verdere wil ook mijn praktijkopleider dr Dirk Soetaert bedanken om me bij te staan bij de keuze van dit praktijkondersteunend project en om me de kans te geven dit onderzoek uit te voeren in de opleidingspraktijk.

Het schrijven van deze masterproef en ook algemeen het voltooien van mijn studies tot huisarts zou niet gelukt zijn zonder de steun van mijn echtgenoot en mijn familie en vrienden: bedankt voor het geduld en de vele steun!

ABSTRACT

VRIJE CONSULTATIE OF OP AFSPRAAK: WAT VINDEN DE PATIËNTEN?

HAIO: Lynn De Ceukeleire, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr Sara Willems

Co-promotor: Dr. Katleen Keppens

Praktijkopleider: Dr. Dirk Soetaert

Context: Praktijkorganisatie is een onderwerp dat de laatste jaren aan interesse wint vanwege de grote vraag van jonge artsen om een goed evenwicht tussen werk en privé te vinden. Een goede praktijkorganisatie omvat verschillende terreinen. Deze masterproef handelt over de toegankelijkheid van de praktijk, meer bepaald de toegankelijkheid van de consultaties. Meer en meer huisartsen werken uitsluitend op afspraak, dit om allerlei redenen. De opleidingspraktijk werkt grotendeels met vrije consultaties, dit heeft zijn voor- en nadelen zowel voor de arts als voor de patiënt. Het betreft een praktijk ondersteunend project waarin wordt getracht de patiënten tevredenheid wat betreft type consultatie te kaderen binnen de opleidingspraktijk.

Onderzoeksvraag: Het doel van deze masterproef is om na te gaan hoe de patiënten van de opleidingspraktijk staan tegenover consultaties op afspraak of vrije consultaties. Wat is hun motivatie om voor het een of ander te kiezen ? Zijn ze tevreden over de huidige toegankelijkheid en organisatie van de praktijk wat betreft type consultatie?

Methode: 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. Voor het onderzoeksgedeelte van deze studie werd gebruik gemaakt van een enquête. Voor het opstellen van de enquête werd uitgegaan van internationaal gebruikte vragenlijsten namelijk de vragenlijst gebruikt in de QUALICOPC-studie en de EUROPEP-vragenlijst, uit beide vragenlijsten vragen gefilterd die van belang zijn voor deze studie en aangevuld met een paar specifieke vragen omtrent dit thema. De enquêtes werden verdeeld in september 2013, van de 300 verdeelde enquêtes werden er 246 ingevuld (response rate 82%). Het programma SPSS werd gebruikt voor de statistische verwerking.

Resultaten: De groep respondenten bevat 60,5% vrouwen en 39,5% mannen met een gemiddelde leeftijd van 54,3 jaar. De voorkeur voor afspraak of vrije raadpleging is ongeveer gelijk verdeeld (respectievelijk 49,6% en 44,7%). De genoemde voor-en nadelen omtrent beide consultatievormen zijn divers. 85% is tevreden over het huidige consultatiesysteem. Meer dan 60% stoort zich toch regelmatig aan de wachttijd. Meer dan 90% zou liefst telefonisch een afspraak vastleggen, 63% zou geen gebruik maken van een online afsprakensysteem. Belangrijkste zaken bij het maken van een afspraak is dat deze zo vlug mogelijk is en op een dag naar keuze. Belangrijkste verwachtingen t.o.v. een afsprakensysteem is minder lange wachttijd en geen volle wachtzaal meer.

Conclusie: Men kan besluiten dat de patiënten van de opleidingspraktijk tevreden zijn over het huidige consultatiesysteem, er is geen uitgesproken voorkeur voor een bepaald type consultatie. Er blijken wel bepaalde misverstanden te bestaan bij de patiënten over consultaties op afspraak.

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding 5

2. Praktijkschets 7

3. Literatuuronderzoek 8

3.1 Zoekmethode 8
3.2 Resultaten 9
3.2.1 Algemeen 9
3.2.2 Wat vinden patiënten belangrijk bij eerstelijnsgezondheidszorg 11
3.2.3 Gevolgen voor de huisarts 13
3.3 Besluit 15

4. Methode 16

4.1 Kwantitatief onderzoek 16
4.2 Inclusiecriteria 17
4.3 Exclusiecriteria 17
4.4 Recrutering 17
4.5 Verwerking 17

5. Resultaten 18

5.1 Algemeen 18
5.2 Demografische gegevens 18
5.3 Resultaten betreffende vrije consultatie of afspraak: voorkeuren en voor-en nadelen 21
5.4 Resultaten betreffende verwachtingen rond afsprakensysteem 26

6. Discussie 29

6.1 Bespreking resultaten 29
6.2 Beperkingen en sterktes van de studie 31
6.3 Implicaties voor de praktijk 32
6.4 Suggesties voor verder onderzoek 32

7. Besluit 33

8. Referenties 34

9. Bijlage 36

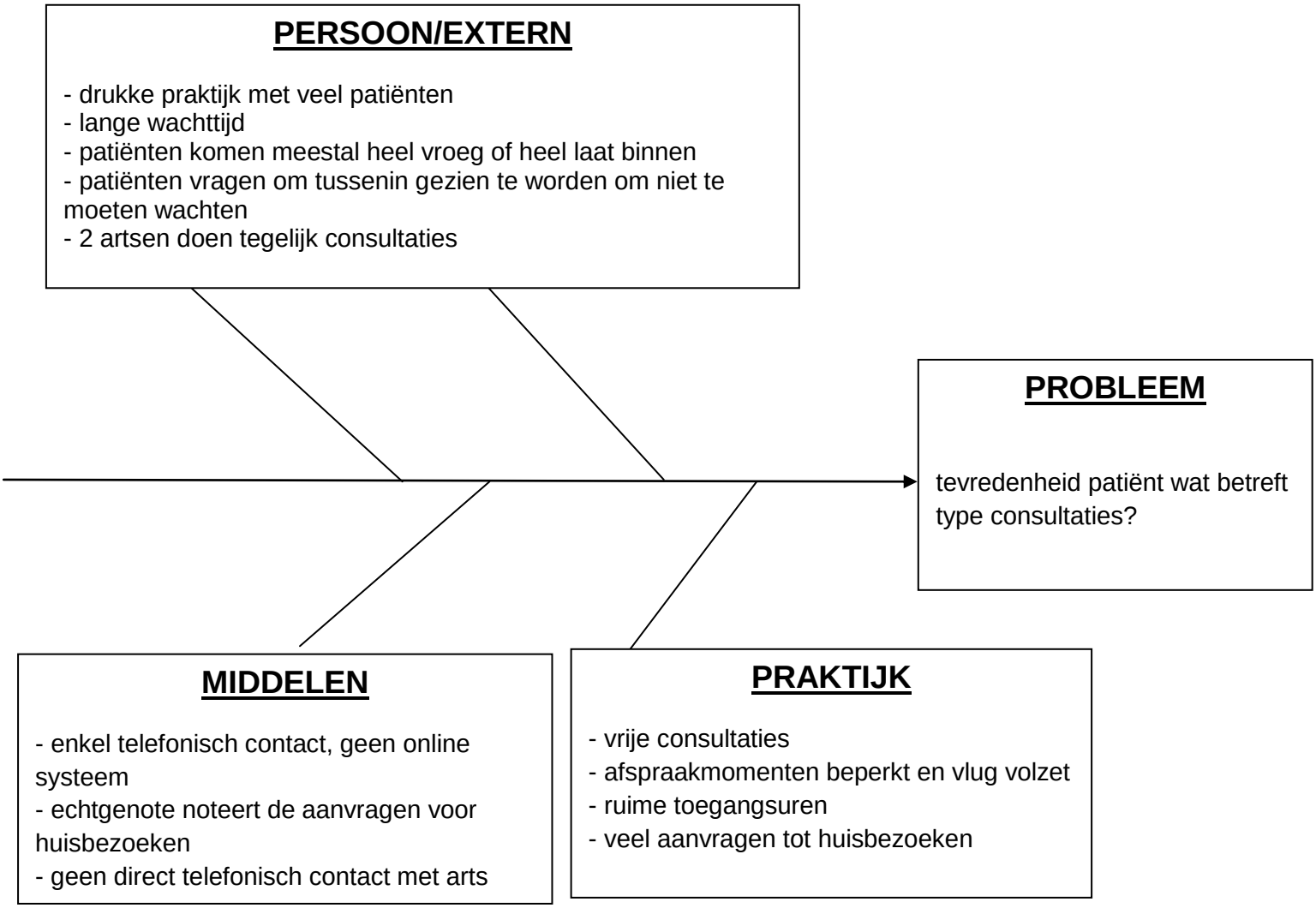
9.1 Informed consent 36
9.2 Vragenlijst 37

1. INLEIDING

Praktijkorganisatie is een onderwerp dat de laatste jaren aan interesse wint vanwege de grote vraag van jonge artsen om een goed evenwicht tussen werk en privé te vinden. Een goede praktijkorganisatie omvat verschillende terreinen. Deze masterproef handelt over de toegankelijkheid van de praktijk, meer bepaald de toegankelijkheid van de consultaties. Deze consultaties kunnen 'vrij' gebeuren, m.a.w. patiënten kunnen zelf beslissen wanneer ze de dokter bezoeken tussen bepaalde openingsuren of er zijn consultaties op afspraak. Meer en meer huisartsen werken uitsluitend op afspraak, dit om allerlei redenen.

De praktijk waar ik mijn stage loop werkt grotendeels met vrije consultaties, er zijn slechts 2 consultatie blokken per week op afspraak. Al snel merkte ik dat er hieromtrent toch bepaalde verbeteringen mogelijk waren. De huidige vorm van consultatie wekt soms ergernis op zowel bij de patiënt (lange wachttijd) als bij de arts (patiënten komen op het laatste moment binnen waardoor dagplanning moeilijk is, patiënten vragen om uitzonderlijk tussendoor te komen omdat ze niet kunnen wachten, meer aanvragen tot huisbezoeken...).

