De Kunst van het Wachten

Hanna Kevers, Universiteit Gent

Promotor: Professor S. Willems, Universiteit Gent

Co-promotor: Lise Hanssens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaren 2014 - 2015, 2015 - 2016

DANKWOORD

Deze masterproef kwam tot stand met de hulp van professor Sara Willems als promotor en Lise Hanssens als co-promotor. Graag wil ik hen bedanken voor hun ondersteuning en hun advies bij het opstellen van mijn onderzoek, de verwerking van de gegevens en het uitschrijven van de tekst. Ik zou ook mijn praktijkopleider Marij Sercu willen bedanken voor haar enthousiasme en betrokkenheid bij het project. Hiernaast wil ik de onthaalmedewerkers en artsen van het WGC bedanken voor hun medewerking. Tot slot wil ik de personen die het dichtst bij mij staan: mijn familie, partner en vrienden bedanken voor hun oneindige steun en tijd.

ABSTRACT

Titel: De Kunst van het Wachten

HAIO: Hanna Kevers
Promotor: Prof. Sara Willems
Co-promotor: Lise Hanssens
Praktijkopleider: Dr. Marij Sercu

Contactgegevens: hanna.kevers@ugent.be

Context: Studies hebben aangetoond dat de wachttijd een belangrijke factor is voor de patiëntentevredenheid. In België blijkt 34% van de patiënten ontevreden te zijn over de wachttijd. In het Wijkgezondheidscentrum (WGC) Brugse Poort te Gent wordt bijna uitsluitend op afspraak gewerkt. De artsen en onthaalmedewerkers in het WGC worden af en toe geconfronteerd met boze reacties van patiënten wanneer zij moeten wachten.

De onderzoeksvraag is: 1) inzicht verwerven in de objectieve en subjectieve wachttijden in de wachtzaal bij de artsen en nagaan of deze wachttijden geassocieerd zijn met bepaalde praktijk- en patiëntenkenmerken; 2) nagaan hoe de patiënten dit wachten beleven en hoe we die beleving aangenamer kunnen maken.

Methode: We verrichten een literatuurstudie om het terrein te verkennen. Het daaropvolgende onderzoeksgedeelte bevat twee luiken. Het eerste luik betreft een registratie van de wachttijden door de onthaalmedewerkers en de artsen. 811 patiënten werden geïncludeerd. Het tweede luik peilt naar de beleving van het wachten bij de patiënt aan de hand van een anonieme vragenlijst. 264 respondenten vulden deze vragenlijst in. Verwerking van de gegevens gebeurt met het statistisch programma SPSS.

Resultaten: Tijdens de registratie periode kwam 77.1% van de patiënten te vroeg op afspraak, 5.9% stipt op tijd, 17.0% te laat. De gemiddelde wachttijd (te vroeg komen niet inbegrepen) bedraagt 8.0 minuten (SD 9.1); de gemiddelde consultatieduur 17.1 minuten (SD 7.8). Bij de oudere artsen is er een langere wachttijd en consultatieduur. De patiënten kunnen deze wachttijd goed inschatten en een wachttijd van 8.0 minuten wordt door bijna alle patiënten aanvaardbaar bevonden. Ongeveer één derde van de patiënten vindt wachten bij de huisarts lastig. Patiënten van niet-Belgische origine / laagopgeleiden vinden het wachten lastiger dan patiënten van Belgische origine / hoogopgeleiden. Patiënten van niet-Belgische origine zijn ook minder bereid om langer dan 15 minuten te wachten. Suggesties om het wachten aangenamer te maken werden verschillend beoordeeld door onze diverse patiëntenpopulatie.

Conclusies: De wachttijd bij de artsen in het WGC Brugse Poort is over het algemeen beperkt. Er is een minderheid van patiënten die objectief of subjectief te lang moet wachten in de wachtzaal. Op dit vlak is dus nog steeds verbetering mogelijk. De beleving van het wachten bij patiënten verschilt alsook hun mening over onze suggesties om het wachten aangenamer te maken.

INHOUDSTAFEL

Intro 1

Inleiding 3

Oriënterend literatuuronderzoek 4

1. Vraagstelling 4
2. Zoekstrategie 4
3. Bevindingen literatuuronderzoek 4
   - 3.1. Relatie tussen wachten en patiëntentevredenheid 4
   - 3.2. Factoren die de wachttijd beïnvloeden 6
   - 3.3. Factoren die de tevredenheid over het wachten beïnvloeden 8
4. Conclusies uit de literatuur 10

Praktijkschets 11

Onderzoeksmethodiek 13

1. Dataverzameling 13
   - 1.1. Deel 1: Registratie objectieve afspraak- en wachttijden 13
   - 1.2. Deel 2: Vragenlijst voor de patiënt 13
   - 1.3. Piloottest 13
2. Constructie variabelen 14
   - 2.1. Deel 1: Registratie objectieve afspraak- en wachttijden 14
   - 2.2. Deel 2: Vragenlijst voor de patiënt 15
3. Statistische analyse 16

Resultaten 17

1. Socio-demografische kenmerken van de studiepopulatie 17
   - 1.1. Deel 1: Registratie objectieve afspraak- en wachttijden 17
   - 1.2. Deel 2: Vragenlijst voor de patiënt 17
2. Bevindingen van het onderzoek 20

2.1. Deel 1: Registratie objectieve afspraak- en wachttijden 20

2.3. Deel 2: Vragenlijst voor de patiënt 24

Discussie 28

Besluit en implicaties voor de praktijk 32

Referenties 34

Bijlagen 36

Bijlage 1: Protocol Ethisch Comité 36

Bijlage 2: Advies Ethisch Comité 38

Bijlage 3: Vragenlijst 40

Bijlage 4: Informed Consent 42

Bijlage 5: Tabellen 44

INTRO

Wacht

Ik zit in de wachtkamer.
Wie niet.
Ik ben vroeg gekomen. Met drie zieken vóór mij word ik al terminaal. Dat wil ik verhinderen. Soms raak ik dan ook springlevend. Het is moeilijk te voorspellen.
Toch zit er al één zieke voor mij. Dat kan ik nog aan. Hij ziet er ook niet stervend uit. Maar wat zegt dat.
In afwachting moet ik kiezen tussen legoblokjes en tijdschriften. Zaten we al met drie, dan koos ik voor de blokjes. Nog één keer met Lego spelen voor het laatste oordeel.
Ik pak het tijdschrift. Alleen in wachtkamers lees ik tijdschriften. Anders heb ik er geen tijd voor. Blakend als ik ben, lees ik bijgevolg twee tijdschriften per jaar: één in de herfst- en één in de lentemoeheid

…

De dokter laat wat op zich wachten. Dat is geen goed teken. Hoe zou het met hem zijn? Hij is geen 20 meer, maar ook nog geen 75. Maar wat zegt dat.

…

Een derde patiënt komt de kamer in. Bij hoestenden en mankenden weet je wat er mankeert. Maar de meeste zieken zijn het onmerkbaar. Die vertrouw ik niet.
Deze jeugdige sterveling heeft zijn iPad mee. Hij wil tot het laatst op de hoogte zijn en tikt zich als een gek zijn leven in. Berichtjes klinken op zoals kerstlichtjes pinken.

Nu zijn we dus met drieën. Mocht de dokter ook nog komen, dan kunnen we kaarten. Ik kijk de medezieken aan. Zo ziek zien ze er niet uit. Maar wat zegt dat. Er is geen licht in ons lichaam.
Ik leg het tijdschrift terug, wie weet tot in de lente. Nu heb ik niets meer omhanden. Behalve wachten. Daar word ik rusteloos van.
Ik heb, dokter, echt geen tijd meer om te wachten.

…

De vierde patiënt daagt op. Het is een ongezonde dag. Hij gaat niet zitten. Er moet iets met zijn zitvlak zijn. Of anders vindt hij staande wachten minder wachten.
Ik probeer nu in te schatten hoe lang de eerste binnen zal blijven. Dat is moeilijk. Zij kan verkouden zijn of een burn-out hebben. Dat scheelt in spreekuur.
Ik kijk haar aan, maar zij verraadt niets.

…

Nu we al met vieren zijn, wordt de kamer mij te dodelijk. De herfstmoeheid heeft uitzaaiing. Het hart telt plotsklaps af. Het libido dooft overhaast uit.
Ik moet iets doen.

…

Maar dan verschijnt, als uit het niets, de dokter. Goedemorgen zegt hij. Goedemorgen zeggen wij. Vervolgens doet hij alsof er niets aan de hand is. En noodt de eerste levende van de dag naar binnen.

(Fragmenten uit Column van Bernard Dewulf in De Standaard Weekblad, 29/11/2014)

INLEIDING

In het Wijkgezondheidscentrum (WGC) Brugse Poort te Gent wordt bijna uitsluitend met consultaties op afspraak gewerkt. De artsen en onthaalmedewerkers in het WGC worden af en toe geconfronteerd met boze reacties van patiënten wanneer zij moeten wachten. In 2013 gebeurde een kwalitatief onderzoek naar de tevredenheid van de Albanese patiëntenpopulatie over het WGC. In dit kleinschalig onderzoek werden tien Albanese patiënten geïnterviewd. Eén van de bevindingen was dat de meesten van hen ontevreden waren over de wachttijden in de wachtzaal (1). Uit onderzoek is gebleken dat de patiëntentevredenheid over de zorg onder andere afhangt van de wachttijd. In de literatuur wordt bovendien beschreven dat de beleving van het wachten beïnvloed wordt door de inrichting van de wachtzaal.

Uit de literatuur blijkt dat er een correlatie is tussen bepaalde patiëntenkenmerken en de subjectieve wachttijd (dit is de door de patiënt zelf ingeschatte wachttijd, meestal gemeten door patiëntenbevraging achteraf). Er is echter nog maar weinig onderzoek gedaan naar het mogelijke verband tussen bepaalde demografische kenmerken en de objectieve wachttijd. Daarnaast beïnvloeden ook bepaalde artsenkenmerken en de praktijkorganisatie de wachttijd.

Dit alles heeft ervoor gezorgd dat ik de wachttijden in de wachtzaal bij de huisarts in het WGC gekozen heb als onderwerp voor mijn masterproef. De onderzoeksvraag was drieërlei:

- Literatuur over wachten.
- Eigen onderzoek met 2 luiken. Het eerste luik bestond uit een registratie van de wachttijden bij de artsen gedurende een bepaalde periode. Het tweede luik was een vrijblijvende vragenlijst voor de patiënten. Enerzijds wordt er inzicht verworven in de objectieve en subjectieve wachttijden en of bepaalde arts- en patiënten gebonden factoren of de praktijkorganisatie hierop een invloed uitoefenen. Anderzijds wordt onderzocht hoe verschillende patiëntengroepen (wat betreft leeftijd, geslacht, etniciteit, opleidingsniveau) dit wachten in de wachtzaal beleven en hoe we die beleving aangenamer kunnen maken. Zo kunnen punten tot verbetering gevonden worden.

ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK

1. Vraagstelling

We gaan op zoek naar publicaties over de mogelijke relatie tussen de wachttijd in de wachtzaal bij de huisdokter en de tevredenheid rond de zorg. Daarnaast gaat onze aandacht naar factoren die een invloed kunnen hebben op de wachttijd en welke methoden er bestaan om de wachttijd te minimaliseren en / of aangenamer te maken.

2. Zoekstrategie

We maakten gebruik van volgende databanken: Pubmed, ISI Web of Science en Google Scholar. Daarnaast raadpleegden we ook grijze literatuur (o.a.: masterproeven van het ICHO, artikels uit 'Huisarts en Wetenschap', …), maar hieruit werden geen relevante artikels weerhouden.
Volgende Mesh- en zoektermen werden gebruikt:

General Practice OR Family Physician OR Primary Health Care	AND	Waiting room OR Waiting time OR Timeliness OR Visit time	AND/OR	Patient satisfaction

In een volgende stap werd ook relevante literatuur gevonden via "related articles" en in de referentielijst van de gevonden artikels.
Inclusiecriteria voor opname in de literstuurstudie waren: enkel artikels in het Engels of Nederlands, enkel onderzoek uit de Westerse wereld (dit om te kunnen vergelijken tussen gelijkaardige praktijkvormen en wachtsystemen). Er werd geen tijdslimiet ingesteld, omdat bepaalde oudere artikels toch relevant leken voor dit onderzoek. Bij combinaties van verschillende zoektermen werden tussen de 60 en 700 artikels gevonden. Artikels werden op titel en abstract geselecteerd. Ongeveer 30 artikels werden gelezen, waarvan er uiteindelijk 22 gebruikt werden in dit onderzoek.

3. Bevindingen literatuuronderzoek

3.1. RELATIE TUSSEN WACHTEN EN PATIËNTENTEVREDENHEID

Verschillende studies hebben aangetoond dat er een negatieve correlatie is tussen patiëntentevredenheid en toenemende wachttijden in de wachtzaal en een positieve correlatie tussen tevredenheid en de tijd doorgebracht bij de arts (de consultatieduur) (2-5). Het betreft onderzoeken die zowel in eerste als in tweede lijn gebeurden. Anderson et al. (2007) onderzochten deze relaties in eerstelijnspraktijken in de VS. Zij besloten dat de doorgebrachte tijd bij de arts een grotere invloed had op patiënttevredenheid dan de wachttijd: de meest tevreden patiënten waren zij

die een korte wachttijd hadden (minder dan 15 minuten) en een langere consultatie (meer dan 10 minuten) (2).

Camacho et al. deden in 2006 een gelijkaardig onderzoek in 16 specialistische klinieken en 2 eerstelijnscentra in de VS en kwamen tot gelijkaardige bevindingen. Bij een consultatieduur van minder dan 5 minuten daalde de patiëntentevredenheid met 3/100 punten per 10 minuten toename van wachttijd, terwijl bij een consultatieduur van meer dan 5 minuten de patiënttevredenheid met slechts 1/100 punten daalde. De intentie om terug te keren bij een bepaalde arts daalde met 2% per minuut wachttijd (3). Deze ontevredenheid kan deels verklaard worden door het feit dat patiënten het werken op afspraak als een belofte zien. Wanneer de wachttijd oploopt, verbreekt de arts een belofte; dit kan overkomen alsof de tijd van de patiënt minder kostbaar zou zijn dan de tijd van de arts. Op spoedgevallendiensten daarentegen blijkt er een veel zwakkere correlatie te zijn tussen de tijdigheid van de zorg en patiëntentevredenheid; de patiënt heeft geen afspraak op een bepaald uur en men begrijpt ook dat sommige patiënten voorrang krijgen op basis van de ernst van de aandoening (4).

In bovenvermelde studies werd de wachttijd telkens gemeten door een patiëntenbevraging achteraf; het gaat dus over subjectieve wachttijd (2-4). Thompson et al. (1996) onderzochten of de objectieve dan wel de subjectieve wachttijd op spoedgevallendiensten predictief is voor de patiëntentevredenheid. Zij stelden vast dat de objectieve wachttijd niet voorspellend is voor de tevredenheid, de subjectieve wachttijd daarentegen wel: patiënten waarbij de subjectieve wachttijd korter dan verwacht was, bleken meer tevreden dan patiënten waarbij de subjectieve wachttijd zoals verwacht of langer dan verwacht was (5).

In bovengenoemde onderzoeken werd telkens het verband tussen de duur van de wachttijd en de patiëntentevredenheid over de zorg in het algemeen besproken. Een belangrijke vraag is echter ook: hoe tevreden zijn patiënten over de wachttijd op zich? In de EUROPEP-studie (European Task Force on Patients Evaluations of General Practice Care) werd de tevredenheid over de huisartsgeneeskunde in het algemeen in verschillende Europese landen vergeleken. Hieruit bleek dat de wachttijd in de wachtzaal één van de elementen is die in alle landen minder positief wordt beoordeeld. Andere aspecten van toegankelijkheid, zoals de consultatieduur en de mogelijkheid om snel een consultatie te krijgen bij een dringend probleem, worden positiever beoordeeld. In België is 34% van de patiënten ontevreden over de wachttijd, dit ten opzichte van 37% in Europa (6).

Een andere studie die gebruik maakt van de EUROPEP vragenlijst ging op zoek naar associaties tussen patiëntenkenmerken, artsen- en praktijkkenmerken en de tevredenheid van de patiënten over de toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk. Patiënten bleken meer tevreden over de wachttijd in de wachtzaal van kleinere praktijken en naarmate de huisarts meer uren per week werkt. Praktijken in dorpen werden wat betreft wachttijd positiever geëvalueerd dan stedelijke praktijken. In Vlaanderen kregen mannelijke huisartsen een betere evaluatie van de wachttijd dan vrouwelijke (7).

Ook het onderzoek van Sebo et al. (2015) bevestigt de relatie tussen tevredenheid over het wachten en de grootte van de praktijk. Patiënten uit een solopraktijk bleken meer tevreden te zijn over de wachttijd, vergeleken met patiënten uit een duo- of groepspraktijk. Patiënten uit een solopraktijk bleken ook minder bereid om lang in de wachtzaal te wachten in vergelijking met patiënten uit een duo- of groepspraktijk (8).

3.2. FACTOREN DIE DE WACHTTIJD BEÏNVLOEDEN

3.2.1. Patiënt-afhankelijke factoren

De leeftijd van de patiënt kan de wachttijd beïnvloeden. Leddy et al. (2003) deden een grootschalig onderzoek in zowel huisarts- als specialisten praktijken: jonge patiënten bleken langer te wachten dan oude patiënten. De gemiddelde wachttijd in de wachtzaal bij 65 plussers was steeds minder dan 15 minuten. Bij patiënten onder de 50 jaar was dit steeds meer dan 16 minuten. Minderjarige patiënten wachtten gemiddeld 16.3 minuten. Het gaat echter over subjectieve wachttijd; indien ouders met hun kinderen raadplegen zou de wachttijd langer kunnen aanvoelen. Dit is echter maar een gedeeltelijke verklaring voor de langere wachttijd bij minderjarigen (4). Het onderzoek van Sebo et al. (2015) onderzocht het verband tussen leeftijd en het beleven van de wachttijd in de wachtzaal. Van de patiënten jonger dan 25 jaar vindt slechts 1/4de een wachttijd van meer dan 15 minuten acceptabel. In de groep van de 65 plussers, is iets meer dan 1/3 bereid om meer dan 15 minuten te wachten. Men stelt de hypothese dat ouderen minder eisend zijn wat betreft wachttijd, omdat zij vaak gepensioneerd zijn, en dus meer tijd zouden hebben (8).

Geslacht heeft ook een invloed op de wachttijd: vrouwen gaven aan langer te moeten wachten dan mannen. Nieuwe patiënten hadden het gevoel dat ze langer wachten dan reeds gekende patiënten. De laatste waarneming zou kunnen verklaard worden door het papierwerk dat moet gebeuren aan het onthaal alvorens bij de dokter te mogen bij een eerste bezoek. De wachttijd in de wachtzaal bij de huisarts bleek korter aan te voelen dan bij de specialist (4).

Het gedrag van patiënten heeft ook consequenties voor de wachttijd. Wanneer patiënten te laat komen, loopt de wachttijd op voor de volgende patiënten. Patiënten die niet komen opdagen, zorgen voor een kortere wachttijd voor de andere patiënten. Het onverwachts toekomen van een spoedgeval zorgt er ook voor dat andere patiënten langer zullen moeten wachten (9).