Aan de hand van een visgraatanalyse werd bij het opzetten van dit project het probleem geanalyseerd (zie figuur 1). Hierbij worden alle goede en minder goede punten in verband met de werking van de praktijk (voor wat betreft algemene toegang en consultatievormen) in een diagram geplaatst. De probleemstelling is de moeilijke praktijkorganisatie en de mogelijke ontevredenheid van de patiënt met het type consultatie (vrij versus op afspraak). Met praktijkorganisatie wordt hier het artsenspoor bedoeld, met name het regelen van werkuren en in de mate van het mogelijke het opstellen van een dagplanning. Hier wordt verder in deze masterproef niet op ingegaan. Een ander mogelijk probleem is de tevredenheid van de patiënt. Dit is het onderwerp van deze masterproef.



Figuur 1: Visgraatanalyse

Het doel van deze masterproef is om na te gaan hoe de patiënten van de opleidingspraktijk staan tegenover consultaties op afspraak of vrije consultaties. Wat is hun motivatie om voor het een of ander te kiezen ? Zijn ze tevreden over de huidige toegankelijkheid en organisatie van de praktijk wat betreft type consultatie?

2. PRAKTIJKSCHETS

De opleidingspraktijk bestaat uit 1 vaste arts (de oprichter van de praktijk) en 1 HAIO. Deze praktijk is gelegen in het landelijke Brakel, een gemeente die ongeveer 14 000 inwoners telt.

Er is geen secretariaat of ICT ondersteuning. De echtgenote van de arts werkt mee in de praktijk als administratieve hulp: telefoons aannemen, huisbezoeken noteren, afspraken vastleggen, praktische zaken… Wanneer patiënten telefonisch contact opnemen met de praktijk is zij de eerste aanspreekpersoon.

De consultatie uren bestaan uit vrije consultaties ’s morgens tussen 8u en 10u en ’s avonds tussen 17u30 en 19u30. De wachtzaal is al toegankelijk om 7u ’s morgens en om 16u30 ’s namiddags. Dinsdagavond en donderdagvoormiddag wordt er enkel op afspraak gewerkt. Zaterdagvoormiddag is er ook mogelijkheid tot consulteren, dit enkel op afspraak.

Alle afspraken worden telefonisch vastgelegd. De praktijk is de hele dag telefonisch bereikbaar van 8 u ’s ochtends tot 20 u ’s avonds. Indien het een dringende medische vraag is of voor het bespreken van resultaten dan schakelt de echtgenote door naar de arts.

De praktijk heeft geen website.

De praktijk heeft geen praktijkwacht gedurende de week of weekend maar maakt deelt uit van de georganiseerde wachtdienst, namelijk de wachtkring Brakel-Lierde. 's Avonds (na 20u), ’s nachts en in het weekend (met uitzondering van de zaterdagvoormiddag) worden de patiënten doorverwezen naar de arts van wacht.

Medische dossiers worden correct bijgehouden aan de hand van het programma Health One.

3. LITERATUURONDERZOEK

3.1 ZOEKMETHODE

De opzet van deze masterproef valt eigenlijk te herleiden tot volgende PICO: " Leidt een afsprakensysteem in vergelijking met vrije consultaties tot een grotere tevredenheid bij patiënten van een huisartspraktijk?".

Een algemeen literatuuronderzoek werd gestart in de databanken Pubmed en Web of Science, ook de Cochrane Library werd doorzocht. Volgende zoektermen werden gebruikt: "general practice", "open acces", "appointment", "open surgery", "primary care" en "patient satisfaction". Er werden ook combinaties van zoektermen toegepast.

Niet alleen via deze zoektermen werden relevante artikels gevonden , maar ook via 'related articles' konden interessante artikels worden toegevoegd. De artikels werden geselecteerd op basis van inhoud en jaar van publicatie.

Via mijn promotor werd ik ook op de hoogte gesteld van grote Europese studies zoals QUALICOPC [1] en studies gebaseerd op de EUROPEP-vragenlijst [2].

Via NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) [3] werd ook nog een interessante bijdrage gevonden over het al dan niet werken op afspraak in een huisartsenpraktijk.

Ook ManaMa-projecten van vroeger zijn nuttig om bepaalde deelaspecten te belichten, onder andere de introductie van een online afsprakensysteem op de telefoonbelasting [4].

3.2 RESULTATEN

3.2.1 Algemeen

Welke toegangsvormen tot de huisarts bestaan er? Wereldwijd bestaan er verschillende "afspraaksystemen" in de eerstelijnsgezondheidszorg. In tabel 1 worden deze systemen kort beschreven met hun voor- en nadelen.

Tabel 1: Soorten afspraaksystemen [5]

	WAT?	VOORDELEN	NADELEN
OPEN ACCESS	Geen afspraken, patiënten dagen op en wachten tot ze gezien worden.	Als arts start je de dag met volledige capaciteit. Patiënten zijn zeker dat ze de dokter te zien krijgen. Praktijk is niet volgeboekt weken op voorhand door chronische problemen. Geen ingewikkelde triage-regels.	Moeilijk voor werkende mensen omwille van de niet in te schatten wachttijd. Op drukke momenten kan de wachttijd oplopen tot enkele uren, dit lokt soms frustratie en woede op bij patiënten. Volle wachtzaal kan ook leiden tot verhoogde druk bij de arts om vlugger en minder grondig te werken.
BOOK ON THE DAY	Afspraken maken enkel mogelijk 's ochtends voor de dag zelf. Als de dag volzet is, moeten patiënten de dag erna terugbellen.	Acute problemen kunnen de dag zelf behandeld worden. Meer flexibiliteit voor de artsen, meer ruimte voor onvoorziene zaken aangezien alles maar op korte termijn gepland wordt.	Veel nutteloos telefoonverkeer. Piek in telefoonverkeer 's ochtends. Chronische opvolging is moeilijker. Frustratie bij patiënten.
SUPERSATURATE	Afspraken worden gemaakt volgens de wens van de patiënt. Acute zaken worden tussenin gezien of dubbel geboekt. M.a.w. de arts werkt met verschillende afspraken in agenda: vrij te houden voor acute zaken, vrij voor tijd in te halen, chronische afspraken...	Wordt omschreven als eerlijke poging om een afsprakensysteem te doen werken. Zorgt voor de mogelijkheid van chronische opvolging maar erkent tegelijk dat eerstelijn ook acute zorgen moet kunnen verlenen.	Complexiteit zorgt voor onefficiënt werken. Artsen proberen zoveel mogelijk patiënten te zien met de nodige wachttijden en stress. Veel communicatie nodig tussen arts en telefoniste.

CARVE OUT	Het vrijhouden van aantal afspraken voor acute zorg. Vuistregel is dat ongeveer 1/3 van de afspraken nodig is om acute hulp te verlenen.	Mogelijkheid om om te gaan met acute problematiek die dag. Tegelijk ook ruimte voor chronische planning.	Verhoogde wachttijd voor het maken van chronische of andere afspraken.
ADVANCED ACCESS	Internationaal erkend als beste systeem in eerste lijn. Vraag moet gelijk zijn aan capaciteit. Vraag en capaciteit meten, herbekijk de vraag, pas de capaciteit van de praktijk aan aan de vraag, werk de achterstand weg en hou rekening met onvoorziene zaken.	Als arts start je de dag met bijna allemaal vrije afspraken die in de loop van de dag worden ingevuld. Er is flexibiliteit voor zowel arts als patiënt. Ruimte voor zowel acute zorgen als chronische follow-up.	Vergt toewijding en tijd, opleiding van artsen en medewerkers. Weinig toegepast, twijfels over haalbaarheid.

Wanneer men opteert om te werken met een afsprakensysteem moet men volgende bedenking in acht nemen: wat een goed afsprakensysteem voor de patiënt is, is niet altijd een goed systeem voor de arts, beiden hebben immers verschillende standpunten.

Een afsprakensysteem moet voor de **patiënt** aan volgende zaken voldoen [5]:

- afspraak mogelijk op het gepaste tijdstipt (dringend? vóór het werk? in het weekend?)
- mogelijkheid om een afspraak op voorhand te maken omwille van praktische redenen (werk, vervoer...)
- stiptheid, dus weinig tot geen wachttijd
- afspraak mogelijk bij de arts van voorkeur
- vlugge toegang zonder wachten wanneer dit nodig is
- lange of korte afspraken wanneer nodig

Een afsprakensysteem moet voor de **arts** aan volgende zaken voldoen [5]:

- zorgt voor voorspelbaarheid en vertrouwen dat de tijd nuttig besteed wordt
- zorgt voor continuïteit: effectiever om patiënten te zien die je kent
- op tijd zijn en zo stress verminderen
- flexibiliteit (noodgevallen patiënten, persoonlijke zaken, bijscholingen, familiale zaken)
- de dag op tijd beëindigen
- lunchpauze voorzien

Indien men werkt met een secretariaat of receptioniste dan verkiezen zij een simpel afsprakensysteem waar ze eerder altijd "ja" kunnen zeggen in plaats van "nee" en waar er zo weinig mogelijk nood is aan triage. [5]

3.2.2 Wat vinden patiënten belangrijk bij eerstelijnsgezondheidszorg: algemene predictoren en organisatorische aspecten

Wat vinden patiënten belangrijk bij eerstelijnsgezondheidszorg en op welke plaats komt wachttijd en organisatie?

Grote internationale studies zoals QUALICOPC [1] onderzoeken en vergelijken eerstelijnsgezondheidszorg in 35 landen voor wat betreft kwaliteit, kosten en gelijkheid. Dit gebeurt door middel van enquêtes die afgenomen worden zowel bij huisartsen als bij patiënten. Deze studie is momenteel nog lopende dus er zijn nog geen artikels beschikbaar. De vragenlijst die gebruikt wordt in de QUALICOPC studie is zeer uitgebreid en omvat verschillende deelaspecten.

Een andere gevalideerde vragenlijst met gelijkaardige inhoud is de EUROPEP [2], deze is iets ouder en hierover zijn er meer studies terug te vinden. Slechts een klein deel van deze vragenlijsten handelen specifiek over het deelaspect 'wachttijd' en 'afsprakensysteem'. Algemeen kan men concluderen uit bepaalde Europese studies dat patiënten in de eerstelijnsgezondheidszorg een positieve evaluatie geven, enkel de organisatorische aspecten (wachttijd en moeite om afspraak te maken) werden eerder negatief beoordeeld. België en Vlaanderen werden in bovenstaande studies ook geïncludeerd en hierbij werden gelijkaardige resultaten bevonden. [6,7]

Een Nederlandse studie evalueerde aan de hand van de EUROPEP-lijst welke aspecten Nederlandse patiënten belangrijk vinden en hoe ze deze beoordelen. Wachttijd in de wachtzaal en afspraak naar keuze scoren laag qua belangrijkheid (respectievelijk de laatste en voorlaatste plaats), de evaluatie van deze twee parameters is ook eerder negatief. [8]
Grol et al. voerden een gelijkaardig onderzoek op Europees niveau, hieruit bleek dat de absolute vereisten voor een goede eerstelijnszorg volgens de patiënten het volgende is: vlugge hulp bij dringende zaken en in normale omstandigheden een afspraak op korte termijn. [9]

Wesning et al. vond gelijkaardige resultaten als Jung et al. : de aspecten wachttijd in wachtzaal en afspraak naar keuze werden negatief beoordeeld, meer specifiek bij vrouwelijke artsen en bij stijgend aantal artsen in de praktijk. Volgens deze studie is de belangrijkste predictor voor toegankelijkheid van eerstelijnszorg het aantal zorgverleners: hoe minder zorgverleners in een praktijk, hoe positiever de evaluatie. [10]
Nog een andere studie bevestigt bovenstaande resultaten: de aspecten 'dagen wachten tot een afspraak' en 'flexibiliteit afsprakensysteem' komen bij patiëntenevaluaties wat betreft belangrijkheid eerder op de laatste plaats, ze hechten meer belang aan andere zaken zoals grondig klinisch onderzoek, arts kent patiënt goed en arts is vriendelijk. [11]

Soms blijkt dat de patiënt zelf niet goed weet wat hij verkiest. De meeste patiënten verkiezen een service op maat met soms tegenstrijdige resultaten. De ene groep wil meer afspraken terwijl de andere de voorkeur geeft aan vrije raadplegingen. Patiënten willen langere consultaties maar zijn niet bereid langer te moeten wachten. Patiënten willen meer toegang tot een dokter naar keuze maar tegelijk wensen ze de wachttijd voor die specifieke dokter in te perken. [12]

Een grote Britse studie met bijna 2 miljoen deelnemers heeft als doel de predictoren van patiënt tevredenheid en ervaringen wat betreft toegangelijkheid van eerstelijn te identificeren. Er is een grotere patiënt tevredenheid in kleinere praktijken. Wat betreft afsprakensysteem is de meerheid tevreden: meer dan 80% is tevreden over 'afspraak op zelfde dag of binnen de 2 dagen', 'afspraak lang op voorhand maken', 'specifieke dokter zien' en de toegangsuren. Jonge patiënten, etnische minderheden en patiënten met lage socio-economische status geven minder goede evaluatie aan de eerstelijn, terwijl oudere, blanke patiënten uit de middenklasse eerder positieve evaluaties geven. [13]

Een andere Britse studie kwam tot de bevinding dat het voor de meeste patiënten niet zo belangrijk is om 'zo vlug mogelijk' gezien te worden. Maar de meerderheid geeft aan dat ze liever een afspraak hebben op de dag van hun voorkeur en met de arts van hun voorkeur. Deze 2 items zijn dus prioritair en niet de snelheid van de afspraak. Uiteraard moet men ook altijd rekening houden met de specifieke noden van iedere patiënt of patiëntenpopulatie. [14]

Wat verkiezen de patiënten raadplegingen op afspraak of vrije raadplegingen?

Uit een Britse studie blijkt dat een gemengd systeem (dus zowel vrije consultaties als afspraken) zeker ook zijn plaats verdiend in de huisartsgeneeskunde. Men heeft in deze studie gepeild naar de tevredenheid van de patiënt over de verschillende aspecten (dokter naar keuze, tijd tot consultatie...) van zowel de vrije raadplegingen als de raadpleging op afspraak. Er bleken weinig verschillen te zijn tussen patiënten die consulteerden op afspraak of op vrije raadpleging, hieruit besluit men dat patiënten aan de hand van hun persoonlijke voorkeur of noden op dat moment zelf kiezen welk soort raadpleging hen het best past. Dit kan afhankelijk zijn van de aard van het probleem, beschikbaarheid artsen en afspraken en de voorkeur voor een bepaalde arts. Het grootste verschil tussen de beide groepen was de voorkeur om een specifieke dokter te zien: patiënten die op vrije raadpleging consulteerden hadden geen specifieke voorkeur voor een arts. Het is immers gekend dat patiënten liefst hun 'eigen' arts zien voor serieuze problemen maar gerust een andere arts willen consulteren voor 'kleinere' gezondheidsproblemen. [15]

3.2.3 Gevolgen voor de huisarts

Een Nederlands onderzoek onderzocht de evolutie van spreekuren en het afleggen van huisbezoeken in de huisartsgeneeskunde. Het gaat hier wel over een onderzoek uit 2001, recentere gegevens werden niet teruggevonden. In 2001 blijkt de toegang tot de huisarts meer gereguleerd dan in 1987. Zo hebben huisartsen in 2001 minder vaak vrije raadpleging. Dit betekent dat patiënten dus vaker eerst een afspraak moeten maken alvorens ze bij hun huisarts terechtkunnen (spoedeisende gevallen uiteraard buiten beschouwing gelaten). Patiënten moeten in 2001 doorgaans wel iets langer wachten voordat ze op het spreekuur kunnen komen dan veertien jaar eerder. Dat patiënten in 2001 minder vaak op de dag dat ze een consult aanvragen direct ook terechtkunnen, zou enerzijds verklaard kunnen worden doordat praktijken nu meer dan voorheen de toegang tot de huisarts ‘doseren’. Wanneer een patiënt belt om een afspraak te maken terwijl het spreekuur volgeboekt is, wordt deze patiënt (indien mogelijk) bewust een dag later ingepland. Een andere mogelijke verklaring is echter dat ‘het later terechtkunnen’ juist een gevolg is van de toegenomen werkbelasting van huisartsen.

In deze studie is ook beschreven dat huisartsen in 2001 minder uren werken, maar per uur dat ze werken meer hulpvragen afhandelen. Het zou dus ook zo kunnen zijn dat de grens van wat op een werkdag gedaan kan worden in deze gevallen is bereikt. Alhoewel in ander onderzoek wel een verband gevonden werd tussen een vrije raadpleging en de objectieve

werkbelasting, werden hier geen verbanden gevonden tussen het reguleren van de toegang tot het face-to-face spreekuur van de huisarts en de objectieve werkbelasting. Een uitzondering hierop vormt de bevinding dat huisartsen waarbij men doorgaans niet dezelfde dag terecht kan, wekelijks relatief veel tijd besteden aan consulten. Deze bevinding komt niet overeen met de verwachting en is ook enigszins opmerkelijk aangezien deze huisartsen geen hogere spreekuur contactfrequentie hebben. Wanneer huisartsen niet meer spreekuurcontacten hebben, maar wel meer tijd besteden aan spreekuren, betekent dit ofwel dat ze minder efficiënt werken ofwel dat ze bijvoorbeeld een langere consultduur hebben of meer tijd besteden aan verslaglegging etc. Mogelijk kunnen patiënten juist dezelfde dag terecht, omdat de huisarts wekelijks minder tijd besteedt aan consulten en hiermee wat ruimer in de tijd zit. [3]

Dit Nederlands onderzoek is tevens dieper ingegaan op het afleggen van huisbezoeken en de relatie met werkbelasting. Het is reeds duidelijk dat huisartsen in 2001 minder vaak huisbezoeken afleggen dan in 1987. Huisartsen die per patiënt relatief veel huisbezoeken afleggen, hebben ook meer spreekuurcontacten met patiënten.
Uit de analyses komt naar voren dat ‘meer huisbezoeken’ in ieder geval voor een deel bepaald wordt door het aantal ouderen in de praktijk. Hoe meer patiënten van 75 jaar of ouder, des te meer huisbezoeken. De tijd die huisartsen wekelijks aan het afleggen van huisbezoeken besteden hangt samen met de lengte van de totale werkweek van huisartsen. Dat er geen samenhang gevonden werd tussen het aandeel huisbezoeken en de lengte van de totale werkweek vraagt om nader onderzoek. Duidelijk is wel dat het beperken van huisbezoeken tot het noodzakelijke, voor huisartsen een goede methode is om de werkbelasting te beteugelen.
Er werden geen verbanden gevonden tussen het reguleren van de toegang tot de huisarts en de subjectieve werkbelasting van huisartsen. Uitzondering hierop vormt het al dan niet hebben van vrije consultaties. Huisartsen zonder inloopspreekuur zijn vaker tevreden over hun werk dan collega’s met een inloopspreekuur. Aangezien er geen verband werd gevonden met de objectieve werkbelasting van huisartsen moet een verklaring mogelijk elders gezocht worden, dit kan een suggestie zijn voor verder onderzoek. [3]

Zijn er effectief voordelen of nadelen verbonden aan vrije consultatie?

De voordelen van vrije consultaties zijn eerder onduidelijk en onderzoek tot nu toe heeft zich enkel toegespitst op wachttijden en patiëntenervaringen. Een recente studie toont echter aan dat er een verband is tussen vrije consultaties en burn-out bij de huisarts. De studie kan wel

geen causaal verband aantonen m.a.w. ofwel zijn vrije consultaties een risicofactor voor burn-out ofwel dwingen burn-out symptomen de huisarts om vrije consultaties in te voeren om te kunnen omgaan met de grote vraag [16]. Bovendien is er ook een associatie tussen vrije consultaties en kortere consultaties en een werkweek van meer dan 52 uur. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met het Nederlands rapport [3] dat toch duidelijk een relatie aantoonde tussen de subjectieve werkbelasting en het houden van vrije raadplegingen.

3.3 BESLUIT

Men kan dus besluiten dat er veel verschillende afspraaksystemen gangbaar zijn en dat steeds meer huisartsen overschakelen op een afsprakensysteem. Vrije raadplegingen zijn geassocieerd met een subjectief toegenomen werkbelasting, een causale relatie met burn-out bij huisartsen niet aangetoond. Patiënten hebben andere verwachtingen van een afsprakensysteem dan artsen.

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat de voorkeur voor een bepaald soort raadpleging bij patiënten sterk samenhangt met hun noden op dat moment en hun persoonlijke voorkeur. Indien ze een afspraak wensen zijn de belangrijkste parameters dat het op hun dag van voorkeur is en bij de arts van hun keuze.