3.2.2. Arts-afhankelijke factoren

Een eerste belangrijke arts-afhankelijke factor is het op tijd starten van de consultaties. Wanneer dit niet gebeurt, wordt vanaf het begin een vertraging opgebouwd, die bijna automatisch verder loopt gedurende de ganse werksessie van de arts. Een andere arts-gerelateerde factor is de onderbreking tijdens en tussen de consultaties. Telefoontjes en koffiepauze zijn hiervan voorbeelden. Punctualiteit, zowel bij de arts als bij de patiënt, is dus erg belangrijk (9).

3.2.3. Andere beïnvloedende factoren

Een andere factor die de wachttijd beïnvloedt is het afsprakensysteem. Hill-Smith (1989) deed onderzoek naar de relatie tussen de wachttijd en de voorziene tijd per consultatie bij het werken op

afspraak. Logischerwijs loopt de wachttijd voor de patiënten op wanneer een consultatie langer duurt dan de tijd die ervoor voorzien is. Voor de arts geldt echter het omgekeerde: wanneer de tijd die voorzien is voor een consultatie langer is dan de effectieve duur van het consult, zal er voor de arts een wachttijd zijn tussen twee patiënten. Idealiter wordt er gezocht naar een soort evenwicht tussen beiden en wordt de wachttijd voor zowel arts als patiënt beperkt (10).

Wanneer er niet op afspraak gewerkt wordt en er meerdere artsen in de praktijk werken, leidt het toewijzen van de patiënten op volgorde van toekomen aan de eerst beschikbare dokter tot een kortere wachttijd. Een nadeel van dit systeem is dat er geen één op één dokter-patiëntrelatie kan opgebouwd worden. Om deze reden wordt meestal een aparte wachtrij per dokter gehanteerd (9).

Nog een andere factor die onderzocht werd, zijn de verschillende weekdagen. Leddy et al. (2003) vonden geen significant verschil in wachttijd (4).

Tot slot zijn er verschillende praktijk-organisatorische factoren die een invloed kunnen uitoefenen op de wachttijd: de software voor het afsprakensysteem, het aantal personeelsleden, het voorzien van een aangepaste consultatieduur voor bepaalde patiënten of bij bepaalde reasons for encounter, anticiperen op dringende gevallen door hiervoor in de agenda tijd vrij te laten (4).

3.2.4. De consultatieduur

Aangezien de consultatieduur onrechtstreeks een invloed heeft op de objectieve wachttijd in de wachtzaal, onderzochten we ook deze topic. In het onderzoek van Deveugele et al. (2002) was de gemiddelde consultatieduur bij de huisarts in België 15.0 minuten (11). De optimale duur van een consultatie is niet gekend. Kortere consultatieduur correleert met minder tijd voor preventie, misdiagnose, minder aandacht voor psychologische problemen, en een lagere tevredenheid van de patiënt. Daarnaast kan het leiden tot slechtere therapietrouw, slechtere resultaten van de behandeling, en minder opvolging (12).

Bepaalde patiëntenfactoren zijn geassocieerd met een langere consultatieduur. Lo et al. (2005) deden onderzoek naar de invloed van de leeftijd van de patiënt op de duur van de consultatie. Zij konden geen verband aantonen, ondanks de multimorbiditeit en polyfarmacie bij de oudere patiënten (12). Blumenthal et al. (1999) daarentegen toonden aan dat hogere leeftijd en de aanwezigheid van psychosociale problemen geassocieerd zijn met een langere consultatieduur (13). Ook Smith et al. (1995) vonden een verband tussen hogere leeftijd en langere consultatieduur (14). In het onderzoek van Deveugele et al. (2002) zorgde hogere leeftijd slechts in beperkte mate voor een langere consultatieduur (11). Qua invloed van etniciteit, vond het ene onderzoek een significant kortere consultatieduur voor Aziaten ten opzichte van andere etnische minderheden en de inheemse bevolking, en het andere onderzoek een significant langere consultatieduur bij blanken (inheemse bevolking) ten opzichte van etnische minderheden (13, 14). Geslacht heeft ook een invloed op de consultatieduur: vrouwelijke patiënten hebben langere consultaties dan mannelijke. Opleidingsniveau had in het onderzoek van Deveugele et al. geen invloed op de consultatieduur, in

tegenstelling tot eerder onderzoek waar een hogere sociale klasse tot langere consultatieduur leidde (11).

Ook de inhoud van de consultatie heeft invloed op de duur. Het aanvragen of uitvoeren van bepaalde diagnostische tests, uitstrijkjes, kleine heelkunde, het laten opnemen van de patiënt in een ziekenhuis en bepaalde screeningtests zijn geassocieerd met een langer consult (13). Wanneer de patiënt consulteert voor een nieuw probleem duurt de consultatie langer dan wanneer het een reeds gekend probleem betreft (11). Migongo et al. (2012) deden ook onderzoek naar factoren die de consultatieduur kunnen beïnvloeden en onderzochten in welke grootteorde zij een invloed hebben. Hieruit ontwikkelden zij een analytisch model dat de consultatieduur probeert te voorspellen. De belangrijkste predictor voor consultatieduur was het aantal diagnosen; hoe meer diagnosen, hoe langer de consultatie duurt. Een tweede prominente voorspeller was of de patiënt tijdens het consult zorgen ontvangt die niet met een ziekte te maken hebben, zoals het opvolgen van een zwangerschap of een preventief medisch onderzoek, dit leidde tot een langere consultatie. Een derde belangrijke factor was of de patiënt reeds gekend is bij de arts: bij gekende patiënten was er een kortere consultatieduur. Steeds consulteren bij dezelfde arts draagt dus niet alleen bij tot de patiëntentevredenheid, het zorgt ook voor beter timemanagement. Eén vijfde van de variatie in consultatieduur bleek echter niet verklaard te worden door patiëntenfactoren, maar door de arts (15).

Bepaalde artsenfactoren kunnen de consultatieduur beïnvloeden. In het onderzoek van Blumenthal et al. (1999) bleek de consultatieduur met 24% verlengd te worden indien de arts 70 jaar of ouder was (13). Deveugele et al. (2002) vonden geen relatie tussen de leeftijd of het geslacht van de arts en de consultatieduur (11).

3.3. FACTOREN DIE DE TEVREDENHEID OVER HET WACHTEN BEÏNVLOEDEN

3.3.1. De "psychologie van wachtrijen"

David H. Maister (1984) beschrijft de psychologie van wachtrijen. Hij beschrijft 8 principes die je kan toepassen om het wachten subjectief aangenamer te maken. Alhoewel niet specifiek op de gezondheidszorg gericht, zijn de principes wel toepasbaar, zoals blijkt uit de voorbeelden die hij aanhaalt (tabel 1) (16).

Tabel 1: The Psychology of Waiting Lines (16)

	PRINCIPES VAN MAISTER	VOORBEELD TOEGEPAST OP GENEESKUNDE
1.	Wachttijd waarbij je iets te doen hebt of afgeleid wordt, voelt korter aan dan wachten zonder bezigheid. Hierbij is het belangrijk dat de bezigheid op zich voordelig moet zijn voor de wachtende en dat zij op een bepaalde manier in verband moet staan met hetgeen waarop de persoon wacht.	- Weegschaal bij diëtist - Poster om het gezichtsveld te testen bij oogarts
2.	"Preprocess" wachttijden voelen langer aan dan "in-process" wachttijden.	Een triage systeem, waarbij de patiënt eerst door een praktijkassistent wordt gezien die reeds gegevens en symptomen noteert. Dit heeft geen invloed op de totale wachttijd op zich, maar geeft het gevoel aan de patiënt dat het vooruit gaat.
3.	Ongerustheid zorgt ervoor dat het wachten langer duurt. Het is dus belangrijk om zich af te vragen wat de bekommernissen zouden kunnen zijn van de wachtenden, en dan op zoek te gaan naar manieren om deze bezorgdheden weg te nemen.	
4.	Een "onzekere" wachttijd voelt langer aan dan een "eindige, gekende" wachttijd. Het kan voor wachtenden zenuwslopend zijn om niet te weten hoe lang zij zullen moeten wachten.	- De onthaalmedewerker deelt mee aan de patiënt hoeveel de wachttijd bedraagt. Dit kan misschien aanvankelijk tot irritatie lijden, maar nadien zal aanvaarding volgen over de onvermijdelijkheid van het wachten. - Patiënten die te vroeg op raadpleging komen zullen rustig wachten tot aan het vastgelegde uur van de afspraak, ook al is dit een lange tijd, maar eens dit tijdstip verstreken is groeit het ongemak. Dit benadrukt dat een afspraak een bepaalde verwachting met zich meebrengt.
5.	"Onverklaarde" wachttijd voelt langer aan dan "verklaarde wachttijd".	De onthaalmedewerker deelt mee aan de patiënt dat de arts naar een spoedgeval geroepen is. Dit maakt het wachten voor de patiënten meer aanvaardbaar omdat zij weten wat er aan de hand is.
6.	"Oneerlijke" wachttijd voelt langer aan dan billijke wachttijd. Zo kan het wachten in een rij eerlijker zijn voor wachtenden. Wie eerst aankomt, wordt eerst bediend.	Hier wordt in vele situaties van afgeweken, denk maar aan triagesystemen op de spoedgevallendienst waarbij dringende gevallen voorrang krijgen.
7.	Hoe waardevoller de dienst, hoe langer de wachtende bereid is te wachten.	
8.	Alleen wachten voelt langer aan dan in groep wachten. In groep wachten kan op een bepaalde manier troost bieden, soms kan er zelfs een soort groepsgevoel ontstaan.	

3.3.2. De omgeving: de wachtzaal

De perceptie van het wachten speelt een belangrijke rol in de patiëntentevredenheid over het wachten. Leddy et al. (2003) concludeerden dat patiënten het wachten minder lastig vonden en als korter aanvoelden dan effectief het geval was, naarmate ze aan het comfort van de wachtzaal een hogere score gaven. Dit comfort werd onder andere bepaald door de muziek, de belichting, de temperatuur, de kleur en de meubilering van de wachtzaal. Indien patiënten de wachtzaal als comfortabel en aangenaam ervoeren, werd hun tevredenheid meer dan verdubbeld bij lange wachttijden (4).

Niet alleen de tevredenheid over het wachten, maar ook de tevredenheid over de zorg in het algemeen houdt verband met een aangename wachtzaal (17). Verschillende studies hebben aangetoond dat de perceptie van patiënten over de zorgkwaliteit wordt bepaald door de empathie, warmte en vriendelijkheid die ze ervaren en dat dit slaat op zowel hun omgang met de arts / ander personeel als op omgevingsfactoren (18, 19). Licht, temperatuur, geluid, kleurrijke inrichting en een raam met uitzicht op de natuur hebben een aantoonbaar positief effect op de ervaringen van de patiënt (17-19). Patiënten verkiezen dus een wachtzaal waar positieve afleiding aanwezig is. Uit onderzoek is gebleken dat dit de stress bij patiënten kan verminderen (17).

4. Conclusies uit de literatuur

De literatuur toont een duidelijk verband aan tussen de wachttijd en de tevredenheid van de patiënten over de zorg. Hoe korter het wachten voor een patiënt aanvoelt, hoe meer tevreden hij of zij zal zijn. Deze tevredenheid wordt ook beïnvloed door de consultatieduur bij de arts: hoe langer de consultatieduur, hoe beter het wachten wordt getolereerd. Een zo kort mogelijke wachttijd is nastrevenswaardig: het geeft blijk van respect voor de patiënt (2-5). In België blijkt 34% van de patiënten ontevreden te zijn over de wachttijd (6).

Bepaalde patiëntenkenmerken spelen ook een rol in de subjectieve wachttijd. Jonge patiënten, vrouwen en nieuwe patiënten zouden langer wachten dan oudere patiënten, mannen en reeds gekende patiënten. De wachttijd in de wachtzaal bij de huisarts is korter dan bij de specialist (4, 8). Te laat komen van patiënten en artsen heeft ook een invloed op de wachttijd (9).
Het kan nuttig zijn de praktijkorganisatie onder de loep te nemen om op zoek te gaan naar oorzaken van oplopende wachttijden. Zo mogelijk kan het afsprakensysteem aangepast worden of kunnen andere logistieke veranderingen aangebracht worden.

Wanneer wachten onvermijdelijk is, kan geprobeerd worden de beleving van het wachten te beïnvloeden. In een comfortabele wachtzaal wachten is voor de patiënten minder lastig. De wachttijd kan op die manier korter aanvoelen dan hij effectief is. Patiënten wachten liever in een wachtzaal die kleurrijk, goed belicht, warm en professioneel bemeubeld is en waar planten, tijdschriften, posters en kunst aanwezig zijn. Dit zijn allemaal factoren die de aandacht voor het wachten op zich weghalen en voor afleiding zorgen (4, 17-19).

PRAKTIJKSCHETS

De praktijk waar het onderzoek plaatsvond is het Wijkgezondheidscentrum (WGC) Brugse Poort.

De Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC) beschrijft in een visietekst de belangrijkste werkingsprincipes van WGC's. Een WGC is een multidisciplinaire praktijk met een gemeenschapsgerichte werking die zich richt tot een duidelijk afgebakend geografisch werkgebied. Het streeft naar een structurele samenwerking met de actoren die ertoe bijdragen een gepast antwoord te bieden aan de zorgnood van de patiënten en wijkbewoners. Er wordt aandacht besteed aan preventie en gezondheidsbevordering. Kwaliteit en continuïteit van zorg zijn belangrijke pijlers. De drempels die de toegankelijkheid zouden kunnen verminderen worden aangepakt: een WGC werkt bij voorkeur met het forfaitair betalingssysteem of werkt met een andere betalingsregeling waardoor de financiële toegankelijkheid bevorderd wordt. Het ziet toe op een toereikende fysieke toegankelijkheid en staat open voor iedereen ongeacht zijn/haar culturele, sociale of politieke achtergrond. Een WGC organiseert zich niet als een winstgevende organisatie. Het is onafhankelijk, pluralistisch en onverzuild en niet gebonden aan een politieke partij (20).

Het WGC Brugse Poort is een groot centrum waarin volgende disciplines aanwezig zijn: artsen, verpleging, kinesisten, maatschappelijk werksters, gezondheidspromotoren, een praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg en onthaalmedewerkers. Medische dossiers worden bijgehouden aan de hand van het programma Pricare.
Van 8u 's morgens tot 19u30 's avonds zijn er bij de artsen raadplegingen op afspraak. Er zijn doorgaans 6 huisartsen tegelijkertijd consultatie aan het doen. Voor het geval alle voorziene afspraakmomenten ingenomen zouden zijn, is er elke dag om 18u30 een "expansiezone" voorzien. Dit is een soort vrije raadpleging waarop patiënten met een dringende hulpvraag voor de dag zelf gezien worden. Er is ook elke dag een arts aangesteld als "duty-arts". Deze arts staat in voor alle urgenties en "dringende" klusjes/telefoontjes.
Per afspraak worden 15 minuten voorzien. Na 3 afspraken wordt telkens een pauze-blok ingelast van 15 minuten. Alle afspraken worden aan de balie of telefonisch vastgelegd. De praktijk is telefonisch bereikbaar van 8u tot 19u30.

De wijk Brugse Poort – Rooigem (21)

In 2014 woonden in de Brugse Poort 18 372 inwoners. Met 7 236 inwoners per km² is de bevolkingsdichtheid in de wijk Brugse Poort – Rooigem dens.

Het aandeel 'andere nationaliteiten dan Belg' is er 18,2%, hoger dan het globaal percentage voor Gent (13.2%). Wanneer we uitgaan van de ruimere definitie van de Etnisch Culturele Minderheden

(ECM) [1] bekomen we een nog hoger getal: in 2008 maakte ruim 1 op 4 wijkbewoners deel uit van deze groep, dubbel zoveel als in Gent.

De Brugse Poort heeft een jonge bevolking. De gemiddelde leeftijd is 37.2 jaar (2008).

13.5% van de actieve bevolking in deze wijk is werkloos, dit is opvallend hoger dan voor Gent (9.6%). Bijna de helft van de werklozen zijn langdurig werkloos, dit wil zeggen voor een periode van een jaar of meer. Het aandeel OCMW steuntrekker is voor de wijk bijna tweemaal zo groot als voor geheel Gent (38.3% t.o.v. 19.3%) (2008). Het gemiddeld fiscaal inkomen is er laag en lager dan in Gent (€ 18 642 t.o.v. € 23 606) (2006).

In de Brugse Poort – Rooigem is het aandeel personen dat last heeft van een chronische ziekte hoger dan in heel Gent.

Men kan dus spreken van een zeer diverse en ook kwetsbare populatie. Een goede toegankelijkheid tot de eerstelijnsgezondheidszorg is voor de bewoners van deze wijk dan ook prioritair.

[1] Dit zijn alle niet-Belgen, met uitzondering van mensen met een nationaliteit uit de EU15 of uit een selectie van 'rijkere' landen'. Daarnaast behoren alle personen van vreemde origine die Belg zijn geworden (met uitzondering van de mensen die van origine uit de EU15 of uit de selectie van 'rijkere' landen komen) ook tot de categorie ECM.

ONDERZOEKSMETHODIEK

1. Dataverzameling

De dataverzameling vond plaats gedurende 3 weken in juni 2015 (09/06/2015 t.e.m. 24/06/2015). Gedurende die periode werden voor elke patiënt de wachtzaal-wachttijd bij de arts geregistreerd en werd de patiënten gevraagd om anoniem en na de consultatie met de arts een korte vragenlijst in te vullen. In week 1 vond het onderzoek plaats op dinsdag en donderdag, in week 2 op maandag, woensdag en vrijdag, in week 3 van maandag tot en met woensdag.
De dataverzameling werd over 3 weken gespreid om de onthaalmedewerkers die instonden voor het registreren niet te veel te belasten met ons onderzoek.

Tijdens de periode van de dataverzameling werd in de wachtzaal informatie over het onderzoek geprojecteerd op een computerscherm, meer bepaald het doel van het onderzoek en de praktische uitvoering ervan.

1.1. DEEL 1: REGISTRATIE OBJECTIEVE AFSPRAAK- EN WACHTTIJDEN

Alle afspraken gedurende de onderzoeksperiode werden geregistreerd. De enige uitzondering hierop was het “expansiemoment” ‘s avonds (zie praktijkschets), aangezien de onderzoeksvraag zich beperkte tot de wachttijden bij het werken op afspraak.
Van elke patiënt die op afspraak kwam, registreerde een onthaalmedewerker het exacte tijdstip van aankomst in de afspraak-agenda (softwarepakket Pricare). Vervolgens registreerde elke arts het exacte tijdstip waarop hij/zij de patiënt uit de wachtzaal haalde, alsook het tijdstip waarop het consult eindigde op een registratie-formulier. De artsen konden hierop de zaken noteren die de wachttijd of de consultatieduur beïnvloed hadden, zoals: tussentijdse telefoon, consultatie i.v.m. psychologische problemen, een consult met meerdere reasons for encounter…
Van elke patiënt werd leeftijd, geslacht en etniciteit in het elektronisch dossier opgezocht door HK (auteur thesis).

1.2. DEEL 2: VRAGENLIJST VOOR DE PATIËNT

Aan het einde van elk consult informeerde de arts de patiënt over het lopende onderzoek en nodigde hij/zij de patiënt uit om anoniem en vrijblijvend een korte vragenlijst in te vullen met bijhorend informed consent (bijlage 3 en 4). In deze gestructureerde vragenlijst werd gepeild naar de beleving van het wachten en naar de waarde van suggesties om het wachten voor de patiënt aangenamer te maken.
In de wachtzaal was een apart tafeltje voorzien om de vragenlijst in te vullen en een postbus om het formulier te deponeren. Enkel meerderjarige, wilsbekwame patiënten werden uitgenodigd deel te nemen. Deze vragenlijst was beschikbaar in het Nederlands, Frans, Engels en Turks.