Over het algemeen wordt de eerstelijnsgezondheidszorg positief geëvalueerd door patiënten, ook in België. Enkel organisatorische zaken (zoals wachttijd in wachtzaal en afspraak naar keuze) worden eerder negatief beoordeeld wat impliceert dat er op dit vlak duidelijk ruimte voor verbetering is, hoewel deze items ook eerder laag scoren wat betreft belangrijkheid en verwachtingen van goede eerstelijnsgezondheidszorg.

4. METHODE

4.1 KWANTITATIEF ONDERZOEK

Voor het onderzoeksgedeelte van deze studie wordt gebruik gemaakt van een enquête. Voor het opmaken van de enquête werd uitgegaan van internationaal gebruikte vragenlijsten namelijk de vragenlijst gebruikt in de QUALICOPC-studie [1] en de EUROPEP vragenlijst [2]. Een andere bron van informatie was een artikel uit het Verenigd Koninkrijk [14] waar gepeild werd door middel van een vragenlijst wat patiënten belangrijk vonden bij het maken van een afspraak.

De EUROPEP vragenlijst is een gevalideerde en internationaal gestandaardiseerde vragenlijst die 23 items omvat die peilen naar de evaluatie van de eerstelijnsgezondheidszorg door patiënten. QUALICOPC 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. De vragenlijst van QUALICOPC bevat de vragenlijst van EUROPEP, maar gaat ook dieper in op aspecten rond kostprijs en billijkheid.

Beide vragenlijsten bevragen duidelijk meer deelaspecten over de algemene toegankelijkheid en tevredenheid van patiënten over de eerstelijnsgezondheidszorg dan wat het uiteindelijke onderzoeksdoel van deze studie is. Daarom werden uit beide vragenlijsten vragen gefilterd die van belang zijn voor deze studie en aan de hand daarvan werd de enquête opgesteld.

De samengestelde vragenlijst (zie bijlage) peilt naar volgende aspecten van het consultatiesysteem: tevredenheid huidige systeem, keuze voor afspraak of vrije consultatie, voor- en nadelen van beide systemen volgens patiënt, wijze van vastleggen afspraak, zaken die van belang zijn bij het maken van een afspraak, verwachtingen van een afsprakensysteem en de huidige gemiddelde wachttijd. Tot slot worden ook enkele demografische gegevens bevraagd.

4.2 INCLUSIECRITERIA

De patiënten moesten voldoen aan de volgende criteria om te kunnen participeren in deze studie:

- volwassenen (ouder dan 18 jaar op het moment van de enquête)
- de Nederlandse taal voldoende machtig zijn om de vragenlijst zelfstandig te kunnen invullen
- voornamelijk patiënt zijn in de onderzoekspraktijk

4.3 EXCLUSIECRITERIA

Patiënten die beantwoorden aan onderstaande criteria werden geëxcludeerd:

- dementerende patiënten
- patiënten verblijvend in rusthuizen, ziekenhuizen, serviceflats of patiënten die niet zelf naar de praktijk komen

4.4 RECRUTERING

Er werd enkel gebruik gemaakt van een schriftelijke versie van de enquête. Deze werd gedurende 4 weken in september 2013 aangeboden door beide artsen werkzaam in de praktijk. Aan het einde van iedere consultatie werd aan elke patiënt die voldoet aan de in- en exclusiecriteria, gevraagd of hij wou deelnemen aan dit onderzoek. Als de patiënt akkoord was, kreeg hij een exemplaar van de enquête mee en werd hij verzocht om even terug plaats te nemen in de wachtzaal en de enquête volledig anoniem in te vullen. De enquête kon gedeponeerd worden in een daartoe bestemde doos die aan de inkom stond. Eventueel kon de enquête ook meegenomen worden naar huis. Hierbij werd de patiënt vriendelijk verzocht deze zo snel mogelijk terug te bezorgen (uiterlijk 30 september 2013).

4.5 VERWERKING

In totaal werden er door beide artsen 300 enquêtes verdeeld waarvan er 246 ingevuld terug werden bezorgd. Nadien werd de informatie van de enquêtes verzameld en geanalyseerd in het statistisch verwerkingsprogramma SPSS. $P<0,05$ werd gebruikt als significantieniveau.

5. RESULTATEN

5.1 ALGEMEEN

Zoals hierboven reeds vermeld zijn van de 300 uitgedeelde enquêtes er 246 ingevuld terugbezorgd. Dit resulteert in een response rate van 82%. Deze goede respons valt te verklaren door het persoonlijk aanspreken van de patiënt en het feit dat het blijkbaar een onderwerp is dat leeft bij deze patiëntenpopulatie. Patiënten hadden echt het gevoel dat ze mee konden werken aan eventuele structurele veranderingen in de praktijk. Bij patiënten die weigerden mee te werken had dit grotendeels te maken met praktische overwegingen (bijvoorbeeld leesbril niet mee, bij meegeven enquête naar huis wordt het terugbezorgen uit het oog verloren...). Bij het gebruik van bv. EUROPEP wordt gestreefd naar een response rate van 60%. Maar een normale te verwachten response rate van schriftelijke enquêtes kan variëren tussen 10% en 70% [2].

De meeste enquêtes waren kwaliteitsvol ingevuld. Het valt op dat de open vragen frequent niet beantwoord werden.

5.2 DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

Er hebben duidelijk meer vrouwen (60,5%) dan mannen (39,5%) meegewerkt aan dit onderzoek.

Nationaliteit is ook nagevraagd maar blijkt van weinig belang aangezien alle personen de Belgische nationaliteit bezitten.

De gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie bedraagt 54,3 jaar, minimum leeftijd is 18 jaar en maximum leeftijd 83 jaar. Ongeveer de helft van de ondervraagde patiënten is ouder dan 55 jaar.

Tabel 2 toont de demografische gegevens van de participanten.

Tabel 2: Demografische gegevens

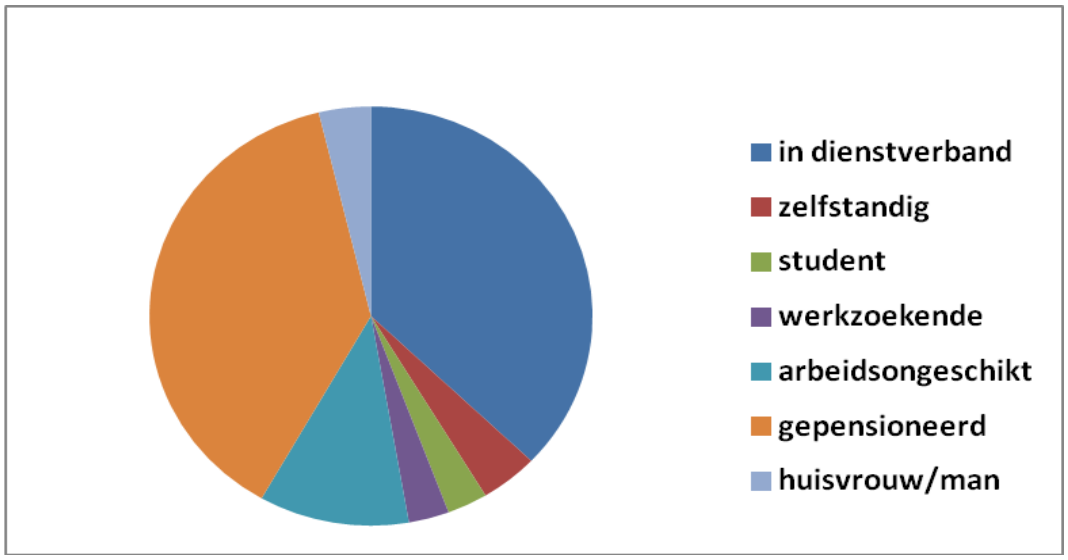
	Aantal (%)	
Geslacht		
Vrouw	147	(60,5%)
Man	96	(39,5%)
Nationaliteit		
Belgisch	246	(100%)
Beroepssituatie		
In dienstverband	88	(37,1%)
Zelfstandig	10	(4,2%)
Student	7	(3%)
Werkzoekende	7	(3%)
Arbeidsongeschikt	26	(11%)
Gepensioneerd	90	(38%)
Huisvrouw/man	9	(3,8%)
Opleiding		
Basis of lager secundair	99	(41,9%)
Hoger secundair	91	(38,6%)
Hoger dan secundair	46	(19,5%)
Kinderen in het gezin		
Ja	62	(25,6%)
Nee	180	(74,4%)
Chronische aandoening		
Ja	100	(42,7%)
Nee	134	(57,3%)
Frequentie consulteren afgelopen jaar		
Geen enkele keer	4	(1,7%)
Een of twee keer	35	(14,5%)
Drie tot vijf keer	94	(38,8%)
Zes tot tien keer	66	(27,3%)
Meer dan tien keer	43	(17,8%)

De meeste patiënten hebben basis of lager secundair onderwijs (41,9%) gevolgd ofwel hoger secundair onderwijs (38,6%). Een beperkte groep heeft een opleiding hoger dan het secundair (19,5%) gevolgd.

De gezinnen van de deelnemende patiënten bestaan voornamelijk uit andere volwassenen, bij 25,6% van de onderzoekspopulatie zijn er kinderen in het gezin. De gemiddelde leeftijd van de kinderen is 12 jaar. Het merendeel (87,7%) van de kinderen is ook patiënt in de onderzoekspraktijk.

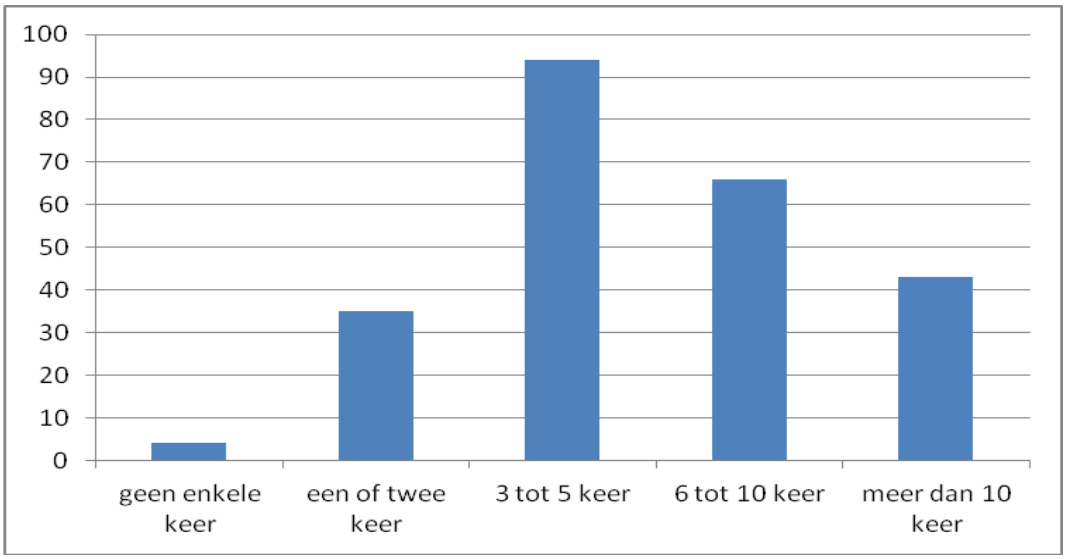
Naar gezondheid toe heeft minder dan de helft van de ondervraagde patiënten (42,7%) een chronische ziekte.

Wat betreft huidige beroepssituatie zijn de meeste patiënten gepensioneerd (38%) of werken ze in dienstverband (37,1%). Het aantal respondenten actief op de arbeidsmarkt bedraagt 41,3%.



Grafiek 1: Beroepssituatie

De meerderheid van de patiënten consulteert heel regelmatig. Het afgelopen jaar consulteerden 66 personen (of 27,3%) 6 tot 10 maal en 43 personen (of 17,8%) zelfs meer dan 10 maal.



Grafiek 2: Frequentie consulteren het afgelopen jaar

5.3 Resultaten betreffende vrije consultatie of afspraak: voorkeuren en voor-en nadelen

Bij het peilen naar de uiteindelijke voorkeur van de patiënten voor één van beide systemen is de verdeling ongeveer gelijk: 49,6% van de patiënten verkiest om op afspraak te komen terwijl 44,7% vrije consultaties verkiest. Een minderheid (5,7%) heeft beide opties aangekruist, wat wil zeggen dat zij kiezen voor een gemengd systeem (uiteindelijk behoorde dit niet tot de keuzemogelijkheden).

Voor wat betreft de voor- en nadelen van beide systemen zijn er nogal uiteenlopende antwoorden uit de bus gekomen. De tabellen geven een top 5 van alle antwoorden weer.

Tabel 3: Voor- en nadelen vrije consultaties volgens de patiënten

	Voordelen vrije consultaties	Nadelen vrije consultaties
1	Gaan wanneer je wil (41%)	Lange wachttijd (60,3%)
2	Zekerheid van hulp (20,3%)	Volle wachtzaal (2,4%)
3	Sociaal contact (3,2%)	Geen (2,4%)
4	Bij dringende gevallen (2,8%)	Geen plaats om te zitten (0,8%)
5	Geen (2,4%)	Besmettingsgevaar (0,8%)

Andere genoemde voordelen zijn: goedkoper, je hoeft niet stipt te zijn, vaste uren, bij onverwacht ziek worden, gemakkelijk, geen verplichtingen...

Tabel 4: Voor- en nadelen van consultatie op afspraak volgens de patiënten

	Voordelen afspraak	Nadelen afspraak
1	Minder lange wachttijd (55,7%)	Geen (10,2%)
2	Zelf kiezen wanneer (7,3%)	Op voorhand vastleggen (6,9%)
3	Geen tijdverlies (6,9%)	Geen plaats (6,9%)
4	Minder stress (1,6%)	Niet zelf kiezen wanneer (4,6%)
5	Praktisch (kleine kinderen, werk) (1,2%)	Bellen om afspraak te maken (4,5%)

Andere genoemde nadelen zijn: als voorgaande patiënten niet op tijd zijn, het moeten afzeggen van een afspraak, duurder, moeilijk bij dringende gevallen, niet met meerdere personen tegelijk, niet sociaal, stipt zijn, echtgenote doet soms lastig om afspraak te geven, patiënten dwingen om naar spoed te gaan...

Tabel 5: Resultaten betreffende vrije consultaties of afspraak

	Aantal (%)	
Voorkeur		
Vrije consultatie	110	(44,7%)
Op afspraak	122	(49,6%)
Tevredenheid huidige systeem vrije consultaties		
Heel tevreden	79	(32,2%)
Tevreden	129	(52,7%)
Neutraal	31	(12,7%)
Ontevreden	6	(2,4%)
Helemaal niet tevreden	0	(0%)
Hoe vaak stoort u zich aan de wachttijd?		
Nooit	45	(18,3%)
Soms	157	(63,8%)
Meestal	39	(15,9%)
Altijd	5	(2%)
In welke mate stoort u zich aan de wachttijd?		
Niet	41	(16,7%)
Bijna niet	140	(57,1%)
Veel	60	(24,5%)
Heel veel	4	(1,6%)
Tevredenheid over algemene toegankelijkheid praktijk		
Heel tevreden	139	(57,4%)
Tevreden	98	(40,5%)
Neutraal	4	(1,7%)
Ontevreden	1	(0,4%)
Helemaal niet tevreden	0	(0%)
Wachttijd vandaag		
Minder dan 15 minuten	54	(22,6%)
15 tot 30 minuten	76	(31,8%)
30 tot 45 minuten	52	(21,8%)
45-60 minuten	25	(10,5%)
Meer dan 1 uur	25	(10,5%)
Weet ik niet	7	(2,9%)

De meerderheid van de patiënten lijkt tevreden tot heel tevreden over het huidige systeem van vrije consultaties, respectievelijk 52,7% en 32,2%. Slechts een minderheid (2,4%) is echt ontevreden.

63,8% van de patiënten geeft toe zich soms te storen aan de lange wachttijden tijdens vrije consultaties, 15,9% stoort zich meestal aan de wachttijd. Er is ook een groep die zich nooit stoort aan de wachttijd (18,3%). Bij navraag in welke mate men zich stoort dan antwoordt de meerderheid "bijna niet" (57,1%). Ongeveer een vierde van de patiëntenpopulatie (24,5%) ergert zich veel aan de wachttijd en 16,7% ergert zich eigenlijk niet.

Ook over de algemene toegankelijkheid van de praktijk is de mening van de patiënten heel duidelijk: 57,4% is heel tevreden en 40,5% is tevreden.

Wat betreft de gemiddelde wachttijd op het moment van het afnemen van de enquête: de meerderheid van de patiënten heeft niet veel langer dan 30 minuten moeten wachten. De grootste groep heeft 15 tot 30 minuten gewacht (31,8%), een aantal hebben zelfs minder dan een kwartier moeten wachten (22,6%) en nog een groot deel van de patiënten (21,8%) heeft 30 tot 45 minuten moeten wachten. Slechts 10% heeft langer dan een uur gewacht.

Er werd ook nagegaan of er een associatie bestaat tussen bepaalde parameters.

Er kon **geen statistisch significante associatie** aangetoond worden tussen een bepaalde voorkeur (afspraak of vrij) en het al dan niet aanwezig zijn van kinderen in het gezin (P= 0,303), werkstatus (P=0,205), geslacht (P=0,502) en het al dan niet hebben van een chronische aandoeningen (P= 0,896). (zie tabel 6 t.e.m.9)

Tabel 6: Associatie voorkeur en kinderen in het gezin

		zijn er kinderen in uw huishouden		Totaal
		nee	ja	
wat verkiest u	consultaties op afspraak	37,3%	15,3%	52,6%
	vrije consultaties	36,4%	11%	47,4%
Totaal		73,7%	26,3%	228

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,062	1	0,303

Tabel 7: Associatie voorkeur en werkstatus

		hoe beschrijft u uw huidig beroep							Totaal
		in dienstverband	zelfstandig	student	werkzoekend	arbeidsongeschikt	gepensioneerd	huisvrouw/man	
wat verkiest u	consultaties op afspraak	20,2%	3,5%	2,2%	0,9%	6,3%	17,9%	1,3%	52,5%
	vrije consultaties	16,1%	0,9%	0,4%	1,8%	5,4%	20,6%	2,2%	47,5%
Totaal		36,3%	4,4%	2,6%	2,7%	11,7%	38,5%	3,5%	100%

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,484	6	0,205

Tabel 8: Associatie voorkeur en geslacht

		geslacht		Totaal
		man	vrouw	
wat verkiest u	consultaties op afspraak	20,1%	33,2%	53,3%
	vrije consultaties	19,6%	27,1%	46,7%
Totaal		39,7%	60,3%	100%

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sied)
Pearson Chi-Square	0,451	1	0,502

Tabel 9: Associatie voorkeur en chronische ziekten

		Heeft u chronische aandoeningen		Totaal
		nee	ja	
wat verkiest u	consultaties op afspraak	30%	23,2%	53,2%
	vrije consultaties	26,8%	20%	46,8%
Totaal		56,8%	43,2%	100%

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	0,017	1	0,896

Er werd wel **een statistisch significante associatie** gevonden tussen wachttijd (P= 0,004) en een bepaalde voorkeur en tussen leeftijd (P=0,018) en voorkeur. (zie tabel 10 en 11)

Tabel 10: Associatie voorkeur en wachttijd

		Hoelang moest u vandaag wachten in de wachtzaal					Totaal
		minder dan 15 minuten	15-30 minuten	30-45 minuten	45-60 minuten	meer dan een uur	
wat verkiest u	consultaties op afspraak	16,5%	15,1%	9,6%	4,6%	8,7%	54,6%
	vrije consultaties	6,9%	17%	12,8%	6%	2,8%	45,4%
Totaal		23,4%	32,1%	22,4%	10,6%	11,5%	100%
		Value		Df		Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square		15,321		4		0,004	

De richting van associatie tussen wachttijd en voorkeur is niet helemaal duidelijk. Patiënten die lang hebben gewacht (meer dan een uur) kiezen duidelijk meer voor consultaties op afspraak. Patiënten die niet lang hebben gewacht (minder dan 15 minuten) kiezen ook meer voor consultaties op afspraak. Dit zijn waarschijnlijk de patiënten die op dat moment al consulteerden op afspraak. In de vragenlijst wordt hier echter geen rekening met gehouden, er is geen vraag die peilt naar het type consultatie op het moment van afname van de enquête. Afspraakmomenten zijn eerder beperkt (zie praktijkschets) in de praktijk, dus men kan er eventueel van uitgaan dat de meerderheid van de respondenten op vrije raadpleging kwam.