1.3. PILOOTTEST

In april 2015 werd gedurende één dag (30/04/2015) een piloottest gedaan om te testen of er zich praktische problemen voordeden bij de registratie en om de vragenlijst uit te testen. Bij de registratie

door de onthaalmedewerkers en artsen kwamen geen problemen aan het licht. Wel werd opgemerkt dat de patiënten soms vergaten de achterzijde van de vragenlijst in te vullen. Om deze reden werd dit duidelijk aangeduid op de vragenlijsten die gebruikt werden in juni. Aangezien er geen inhoudelijke veranderingen werden aangebracht, werden de registraties en vragenlijsten van deze pilootdag eveneens gebruikt voor het onderzoek.

2. Constructie variabelen

2.1. DEEL 1: REGISTRATIE OBJECTIEVE AFSPRAAK- EN WACHTTIJDEN

De tijdstippen van de aankomst, de geplande afspraak, de effectieve start van het consult, het effectieve einde van het consult werden ingevoerd in SPSS. Hieruit werden de wachttijd en de consultatieduur berekend. De *wachttijd* werd berekend uit het verschil tussen het tijdstip van de afspraak en de start van het consult. Later in deze masterproef zal hiernaar ook verwezen worden als de "objectieve wachttijd". Patiënten die vóór het afspraakuur binnen kwamen werden in deze variabele gehercodeerd als missing, omdat dit anders tot een negatief cijfer zou leiden. Er werd echter ook een speciale variabele geconstrueerd waarin deze patiënten score '0' kregen, wat aangeeft dat ze niet moesten wachten. Het is deze laatste wachttijd die uiteindelijk gebruikt wordt in de analyses. De *totale wachttijd* werd berekend uit het verschil tussen het uur van aankomst en de start van het consult; in deze variabele wordt dus de tijd die patiënt te vroeg aankomt meegerekend. De *consultatieduur* werd berekend uit het verschil tussen de start van het consult en het einde van het consult.

De *datum*, *weekdag* en *naam van de arts* werden geregistreerd in SPSS.
De dag werd opgedeeld in 3 *dagdelen*: 'de voormiddag' (8 tot 13u), 'de namiddag' (13 tot 17u) en 'de avond' (17 tot 20u).

Leeftijd van de patiënt werd door HK in het EMD opgezocht, continu geregistreerd en vervolgens opgedeeld in 9 categorieën: 0-15 jaar, 16-25 jaar, 26-35 jaar, 36-45 jaar, 46-55 jaar, 56-65 jaar, 66-75 jaar, 76-85 jaar, 86-95 jaar.

Geslacht werd in het EMD opgezocht en categorisch (man/vrouw) geregistreerd.

Etniciteit kan als volgt gedefinieerd worden: een reeks culturele kenmerken en gedragingen die gedeeld worden door een groep van mensen die doorgegeven worden van generatie op generatie. Leden van een etnische groep identificeren zich via gedeelde kenmerken zoals nationaliteit, origine, fysieke kenmerken, religie, taal, cultuur of geschiedenis (22). In deze thesis hebben we dit toegepast door bijvoorbeeld een kind met Belgische nationaliteit van Turkse ouders toch tot de etnische groep "Turks" te rekenen. Indien beide ouders van verschillende origine zijn, werd dit als "kind van een gemengd koppel" geregistreerd. De etniciteit werd in het EMD opgezocht. Bij twijfel deden we verder onderzoek naar ouders, grootouders of huisgenoten en bij de desbetreffende huisarts. De ontbrekende etniciteiten werden als missing ingegeven. Nadien werd deze variabele gehercodeerd tot 2 categorieën: van origine Belg en andere origine.

Consultatieduur- beïnvloedende factoren: De artsen konden op het registratieformulier factoren noteren die naar eigen aanvoelen de consultatieduur verlengden. De meest voorkomende factoren werden door HK ingevoerd als binaire variabelen (ja/neen): *telefoon* tijdens de consultatie, *meerdere "reasons for encounter" (RFE)*, *psychologisch probleem, 'moeilijk consult'/ de aard van de patiënt*.

Nog enkele variabelen werden in de agenda van de artsen opgezocht en ingevoerd als binaire variabelen (ja/neen): *duty*-arts zijn, *2 patiënten* die door de arts *op één afspraak* (15 minuten) gezien worden, een patiënt die een *dubbele afspraak* (30 minuten) krijgt, *2 patiënten die tezamen binnenkomen* bij de arts (bv. een koppel) en voor wie een dubbele afspraak wordt voorzien.

2.2. DEEL 2: VRAGENLIJST VOOR DE PATIËNT

De *subjectieve wachttijd* is de door de patiënt ingeschatte wachttijd (in tegenstelling tot de objectieve wachttijd). De *aanvaardbare wachttijd* is de tijd die de patiënt bereid is te wachten in de wachtzaal. Deze werden als categorische variabele ingevoerd: 0-5 minuten, 6-15 minuten, 16-30 minuten, 31 minuten-1 uur, meer dan 1 uur.

Of patiënten het wachten *lastig* (ja/neen) vinden en of ze vinden dat ze *te lang* (ja/neen) hebben moeten wachten, werd als binaire variabele ingevoerd.

Er werd in de vragenlijst gepeild naar de *beleving* van het wachten en er werden *oplossingen* gesuggereerd *om het wachten aangenamer te maken*. Patiënten konden aanduiden in welke mate zij akkoord gingen met bepaalde stellingen (helemaal niet akkoord – niet akkoord – geen mening – akkoord – helemaal akkoord). Deze stellingen werden als categorische variabelen ingevoerd in SPSS. Nadien werden deze categorische variabelen gehercodeerd tot binaire variabelen: akkoord (akkoord en helemaal akkoord) en niet akkoord of geen mening (geen mening, niet akkoord en helemaal niet akkoord).

Geslacht (man/vrouw) en *opleidingsniveau* werden als categorische variabele geregistreerd. De mogelijke categorieën bij opleidingsniveau zijn 'geen diploma', 'lager onderwijs', 'lager secundair onderwijs' (1^{e}, 2^{e} en 3^{e} middelbaar of buitengewoon secundair onderwijs), 'hoger secundair onderwijs' (4^{e}, 5^{e}, 6^{e} en 7^{e} secundair onderwijs) en 'hoger onderwijs' (hogeschool of universiteit). Opleidingsniveau werd nadien gehercodeerd tot een binaire variabele: personen die niet hoger opgeleid zijn (geen diploma, lager onderwijs of secundair onderwijs) en personen die wel hoger opgeleid zijn (hogeschool of universiteit).

Leeftijd werd eerst continu geregistreerd, maar nadien opgedeeld in 8 categorieën: 18-25 jaar, 26-35 jaar, 36-45 jaar, 46-55 jaar, 56-65 jaar, 66-75 jaar, 76-85 jaar, 86-95 jaar.

Het geboorteland van de patiënt en de ouders werden als categorische variabele ingevoerd, nadien werd hieruit de variabele *etniciteit* gecreëerd (en toegepast zoals hierboven gedefinieerd). Nadien werden hieruit 2 categorieën gemaakt: van origine Belg en andere origine.

3. Statistische analyse

In een eerste stap wordt de univariate verdeling van alle variabelen beschreven. In een tweede stap wordt gebruik gemaakt van de T-toets of One-way Anova om na te gaan of er verschillen zijn tussen artsen met betrekking tot de wachttijd, verschil in wachttijd naargelang de weekdag of het dagdeel van de consultatie, of er bepaalde patiëntenfactoren zijn die een invloed hebben op de wachttijd en of er relatie is tussen de factoren die de artsen genoteerd hebben die het consult zouden kunnen verlengen en de wachttijd.

Op de dataset van de vragenlijsten werd nagegaan met de Chi-kwadraattest of er verschillen te vinden zijn in antwoorden op de gestelde vragen voor geslacht, leeftijd, etniciteit of opleidingsniveau. Het niveau van statistische significantie werd vastgelegd op 0.05.

De analyses werden uitgevoerd met het programma SPSS versie 23. Alle gegevens werden door HK ingevoerd. De analyses werden uitgevoerd door de co-promotor.

RESULTATEN

1. Socio-demografische kenmerken van de studiepopulatie

1.1. DEEL 1: REGISTRATIE OBJECTIEVE AFSPRAAK- EN WACHTTIJDEN

Beschrijving patiëntenpopulatie (tabel 2)

In totaal werden 811 patiënten geïncludeerd. 60.2% (N=488) waren vrouwen. De gemiddelde leeftijd bedroeg 37 jaar. De jongste patiënt was 0 jaar, de oudste 91 jaar.

In totaal zijn er 51 verschillende etniciteiten geregistreerd. 44.4% (N=354) van de geïncludeerde patiënten zijn van oorsprong Belg, 11.8% (N=94) van oorsprong Turks, 8.3% Bulgaars (N=66), 6.1% Tsjechisch / Slowaaks (N=49), 5.5% Albanees (N=44) en 4.9% Marokkaans (N=39).

Wanneer we kijken naar de volledige patiëntenpopulatie van het WGC: eind 2015 hadden 3343 van de 5658 patiënten in het WGC de Belgische nationaliteit (59.1%). Een belangrijk deel hiervan zijn genaturaliseerde Belgen en hebben dus een andere etnische achtergrond.

Beschrijving artsenpopulatie (tabel 3)

Op het moment van de registratie werkten er 12 artsen in het wijkgezondheidscentrum. 75.0% (N=9) van de artsen waren vrouwen. De gemiddelde leeftijd bedroeg 38 jaar. De jongste arts was 26 jaar, de oudste 61. Naar gelang het aantal werkuren werden er minder/meer patiënten geïncludeerd per arts.