Tabel 11: Associatie voorkeur en leeftijd

	wat verkiest u	N	Gemiddelde	Std. Deviatie
leeftijd	consultaties op afspraak	119	51,6	16,9
	vrije consultaties	109	57,0	16,8
		t	Df	Sig (2-tailed)
	Independent T-test	2,381	226	0,018

De richting van associatie tussen leeftijden en voorkeur is wel duidelijk: hoe ouder, hoe liever vrije consultaties. De gemiddelde leeftijd is hoger bij patiënten die een voorkeur voor vrije consultaties hebben dan de gemiddelde leeftijd van degene die kiezen voor een afspraak.

5.4 RESULTATEN BETREFFENDE VERWACHTINGEN ROND AFSPRAKENSYSTEEM

Het is duidelijk dat bijna alle patiënten liefst telefonisch een afspraak vastleggen (92,3%) in plaats van online (7,7%).

Slechts 36,6% zou effectief gebruik maken van een online afsprakensysteem, terwijl blijkt dat 66,4% van de ondervraagde patiënten toch over internet beschikt.

Tabel 12: Resultaten wijze van afspraak maken

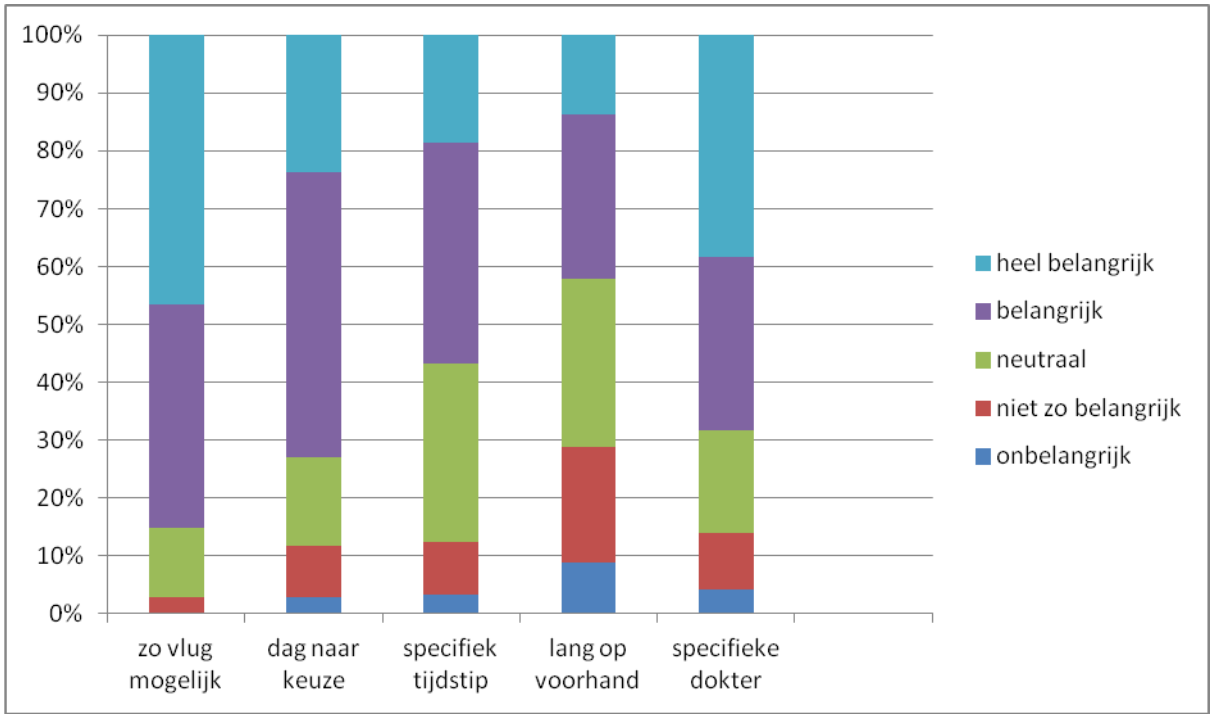
	Aantal (%)	
Voorkeur afspraak maken		
Telefonisch	204	(92,3%)
Online	17	(7,7%)
Gebruik maken van online systeem?		
Ja	87	(36,6%)
Nee	151	(63,4%)
Toegang tot internet?		
Ja	160	(66,4%)
Nee	81	(33,6%)

Als men navraagt wat de ondervraagde patiënten belangrijk vinden bij het maken van een afspraak komt men tot volgende resultaten. Het feit dat de afspraak zo vlug mogelijk moet zijn, is van groot belang voor de patiënten, de afspraak is ook liefst op de dag naar hun keuze. Een specifiek tijdstip en de mogelijkheid om de afspraak lang op voorhand te maken is minder belangrijk. De meerderheid van de patiënten heeft ook een voorkeur om een specifieke dokter te zien.

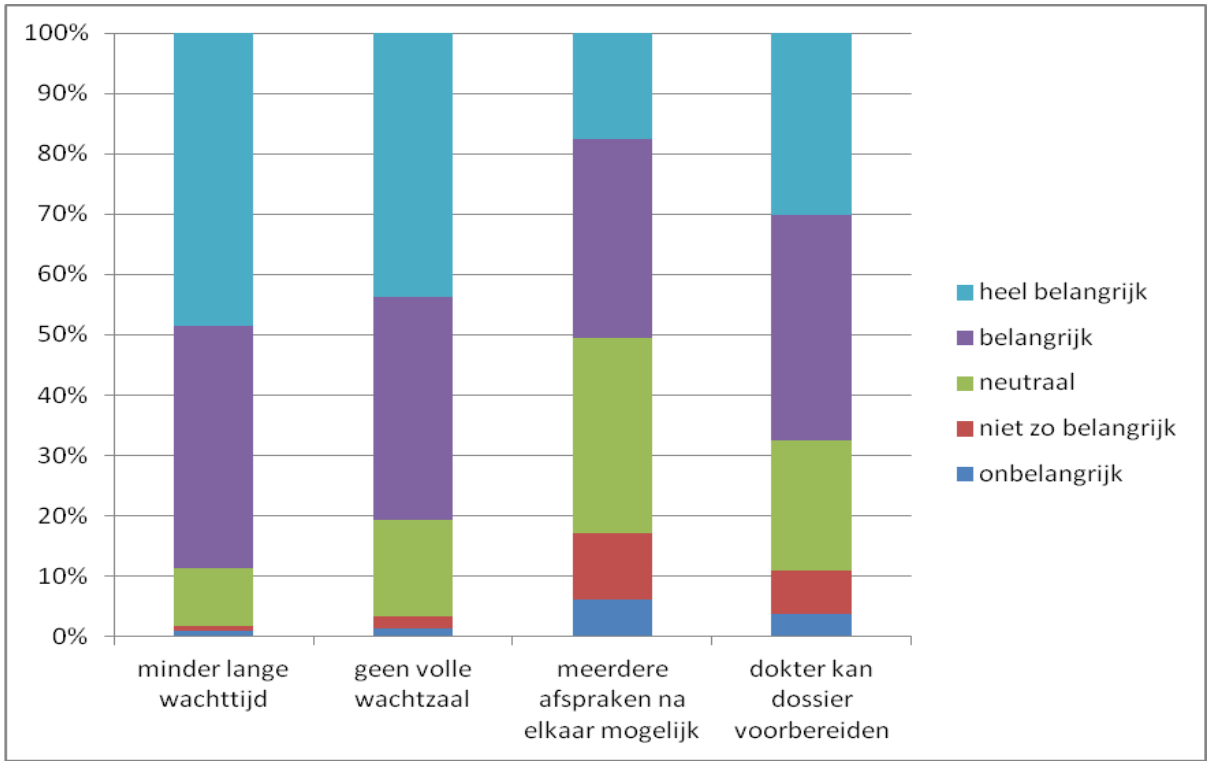
Bij de verwachtingen ten opzichte van een afsprakensysteem zijn de resultaten ongeveer gelijklopend. De meerderheid van de patiënten vindt volgende zaken duidelijk heel belangrijk tot belangrijk: minder wachttijd, geen volle wachtzaal en de mogelijkheid dat de arts het dossier kan voorbereiden. De mogelijkheid om meerdere afspraken na elkaar te maken voor meerdere problemen is minder belangrijk.

Tabel 13: Resultaten betreffende verwachtingen afsprakensysteem

	Aantal (%)
Afspraak is zo vlug mogelijk	
Onbelangrijk	0 (0%)
Niet zo belangrijk	6 (2,8%)
Neutraal	26 (12,1%)
Belangrijk	83 (38,6%)
Heel belangrijk	100 (46,5%)
Afspraak is op dag naar keuze	
Onbelangrijk	6 (2,8%)
Niet zo belangrijk	19 (9%)
Neutraal	32 (15,2%)
Belangrijk	104 (49,3%)
Heel belangrijk	50 (23,7%)
Afspraak is op specifiek tijdstip	
Onbelangrijk	7 (3,3%)
Niet zo belangrijk	19 (9%)
Neutraal	65 (31%)
Belangrijk	80 (38,1%)
Heel belangrijk	39 (18,6%)
Mogelijkheid om lang op voorhand afspraak te maken	
Onbelangrijk	18 (8,8%)
Niet zo belangrijk	41 (20,1%)
Neutraal	59 (28,9%)
Belangrijk	58 (28,4%)
Heel belangrijk	28 (13,7%)
Een specifieke dokter zien	
Onbelangrijk	9 (4,3%)
Niet zo belangrijk	20 (9,6%)
Neutraal	37 (17,7%)
Belangrijk	63 (30,1%)
Heel belangrijk	80 (38,3%)
Minder lange wachttijd	
Onbelangrijk	2 (0,9%)
Niet zo belangrijk	2 (0,9%)
Neutraal	21 (9,5%)
Belangrijk	89 (40,1%)
Heel belangrijk	108 (48,6%)
Geen volle wachtzaal	
Onbelangrijk	3 (1,4%)
Niet zo belangrijk	4 (1,9%)
Neutraal	33 (15,9%)
Belangrijk	77 (37%)
Heel belangrijk	91 (43,8%)
Meerdere afspraken na elkaar voor meerdere problemen	
Onbelangrijk	12 (6%)
Niet zo belangrijk	22 (11%)
Neutraal	65 (32,5%)
Belangrijk	66 (33%)
Heel belangrijk	35 (17,5%)
Dokter kan dossier voorbereiden	
Onbelangrijk	8 (3,8%)
Niet zo belangrijk	15 (7,1%)
Neutraal	46 (21,7%)
Belangrijk	79 (37,3%)
Heel belangrijk	64 (30,2%)



Grafiek 3a: Verwachtingen van de patiënten t.o.v. afsprakensysteem



Grafiek 3b: Verwachtingen van de patiënten t.o.v. afsprakensysteem

6. DISCUSSIE

Dit onderzoek heeft als doel om na te gaan bij de patiënten hoe ze staan tegenover het huidig consultatiesysteem en tegenover een afsprakensysteem. Hierbij wordt expliciet gepeild naar hun voorkeur en mogelijke voor- en nadelen, het betreft hier enkel de patiëntenpopulatie van de opleidingspraktijk. Aan de hand van de resultaten wordt dan geëvalueerd of er veranderingen noodzakelijk zijn binnen de praktijkorganisatie.

De belangrijkste bevindingen van deze studie kunnen als volgt worden samengevat: de voorkeur voor vrije consultaties of raadpleging op afspraak is ongeveer gelijk verdeeld, er is geen duidelijke voorkeur. De meerderheid van de patiënten is tevreden over het huidige systeem alhoewel meer dan de helft van de patiënten toegeeft zich soms te storen aan de lange wachttijd. Deze ergernis blijkt echter niet zo groot te zijn.

Wanneer men zou overschakelen naar een afsprakensysteem willen praktisch alle patiënten het liefst de afspraak telefonisch vastleggen i.p.v. online, dit terwijl toch twee derden van de patiënten over internet beschikt. Bij de verwachtingen t.o.v. een afsprakensysteem vinden de meeste patiënten de aangebrachte aandachtspunten belangrijk tot heel belangrijk. Zo vlug mogelijk een afspraak vinden ze iets belangrijker dan afspraak op hun dag naar keuze. Enkel de mogelijkheid om lang op voorhand een afspraak te maken en om meerdere afspraken na elkaar te maken vinden ze minder belangrijk.

Er is een associatie gevonden tussen een voorkeur voor afspraak of vrij en wachttijd op het moment van afname van de enquête en tussen die voorkeur en leeftijd.

6.1 BESPREKING RESULTATEN

Voor de start van deze studie werd verwacht dat de meerderheid van de patiënten toch een duidelijke voorkeur zou hebben voor consultaties op afspraak. Nu blijkt dat de voorkeur van deze onderzoeksgroep eerder gelijk verdeeld is. Als men naar mogelijke oorzaken zoekt voor dit onverwacht resultaat dan zijn er verschillende redenen plausibel. De grootste boosdoener lijken de misverstanden die heersen bij de patiënten, deze misopvattingen blijken zowel uit de enquêtes als uit persoonlijk contact. De meeste patiënten staan wantrouwig t.o.v. verandering en t.o.v. een eventueel afsprakensysteem. Ze denken dat consultaties op afspraak duurder zullen zijn dan vrije consultatie (wat in de opleidingspraktijk niet het geval is), ze vrezen dat een afspraak dezelfde dag nooit mogelijk gaat zijn en dus

dat ze bij acute ziekteproblemen niet geholpen zullen worden. Deze misverstanden worden gevoed door het huidige systeem: nu zijn er slechts beperkte afspraakmomenten en die zijn inderdaad dikwijls vlug volzet. Patiënten krijgen hierdoor de indruk dat bij de invoering van een volledig afsprakensysteem het ook moeilijk zal zijn om een afspraak te bemachtigen.

Uit tabel 4 met de mogelijke nadelen van op afspraak werken volgens de patiënten lijkt het alsof de meerheid geen problemen ziet omdat het top antwoord "geen" is. Dit is echter misleidend. Het antwoord "geen" wordt inderdaad procentueel het meest vernoemd, maar bij het opstellen van de lijst zijn de antwoorden heel divers en gespreid m.a.w. de opsomming van mogelijke nadelen van consultaties op afspraak is veel uitgebreider in vergelijking met de opsomming van de andere voor- en nadelen, dit geeft dus een vertekend beeld.

Nog een mogelijke reden voor dit resultaat is de bestudeerde patiëntenpopulatie. De gemiddelde leeftijd is 54 jaar. Oudere personen geven aan meer tijd te hebben en zich dus minder druk te maken over oplopende wachttijd, bovendien geven veel van deze personen aan dat ze het sociaal contact in de wachtzaal kunnen waarderen en dit als een groot voordeel van vrije consultaties zien. Ook het aantal actieve patiënten op de arbeidsmarkt ligt duidelijk lager dan het aantal gepensioneerden of arbeidsongeschikten. In theorie kan men stellen dat werkende patiënten minder tijd beschikbaar hebben en dus vlugger zullen kiezen voor consultaties op afspraak. Slechts één van bovengenoemde associaties wordt bevestigd in dit onderzoek: hoe ouder men is, hoe meer men kiest voor vrije consultatie (P=0,018). De associatie tussen werkstatus en eventuele voorkeur voor consultatie op afspraak kon niet bevestigd worden. De associatie tussen gezinnen met kinderen en de voorkeur voor consultatie op afspraak werd ook niet bevestigd door dit onderzoek.
De vraag stelt zich dan als de bestudeerde populatie jonger was of dit zou leiden tot andere resultaten. Bovendien moet men ook rekening houden met de typische huisartsenpopulatie: jongere personen komen sporadisch, ouderen en chronisch zieken consulteren frequenter en met de vergrijzing in het achterhoofd zullen gepensioneerden een groot deel blijven uitmaken van de huisartspopulatie.

Uit dit onderzoek blijkt ook dat de overduidelijke meerderheid van de patiënten tevreden tot heel tevreden is over het huidig systeem van vrije raadplegingen en over de algemene toegankelijkheid van de praktijk. Ze geven toe zich soms te storen aan de wachttijd maar deze ergernis blijkt niet zo groot als verondersteld. Hierdoor zullen inderdaad ook minder patiënten de voorkeur aanduiden om over te schakelen naar een afsprakensysteem, er is nog steeds die angst voor het onbekende en het nieuwe. Ook hier kan men de bedenking maken of een andere patiëntenpopulatie tot andere resultaten zou leiden. Uit de literatuur

blijkt dat jonge patiënten, etnische minderheden en patiënten met lage socio-economische status minder tevreden zijn over eerstelijn, terwijl oudere, blanke patiënten uit de middenklasse eerder positieve evaluaties geven [13]. De bestudeerde patiënten hier behoren praktisch allemaal tot de laatste groep (oudere, blanke patiënt uit de middenklasse).

Dit onderzoek bevestigt ook een associatie tussen huidige wachttijd op moment van afname van de enquête en de voorkeur voor consultaties op afspraak. Patiënten die langer dan 45 of 60 minuten wachten hebben eerder een voorkeur voor op afspraak te komen. Ook patiënten die minder dan 15 minuten hebben eerder een voorkeur voor een afsprakensysteem, dit is echter minder duidelijk dan bij de groep met de grootste wachttijd. Mogelijke bias hier is het feit dat er in de enquête niet is nagevraagd welke raadpleging de patiënten die dag hebben gekregen (vrij of op afspraak), de enquêtes werden immers ook uitgedeeld aan de patiënten die op afspraakmomenten kwamen. Hierdoor wordt de interpretatie van deze resultaten bemoeilijkt.

Bij het peilen naar de verwachtingen van de patiënten wat betreft een afsprakensysteem zijn de resultaten vergelijkbaar met de literatuur. Klein verschil is dat deze patiënten iets meer belang hechten aan 'zo vlug mogelijk een afspraak' dan aan 'dag naar hun keuze'. In de literatuur komt men tot het omgekeerd resultaat.
Opvallend is ook dat bijna alle patiënten ervoor kiezen om hun afspraak telefonisch te maken, terwijl meer dan 60% toch over internettoegang beschikt. Bedenking hierbij is dat dit zal zorgen voor een toename van het aantal telefoonoproepen terwijl er reeds veel telefonische contacten zijn. Nochtans zou de invoering van een online afsprakensysteem zorgen voor een daling van de telefoonbelasting, dit is uitvoerig beschreven in een ManaMa project van Filiep Taverniers [4].

6.2 Beperkingen en sterktes van de studie

Een van de belangrijke sterke punten van deze studie is de steekproefgrootte, er werden namelijk 246 patiënten ondervraagd.

Een mogelijke beperking van deze studie is de vragenlijst. Het gaat hier immers over een vragenlijst die zelf is samengesteld aan de hand van de literatuur maar die uiteraard niet gevalideerd is. De vragenlijst is ook geen exacte kopie van een gevalideerde vragenlijst (zie EUROPEP).

Bij het verwerken van de resultaten werd duidelijk dat sommige vragen beter anders geformuleerd zouden worden en dat er soms antwoordopties toegevoegd moeten worden. Onder andere is er niet gepeild naar de mogelijkheid voor een gemengd systeem (zowel vrije raadpleging als op afspraak), ook gemengd systeem van afspraak maken (telefonisch en online) werd niet aangeboden. Ook kon er expliciet de vraag gesteld worden of de patiënt ooit een huisbezoek heeft aangevraagd om wachttijden in de wachtzaal te kunnen vermijden
De vraag: "Welk type consultatie had u vandaag: vrij of op afspraak?" ontbreekt en is toch belangrijk om bepaalde resultaten en associaties te interpreteren.

De vragenlijst is afgenomen in een rustige periode, namelijk in de maand september. Indien men de vragenlijst zou afnemen in de winterperiode met meer patiëntencontacten, zou men misschien tot andere resultaten komen. Een drukkere periode zorgt voor meer patiënten en zo automatisch voor een langere wachttijd in de wachtzaal.

Indien het onderzoek opgebouwd wordt aan de hand van enquêtes, is er altijd het risico dat dit op zich ook al een selectie van een bepaalde populatie inhoudt.

6.3 Implicaties voor de praktijk

Aan de hand van deze resultaten kan men zich de vraag stellen of men daadwerkelijk veel moet veranderen aan de huidige praktijkorganisatie. De patiënten lijken tevreden over het huidige systeem en ook over de algemene toegankelijkheid van de praktijk. Als men veranderingen zou doorvoeren zou het niet zijn om de tevredenheid van de patiënten te verbeteren (deze is immers al hoog), maar eerder om de praktijk en werkwijze aangenamer te maken voor de arts zelf.