Tabel 4 geeft een overzicht van het aantal geïncludeerde patiënten per dag en per dagdeel

1.2. DEEL 2: VRAGENLIJST VOOR DE PATIËNT

In totaal vulden 264 respondenten de vragenlijst in. Dit is 32.6% van de 811 patiënten die geïncludeerd werden in het registratiedeel van dit onderzoek. 69.9% (N=172) waren vrouwen. De gemiddelde leeftijd is 45.5 jaar, 47 voor mannen, 45 voor vrouwen. 63.4% (N=135) is van oorsprong Belg. De patiënten behorend tot andere etniciteiten zijn 6.6% van oorsprong Turks (N=14), 3.8% Marokkaans (N=8) en 2.3% Albanees (N=5).

Qua opleidingsniveau: 57.0% van de respondenten is niet hoger opgeleid (N=134) en 43.0% is wel hoger opgeleid (N=101).

Tabel 2: Socio-demografische gegevens van de patiënten

	Registratie (n = 811)			Vragenlijst (n = 264)		
	N	%	% zonder missings	N	%	% zonder missings
Leeftijd						
0-17j	174	21.5	21.5	-	-	-
18-25j	87	10.7	10.7	33	12.5	13.6
26-35j	114	14.1	14.1	51	19.3	21.1
36-45j	127	15.7	15.7	34	12.9	14.0
46-55j	118	14.5	14.5	45	17.0	18.6
56-65j	125	15.4	15.4	49	18.6	20.2
66-75j	40	4.9	4.9	19	7.2	7.9
76-85j	22	2.7	2.7	10	3.8	4.1
86-95j	4	0.5	0.5	1	0.4	0.4
Missings	0	0	-	22	8.3	-
Geslacht						
Man	323	39.8	39.8	74	28.0	30.1
Vrouw	488	60.2	60.2	172	65.2	69.9
Missings	0	0	-	18	6.8	-
Etniciteit						
België	354	43.6	44.4	135	51.1	63.4
Turkije	94	11.6	11.8	14	5.3	6.6
Bulgarije	66	8.1	8.3	1	0.4	0.5
Tsjechië/Slowakije	49	6.0	6.1	3	1.1	1.4
Albanië	44	5.4	5.5	5	1.9	2.3
Marokko	39	4.8	4.9	8	3.0	3.8
Ghana	24	3.0	3.0	3	1.1	1.4
Andere	128	15.9	16.0	44	16.8	20.6
Missings	13	1.6	-	51	19.3	-
Opleidingsniveau	-	-	-			
Niet hoger opgeleid				134	50.8	57.0
Hoger opgeleid				101	38.3	43.0
Missings				29	11.0	-

Tabel 3: Beschrijving artsenpopulatie

Arts	Aantal patiënten N (%)	Geslacht	Leeftijd
1	36 (4.4%)	V	40
2	26 (3.2%)	M	56
3	49 (6.0%)	V	31
4	102 (12.6%)	V	41
5	73 (9.0%)	M	37
6	84 (10.4%)	V	26
7	136 (16.8%)	V	26
8	61 (7.5%)	V	43
9	93 (11.5%)	M	37
10	99 (12.2%)	V	27
11	43 (5.3%)	V	61
12	9 (1.1%)	V	29
Totaal	811 (100.0%)	-	-

Tabel 4: Dataverzameling wachttijden: verdeling over de verschillende data en dagdelen.

	Aantal patiënten (N)	Percentage (%)
Datum		
30/04/2015	86	10.6
09/06/2015	95	11.7
11/06/2015	103	12.7
15/06/2015	98	12.1
17/06/2015	85	10.5
19/06/2015	88	10.9
22/06/2015	89	11.0
23/06/2015	100	12.3
24/06/2015	67	8.3
Totaal	811	100
Dagdeel		
Voormiddag (8-13u)	410	50.6
Namiddag (13-17u)	232	28.6
Avond (17-20u)	169	20.8
Totaal	811	100

2. Bevindingen van het onderzoek

2.1. DEEL 1: REGISTRATIE OBJECTIEVE AFSPRAAK- EN WACHTTIJDEN

2.1.1. Wachttijd en consultatieduur

Tijdstip aankomst

Van de 811 geregistreerde patiënten kwam 77.1% (N=617) te vroeg op afspraak, 5.9% (N=47) stipt op tijd, 17.0% (N=136) te laat. Van de te vroegkomers was 59.0% (N=365) vrouw, de gemiddelde leeftijd was 38.1 jaar, 55.3% (N=334) was van origine niet-Belg. Van de te laatkomers was 62.5% (N=85) vrouw, de gemiddelde leeftijd was 33.0 jaar, 60.3% (N=82) was van origine niet-Belg.

Wachttijd

De gemiddelde objectieve wachttijd [2] bedroeg 8.0 minuten (SD 9.1, spreiding van 0.0 tot 64.0 minuten). De gemiddelde totale wachttijd [3] bedroeg 15.4 minuten (SD 13.3, spreiding van 0.0 tot 78.0 minuten).

Consultatieduur

De gemiddelde consultatieduur bedroeg 17.1 minuten (SD 7.8, spreiding van 3.0 tot 56.0 minuten).

2.1.2. Factoren die de wachttijd in de wachtzaal of de consultatieduur bij de arts beïnvloeden (tabellen 1 en 2, bijlage 5)

In bijlage 5 staan de tabellen met uitgebreider cijfermateriaal, de statistisch significante resultaten zijn aangeduid met een *.

Patiëntenfactoren (tabel 5)

Voor volgende factoren werd nagegaan in welke mate ze een invloed hebben op enerzijds de wachttijd en anderzijds de consultatieduur: leeftijd, geslacht, etniciteit, aantal RFE, moeilijk/psychologisch consult volgens de arts.

- *Wachttijd*

De gemiddelde wachttijd bij mannen bedroeg 7.4 minuten, bij vrouwen 8.3 minuten. De patiënten die van origine Belg zijn, wachtten gemiddeld 8.4 minuten, de patiënten van andere origine 7.7 minuten. Zowel voor geslacht als voor etniciteit waren deze verschillen niet statistisch significant. Voor de 3 meest voorkomende etniciteiten (naast Belg) onderzochten we of er een significant verschil in wachttijd kon gevonden worden vergeleken met de Belgen. Dit was niet het geval. Tussen de verschillende leeftijdscategorieën kon ook geen significant verschil in wachttijd gevonden worden.

[2] Dit is de tijd tussen het tijdstip van de afspraak en de start van het consult, waarbij patiënten die vóór het tijdstip van afspraak binnengingen een wachttijd van 0 minuten toebedeeld kregen.

[3] Dit is de tijd tussen het tijdstip van aankomst van de patiënt en de start van het consult.

- *Consultatieduur*

Er kon een statistisch significant verschil gevonden worden in consultatieduur tussen bepaalde leeftijdscategorieën. Met 21.6 minuten duurde een consultatie bij 76-85 jarigen gemiddeld het langst. Dit was significant langer dan bij 0-15 en 16-25 jarigen (respectievelijk 6.2 (95% BI 0.3-12.1) en 6.7 (95% BI 0.7-12.7) minuten langer). De leeftijdsgroep 56-65 jaar volgde hierop met een gemiddelde consultatieduur van 19.6 minuten. Dit was significant langer dan bij 0-15 en 16-25 jarigen (respectievelijk 4.2 (95% BI 1.0 - 7.4) en 4.8 (95% BI 1.3 - 8.2) minuten langer).

De gemiddelde consultatieduur bij de mannen bedroeg 16.2 min, bij de vrouwen 17.8 minuten. Dit verschil van 1.6 minuten is statistisch significant (95% BI 0.4 – 2.8).

De gemiddelde consultatieduur bij Belgen was 19.4 minuten, bij de niet-Belgen 15.4 minuten. Dit verschil (4.0 min, 95% BI 2.9-5.1) is statistisch significant. Voor de 3 meest voorkomende etniciteiten (naast Belg) onderzochten we of er voor deze groepen apart ook een significant verschil in consultatieduur kon gevonden worden vergeleken met de Belgen. Dit was telkens het geval.

Wanneer de patiënt met meerdere 'Reasons For Ecounter' consulteert, duurde de consultatie gemiddeld 8.1 minuten langer. Dit verschil is statistisch significant (95% BI 5.3 – 10.9). Wanneer de consultatie een -volgens de arts- psychologisch of "moeilijk probleem" betrof of wanneer volgens de arts "de aard van de patiënt" ervoor zorgde dat de consultatie langer duurde, duurde deze significant langer. Gemiddeld bedroeg dit verschil 10.2 minuten (95% BI 7.6 – 12.9).

Tabel 5: Gemiddelde wachttijd en consultatieduur - patiëntenfactoren

	Wachttijd		Consultatieduur	
	N	**Gemiddelde (min)**	**N**	**Gemiddelde (min)**
Leeftijd				
0-15	133	7.0	132	15.4
16-25	98	7.4	98	14.8
26-35	107	7.8	106	18.2
36-45	115	7.5	114	16.8
46-55	106	8.3	105	17.3
56-65	109	8.9	109	19.6
66-75	36	9.4	36	17.3
76-85	20	10.8	20	21.6
86-95	4	10.5	4	20.8
Geslacht				
Man	285	7.4	285	16.2
Vrouw	443	8.3	439	17.8
Etniciteit				
Belg	321	8.4	319	19.4
niet-Belg	396	7.7	394	15.4

Meerdere RFE	-	-		
Nee			684	17.0
Ja			40	24.8
Moeilijk consult	-	-		
Nee			686	16.6
Ja			38	26.8

Artsenfactoren (tabel 6)

- *Wachttijd*

We vonden opvallende verschillen in wachttijd tussen de artsen onderling. De wachttijd was gemiddeld het kortst bij arts 10 en bedroeg 2.6 minuten. De maximale wachttijd werd teruggevonden bij arts 8 en bedroeg gemiddeld 16.3 minuten.