6.4 Suggesties voor verder onderzoek

Sterkere conclusies zouden mogelijk zijn met een meer uitgebreide en gevalideerde vragenlijst. Eventueel kan er een vergelijkende studie gebeuren waar men peilt naar de mening van een patiëntenpopulatie van een praktijk waar men recent is overgeschakeld van vrije raadplegingen naar afspraken.

Een vragenlijst die peilt naar de meningen van artsen omtrent dit thema is ook interessant. Het is belangrijk om de visie van huisartsen zelf hier ook te kennen.

7. BESLUIT

Men kan dus besluiten dat er veel verschillende afspraaksystemen gangbaar zijn en dat steeds meer huisartsen overschakelen op een afsprakensysteem. Vrije raadplegingen zijn geassocieerd met een subjectief toegenomen werkbelasting, een causale relatie met burn-out bij huisartsen niet aangetoond. Patiënten hebben andere verwachtingen van een afsprakensysteem dan artsen. Uit meerdere onderzoeken blijkt dat de voorkeur voor een bepaald soort raadpleging bij patiënten sterk samenhangt met hun noden op dat moment en hun persoonlijke voorkeur. Indien ze een afspraak wensen zijn de belangrijkste parameters dat het op hun dag van voorkeur is en bij de arts van hun keuze. Over het algemeen wordt de eerstelijnsgezondheidszorg positief geëvalueerd door patiënten, ook in België. Enkel organisatorische zaken worden eerder negatief beoordeeld wat impliceert dat er op dit vlak duidelijk ruimte voor verbetering is

De belangrijkste bevindingen van deze studie kunnen als volgt worden samengevat: de voorkeur voor vrije consultaties of raadpleging op afspraak is ongeveer gelijk verdeeld, er is geen duidelijke voorkeur. De meerderheid van de patiënten is tevreden over het huidige systeem alhoewel meer dan de helft van de patiënten toegeeft zich soms te storen aan de lange wachttijd. Deze ergernis blijkt echter niet zo groot te zijn. Er blijken toch ook heel wat misverstanden te heersen bij de patiënten over consultaties op afspraak.

Wanneer men zou overschakelen naar een afsprakensysteem willen praktisch alle patiënten het liefst de afspraak telefonisch vastleggen i.p.v. online, dit terwijl toch twee derden van de patiënten over internet beschikt. Bij de verwachtingen t.o.v. een afsprakensysteem vinden de meeste patiënten de aangebrachte aandachtspunten belangrijk tot heel belangrijk. Zo vlug mogelijk een afspraak vinden ze iets belangrijker dan afspraak op hun dag naar keuze. Enkel de mogelijkheid om lang op voorhand een afspraak te maken en om meerdere afspraken na elkaar te maken vinden ze minder belangrijk.

Er is een associatie gevonden tussen een voorkeur voor afspraak of vrij en wachttijd op het moment van afname van de enquête en tussen die voorkeur en leeftijd.

Aan de hand van deze resultaten kan men zich de vraag stellen of men daadwerkelijk veel moet veranderen aan de huidige praktijkorganisatie. De patiënten lijken tevreden over het huidige systeem en ook over de algemene toegankelijkheid van de praktijk.

8. REFERENTIES

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

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

3. www.nivel.nl

4. Taverniers Filiep, ManaMa project: Introductie van een online afsprakensysteem in de huisartspraktijk: invloed op de telefoonbelasting in een groepspraktijk, 2011-2012

5. Knight A, Lembke T. Appointments 101--how to shape a more effective appointment system. Aust Fam Physician, 2013, 42(3):152-156.

6. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Reis S, Ribacke M, Szecsenyi J. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br J Gen Pract, 2000, 50:882-887.

7. Wensing M, Vedstedt P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Paulus D, Grol R. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. Int J Qual Health Care, 2002, 14:111-118.

8. Jung H, Wensing M, de Wilt A, Olesen F, Grol R. Comparison of patients' preferences and evaluations regarding aspects of general practice care. Fam Pract, 2000, 17(3):236-242.

9. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Ribacke M, Spenser T, Szécsényi J. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). Fam Pract, 1999, 16(1):4-11.

10. Wensing M, Hermsen J, Grol R, Szecsenyi J. Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in Europe. Health Expect, 2008, 11(4):384-390.

11. Cheraghi-Sohi S, Hole AR, Mead N, McDonald R, Whalley D, Bower P, Roland M. What patients want from primary care consultations: a discrete choice experiment to identify patients' priorities. Ann Fam Med, 2008, 6(2):107-115.

12. Long S, Jiwa M. Satisfying the patient in primary care: a postal survey following a recent consultation. Curr Med Res Opinion, 2004, 20(5):685-689.

13. Kontopantelis E, Roland M, Reeves D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. BMC Fam Pract, 2010, 11:61.

14. Salisbury C, Goodall S, Montgomery AA, Pickin DM, Edwards S, Sampson F, Simons L, Lattimer V. Does Advanced Access improve access to primary health care? Questionnaire survey of patients. Br J Gen Pract, 2007, 57(541):615-621.

15. Pascoe SW, Neal RD, Allgar VL. Open-access versus bookable appointment systems: survey of patients attending appointments with general practitioners. . Br J Gen Pract , 2004, 54(502):367-369.

16. Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Open Access to General Practice Was Associated with Burnout among General Practitioners. Int J Family Med. 2013, Epub 2013 Jan 20.

9. BIJLAGE

9.1 INFORMED CONSENT

Beste patiënt,

Bij de opleiding tot huisarts hoort ook het schrijven van een thesis. Hierbij is het de bedoeling een praktijkverbeterend project op te starten.

In dit project wil ik graag onderzoeken wat jullie mening is over vrije consultaties of consultaties op afspraak.

Als je graag wil meewerken aan dit onderzoek, dan vraag ik jullie om bijgevoegde vragenlijst in te vullen en terug te bezorgen aan de praktijk. Deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig. Het al dan niet deelnemen zal geen enkele invloed hebben op de relatie met de arts en/of onderzoekers.

Ik hoop op jullie medewerking. Zo kan naar de toekomst toe eventueel meer rekening gehouden worden met jullie voorkeur.

Instemmen met de studie en het gebruik van de ingevulde gegevens, doet u door de vragenlijst ingevuld op de afgesproken plaats te deponeren. Deze gegevens worden uiteraard volledig anoniem verwerkt.

Bedankt voor de medewerking!

Lynn De Ceukeleire

9.2 VRAGENLIJST

1. Hoe tevreden bent u over het huidige systeem van vrije consultaties?

- ❒ heel tevreden
- ❒ tevreden
- ❒ neutraal
- ❒ ontevreden
- ❒ helemaal niet tevreden

2. Hoe **vaak** stoort u zich aan de wachttijd tijdens vrije consultaties?

- ❒ nooit
- ❒ soms
- ❒ meestal
- ❒ altijd

3. **In welke mate** (hoe erg) stoort u zich aan de wachttijd tijdens vrije consultaties?

- ❒ niet
- ❒ bijna niet
- ❒ veel
- ❒ heel veel

4. Wat verkiest u?

- ❒ consultatie op afspraak
- ❒ vrije consultatie

5. Wat zijn voor u de voor- en nadelen van **vrije consultaties**?

Voordelen: .....
.....
.....

Nadelen: .....
.....
.....

6. Wat zijn voor u de voor- en nadelen van **consultaties op afspraak**?

Voordelen: .....
.....
.....
Nadelen: .....
.....
.....

7. Op welke manier zou u het liefst een afspraak vastleggen?

- ❒ telefonisch
- ❒ online

8. Zou u gebruik maken van een online afspraken systeem?

- ❒ ja
- ❒ nee

9. Beschikt u over toegang tot internet?

- ❒ ja
- ❒ nee

10. Hoe tevreden bent u over de toegankelijkheid van de praktijk in het algemeen?

- ❒ heel tevreden
- ❒ tevreden
- ❒ neutraal
- ❒ ontevreden
- ❒ helemaal niet tevreden

11. Welke zaken zijn belangrijk voor u bij het **maken** van een afspraak?

	Heel belangrijk	Belangrijk	Neutraal	Niet zo belangrijk	Onbelangrijk
Afspraak is zo vlug mogelijk					
Afspraak is op een dag naar uw keuze					
Afspraak is op een specifiek tijdstip op een dag					
Mogelijkheid om lang op voorhand te maken					
Een specifieke dokter zien					

12. Wat verwacht u of vindt u belangrijk aan een **afsprakensysteem**?

	Heel belangrijk	Belangrijk	Neutraal	Niet zo belangrijk	Onbelangrijk
Minder wachttijd					
Geen volle wachtzaal					
Mogelijkheid van meerdere afspraken na mekaar voor meerdere problemen					
De dokter kan mijn dossier op voorhand inkijken en voorbereiden					

13. 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

14. Hoe vaak consulteerde u het afgelopen jaar?

- ❒ geen enkele keer
- ❒ een of twee keer
- ❒ 3 tot 5 keer
- ❒ 6 tot 10 keer
- ❒ meer dan 10 keer

15. Bent u man of vrouw?

- ❒ M
- ❒ V

16. Wat is uw geboortejaar? .....

17. Zijn er kinderen in uw huishouden?

- ❒ ja
- ❒ nee

Zo ja: Wat is de leeftijd van uw kinderen? ……..

Zijn uw kinderen patiënt in deze praktijk? .....

18. Wat is de hoogste opleiding die u hebt bereikt?

- ❒ Basis- of lager secundair onderwijs
- ❒ Hoger secundair onderwijs
- ❒ Hoger dan secundair onderwijs

19. Wat is uw nationaliteit of afkomst? ……

20. Heeft u één of meerdere chronische aandoeningen of ziektes?

- ❒ ja
- ❒ nee

21. Hoe beschrijft u uw huidig beroep of werkstatus?

- ❒ In dienstverband (bv arbeider, bediende of ambtenaar)
- ❒ Zelfstandig beroep
- ❒ Student
- ❒ Werkzoekende (werkloos)
- ❒ Arbeidsongeschikt/ minder valide
- ❒ Gepensioneerd
- ❒ Hoofdzakelijk huisvrouw/man