Noch het geslacht van de arts, noch duty-arts zijn had een statistisch significante invloed op de wachttijd. De leeftijd van de arts daarentegen had wel een invloed op de wachttijd. Wanneer de arts ouder dan 40 jaar was, bedroeg de gemiddelde wachttijd 12.1 minuten. Wanneer de arts jonger dan 40 jaar was, bedroeg de wachttijd 5.9 minuten. Dit verschil van 6.2 minuten is statistisch significant (95% BI 4.9 – 7.6).

- *Consultatieduur*

Arts 11 had gemiddeld de langste consultatieduur: 22.9 minuten. De kortste consultatieduur werd teruggevonden bij arts 1 en arts 10; gemiddeld 14.5 minuten.

Het geslacht van de arts had geen statistisch significante invloed op de consultatieduur. De consultatieduur werd wel beïnvloed door de leeftijd van de arts. Bij de artsen ouder dan 40 jaar bedroeg de gemiddelde consultatieduur 18.6 minuten. Bij de artsen jonger dan 40 jaar bedroeg de gemiddelde consultatieduur 16.4 minuten. Dit verschil (2.2 minuten, 95% BI 1.0 – 3.5) is statistisch significant.

Wanneer de arts telefoon kreeg tijdens de consultatie, duurde de consultatie gemiddeld 5.2 minuten langer. Dit verschil is statistisch significant (95% BI 2.6 – 7.7). Al dan niet duty-arts zijn had geen statistisch significante invloed.

Tabel 6: Gemiddelde wachttijd en consultatieduur – artsenfactoren

	Wachttijd		**Consultatieduur**	
	N	**Gemiddelde**	**N**	**Gemiddelde**
Artsen				
1	30	5.3	30	14.5
2	26	7.4	26	17.0
3	35	9.9	35	21.3
4	100	11.8	100	18.7
5	71	6.9	71	19.3

6	77	7.1	76	14.7
7	134	5.1	134	15.5
8	45	16.3	43	18.2
9	61	7.6	60	17.3
10	97	2.6	97	14.5
11	43	16.1	43	22.9
12	9	6.2	9	15.1
Geslacht				
Vrouw	570	8.2	576	16.9
Man	158	7.3	157	18.1
Leeftijd				
≥ 40	244	12.1	242	18.6
< 40	484	5.9	482	16.4
Duty-arts				
Nee	541	7.7	538	17.2
Ja	187	8.6	186	17.0
Telefoon	-	-		
Nee			687	16.9
Ja			37	22.0

Organisatie praktijk (tabel 7)

- *Wachttijd*

De wachttijd was verschillend op de verschillende weekdagen. Op dinsdag en donderdag was de wachttijd significant langer dan op maandag. Dit verschil is respectievelijk 3.2 (95% BI 0.4 – 6.0) en 3.4 minuten (95% BI 0.7 – 6.0).

De wachttijd was ook niet gelijk op de verschillende dagdelen. In de voormiddag bedroeg de wachttijd gemiddeld 3.0 minuten langer dan in de namiddag. Dit verschil is statistisch significant (95% BI 1.1 – 4.9). Tussen voormiddag en avond of tussen namiddag en avond kon geen statistisch significant verschil in wachttijd gevonden worden.

- *Consultatieduur*

Wat de consultatieduur betreft, was er geen significant verschil op de verschillende weekdagen of dagdelen.

Wanneer 2 patiënten gezien werden tijdens 1 afspraakblokje, duurde de consultatie gemiddeld 4.8 minuten langer. Dit verschil is statistisch significant (95% BI 1.6 – 8.0). Wanneer door de arts voor een bepaalde patiënt 2 afspraakblokjes voorzien werden (= 30 min), duurde de consultatie gemiddeld 29.5 minuut, dit is 12.7 minuten langer dan wanneer 1 afspraakblokje voorzien werd. Dit verschil is statistisch significant (95% BI 9.1 – 16.2). Wanneer 2 patiënten allebei een afspraak hadden

bij een arts en tezamen de consultatie binnengingen (bv. koppel), duurde de consultatie gemiddeld 7.8 minuten langer. Dit verschil is statistisch significant (95% BI 5.1 – 10.5).

Tabel 7: Gemiddelde wachttijd en consultatieduur - praktijkorganisatie

	Wachttijd		Consultatieduur	
	N	**Gemiddelde**	**N**	**Gemiddelde**
Weekdagen				
Maandag	174	6.2	172	16.2
Dinsdag	152	9.4	151	17.0
Woensdag	137	7.3	137	17.3
Donderdag	183	9.6	182	18.1
Vrijdag	82	6.4	82	17.0
Dagdelen				
Voormiddag	379	9.2	377	17.6
Namiddag	201	6.2	200	16.0
Avond	148	7.1	147	17.5
2 patiënten op 1 A	-	-		
Nee			706	17.0
Ja			18	21.8
Dubbele A	-	-		
Nee			706	16.8
Ja			18	29.5
2 patiënten samen	-	-		
Nee			696	16.8
Ja			28	24.6

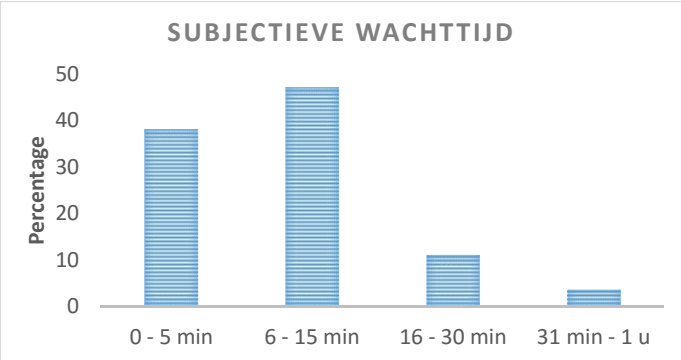
2.3. DEEL 2: VRAGENLIJST VOOR DE PATIËNT (BIJLAGE 3)

2.3.1. Wachttijd: inschatting en tolerantie

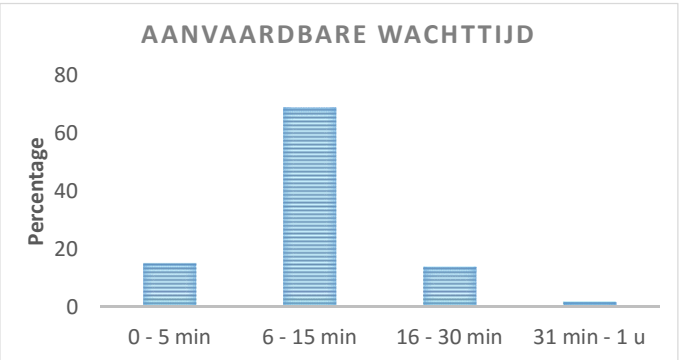
Van de 264 respondenten percipieerde 85.2% (208/244) minder dan 15 minuten te hebben moeten wachten in de wachtzaal. 3.7% (9/244) meende meer dan een half uur te hebben moeten wachten (fig. 1).

68.8% (176/256) van de respondenten vond een wachttijd van minder dan 15 minuten aanvaardbaar. 2.0% (5/256) was bereid om langer dan een half uur te wachten. 15.2% (39/256) was niet bereid om langer dan 5 minuten te wachten (fig. 2).

18.3% (46/251) van de respondenten vond dat hij/zij (nu) te lang had moeten wachten in de wachtzaal. Het grootste deel van deze groep (91.1%, 41/45) vond meer dan 15 minuten wachten onaanvaardbaar. Ongeveer de helft onder hen (44.2%, 19/43) gaf aan effectief meer dan 15 minuten te hebben moeten wachten.



Figuur 1: Subjectieve wachttijd



Figuur 2: Aanvaardbare wachttijd

2.3.2. Beleving van het wachten (tabel 3, bijlage 5)

30.0% (74/247) vindt het wachten in de wachtzaal bij de huisarts lastig.

31.7% (79/249) vindt wachten op zich zeer lastig, waar hij/zij ook is. 26.1% (65/249) vindt vooral het wachten in arts-wachtzalen zeer lastig.

38.0% (91/240) van de respondenten is van mening dat de huisarts zich aan het afspraakuur moet houden. Meer dan driekwart (76.5%, 189/247) begrijpt echter dat de arts soms van dit uur afwijkt en beschouwt het afspraakuur eerder als een richtuur. Bijna één vierde (24.5%, 60/245) heeft het er moeilijk mee dat zij berispt worden wanneer zij te laat zijn, terwijl de artsen ook soms achter zitten op schema.

2.3.3. Redenen waarom het wachten lastig kan zijn (tabel 4, bijlage 5)

Meer dan één derde van de respondenten (39.1%, 97/248) gaven aan dat zij het wachten lastig vinden omdat er na de consultatie bij de huisarts nog iets gepland staat. 40.3% (100/248) gaf als reden dat zij zich ziek voelen, dit maakt het wachten lastig. 25.8% (61/236) gaf aan dat het wachten lastig is omdat hun kinderen drukte veroorzaken in de wachtzaal en zij zich hierdoor gegeneerd voelen. 29.5% (72/244) vindt het wachten lastig omdat zij een druk leven hebben en dit dus een verspilling van kostbare tijd is.

2.3.4. Mogelijkheden om het wachten aangenamer te maken (tabel 5, bijlage 5)

Bijna drie vierde van de patiënten (72.8%, 169/232) zouden het appreciëren als de onthaalmedewerker een inschatting van de wachttijd meedeelt wanneer zij zich aanmelden. Ongeveer evenveel patiënten (72.5%, 166/229) zouden het aangenaam vinden indien de onthaalmedewerker zegt hoeveel wachtenden er nog voor hen zijn. Meer dan de helft van de patiënten (53.7%, 124/231) zouden het een goed idee vinden indien er een scherm in de wachtzaal zou zijn waarop zij kunnen aflezen wanneer zij aan de beurt zijn. Meer dan de helft van de patiënten (55.9%, 128/229) zouden graag telefonisch verwittigd worden indien de wachttijd meer dan een half uur bedraagt, zodat ze wat later in het WGC kunnen aankomen.

36.6% (83/227) van de patiënten vindt het geen goed idee om een TV in de wachtzaal te plaatsen. Meer tijdschriften in de wachtzaal is wel een goede oplossing voor de helft van de patiënten (50.0%,

111/222). Slechts een klein deel van de patiënten (17.5%, 40/228) is voorstander van een bureau in de wachtzaal waaraan gewerkt kan worden.

2.3.5. Patiëntenvariabelen: verschillen in beoordelen en beleven van wachttijden.

Geslacht (tabel 6, bijlage 5)

Er kon geen significant verschil gevonden vonden tussen mannen en vrouwen wat betreft gepercipieerde en aanvaardbare wachttijd en de beleving van het wachten.

Bij de mogelijkheden om het wachten aangenamer te maken kon er voor enkele variabelen een significant verschil gevonden worden. Vrouwen zouden het beduidend meer appreciëren indien de onthaalmedewerker de wachttijd zou meedelen ten opzichte van mannen (78.1% van de vrouwen (121/155) ten opzichte van 63.5% van de mannen (47/74)). Ook het meedelen van het aantal wachtenden voor hen wordt meer door de vrouwen gewaardeerd (76.6% van de vrouwen (118/154) ten opzichte van 63.0% van de mannen (46/73)).

Leeftijd (tabel 7, bijlage 5)

Er blijkt een significant verschil te zijn tussen leeftijdscategorieën onderling wat betreft de mening over de aanvaardbare wachttijd. In de jongere leeftijdscategorieën (18-45 jaar) is een wachttijd van meer dan 15 minuten slechts voor een minderheid aanvaardbaar: 3.1% van de 18-25j (1/32), 12.2% van de 26-35j (6/49), 5.9% van de 36-45j (2/34). In de oudere leeftijdscategorieën wordt dit vaker aanvaard: 22.7% van de 46-55j (10/44), 31.3% van de 56-65j (15/48), 15.8% van de 66-75j (3/19) en 30.0% van de 76-85j (3/10).

Ook de mening over een scherm met de wachttijden in de wachtzaal is significant verschillend tussen leeftijdscategorieën. Vooral de 46-55 jarigen, de 66-75 jarigen en de 86-95 jarigen zijn hier voorstander van (respectievelijk 68.2% (30/44), 80.0% (12/15) en 100.0% (1/1)). De 76-85 jarigen zijn geen voorstander van het scherm (slechts 25.0% is voor (2/8)).

Etniciteit (tabel 8, bijlage 5)

Er is een significant verschil tussen patiënten die Belg van origine zijn en patiënten die geen Belg van origine zijn voor wat zij een aanvaardbare wachttijd vinden. Slechts 10.3% (8/78) van de niet-Belgen vindt een wachttijd van meer dan 15 minuten aanvaardbaar, ten opzichte van 22.3% (29/130) van de Belgen.

Ook qua beleving vonden we statistisch significante verschillen. 38.4% (28/73) van de niet-Belgen vond het wachten lastig, ten opzichte van slechts 20.9% (27/129) van de Belgen. Niet-Belgen gaven ook vaker aan dat ze vonden dat ze te lang moesten wachten in de wachtzaal (24.7% (19/77) van de niet-Belgen t.o.v. 13.1% (17/130) van de Belgen). Niet-Belgen gaven vaker aan het wachten overal lastig te vinden ten opzichte van Belgen (45.9% (34/74) van de niet-Belgen t.o.v. 28.2% (37/131) van de Belgen). In verhouding met de patiënten die van origine Belg zijn was het voor de patiënten die van origine niet-Belg zijn ook lastiger om te wachten in de wachtzaal bij de arts (36.5% (27/74) van de niet-Belgen t.o.v. 17.4% (23/132) van de Belgen).

Meer dan de helft van de niet-Belgen (51.4%, 37/72) vonden dat de arts zich aan het afspraakuur hoort te houden ten opzichte van ongeveer één derde van de Belgen (31.5%, 40/127). 36.1% (26/72) van de niet-Belgen vond het onrechtvaardig dat zij berispt zouden worden wanneer zij te laat komen terwijl de arts ook soms te laat is, ten opzichte van 13.8% (18/130) van de Belgen.

Mogelijkheden om het wachten aangenamer te maken werden ook verschillend bevonden. Het grootste deel van de Belgen (82.8%, 106/128) zou het aangenaam vinden wanneer de wachttijd door de onthaalmedewerker wordt meegedeeld. 60.8% (45/74) van de niet-Belgen vond dit een goede optie. Bijna de helft van de niet-Belgen (46.5%, 33/71) vond een TV in de wachtzaal een goed idee. Het merendeel van de Belgen (72.7%, 93/128) vond dit echter geen goed idee.

Opleidingsniveau (tabel 9, bijlage 5)

Opleidingsniveau bleek geen significante invloed te hebben op de subjectieve of aanvaardbare wachttijd, maar wel op de wijze van beleven van het wachten.

Ongeveer één vijfde (19%, 19/100) van de hoger opgeleiden gaf aan vooral het wachten in arts-wachtzalen lastig te vinden terwijl dit voor de laag opgeleiden oploopt naar één derde (31.5%, 40/127). Bijna de helft (47.2%, 60/127) van de laag opgeleiden vindt het wachten lastig omdat zij zich ziek voelen terwijl dit voor hoger opgeleiden minder het geval is (34.0%, 34/100). Bijna één derde (29.5%, 36/122) van de laag opgeleiden vindt het onrechtvaardig dat de arts zich niet aan het afspraakuur houdt, terwijl zij wèl berispt worden als zij te laat komen. Bij de hoger opgeleiden heeft slechts één zesde (15.0%, 15/100) hier een probleem mee.

Ook oplossingen om het wachten aangenamer te maken werden significant verschillend beoordeeld. Het grootste deel van de hoger opgeleiden (83.8%, 83/99) zou het goed vinden indien de onthaalmedewerker een schatting van de wachttijd meedeelt. Bij de niet hoger opgeleiden vond slechts 66.4% (81/122) dit een goed idee. Meer dan twee derde (68.4%, 67/98) van de hoger opgeleiden zou het appreciëren indien zij opgebeld worden wanneer de wachttijd meer dan een half uur bedraagt. Minder dan de helft (46.7%, 56/120) van de niet hoger opgeleiden was hier voorstander van. Slechts één vierde (25.0%, 25/100) van de hoger opgeleiden vindt een TV in de wachtzaal een goede oplossing. Bij de niet hoger opgeleiden is dit bijna de helft (47.4%, 55/116).

2.3.6. Tot slot: enkele patiëntensuggesties

59 respondenten (22.3%) maakten gebruik van het aanbod voor een eigen suggestie op de patiënten-enquête. Het betrof voornamelijk tips over de wachtzaalorganisaties (bv. extra kranten of tijdschriften voorzien, extra ruimte voor kinderen), of een benadrukking van de reeds positieve elementen in onze wachtzaal (zoals het aquarium, het informatiescherm).

DISCUSSIE

Wachttijd en consultatieduur

Het merendeel van de patiënten in WGC Brugse Poort komt op tijd of te vroeg aan voor hun afspraak bij de arts; slechts 17.0% komt te laat. De gemiddelde wachttijd in de wachtzaal bij de huisarts bedraagt 8.0 minuten. Dit is de tijd tussen het vastgelegde uur van de afspraak en de start van de consultatie. De gemiddelde totale wachttijd in de wachtzaal (tijd die de patiënt te vroeg komt meegerekend) bedraagt 15.4 minuten. De patiënten kunnen deze wachttijd goed inschatten; het grootste deel gaf aan minder dan 15 minuten te hebben moeten wachten. Ook wordt deze wachttijd van minder dan 15 minuten door bijna alle patiënten aanvaardbaar bevonden. Mogelijks is er sprake van een onderschatting van de reële wachttijd, omdat de artsen zich bewust waren van de registratie en dus extra hun best deden om tijdig te werken. De gemiddelde consultatieduur in het WGC bedraagt 17.1 minuten.

In ons onderzoek werd gebruik gemaakt van zowel de subjectieve als de objectieve wachttijd: we vonden geen patiëntenfactoren die hier een invloed op uitoefenen. In de literatuur worden echter wel relaties teruggevonden tussen bepaalde patiëntenfactoren en de wachttijd: jonge patiënten en vrouwen wachten langer dan oudere patiënten en mannen (4, 8, 9). Er wordt in deze studies gebruik gemaakt van de door de patiënt gepercipieerde (subjectieve) wachttijd.

Wat betreft de invloed van patiëntenfactoren op de consultatieduur: in ons onderzoek bleek er een associatie te zijn tussen Belg van origine zijn en langere consultatieduur. De kortere consultatieduur bij patiënten van niet-Belgische origine zou kunnen te maken hebben met een moeilijkere communicatie of een onderschatting van de arts wat betreft de hoeveelheid informatie die de patiënt wenst. In het onderzoek van Smith et al. bleken blanke (inheemse) patiënten langere consulten te hebben in vergelijking met niet-blanke (ECM) patiënten (14). We vonden ook een associatie tussen vrouw zijn en een langere consultatieduur; dit is in overeenstemming met de resultaten van Deveugele et al. (11). Net zoals in de studie van Blumenthal et al. (1999) vonden ook wij een associatie tussen oudere leeftijd, psychologische problemen en een langere consultatieduur (13).

Tussen de artsen onderling werden statistisch significante verschillen in wachttijd en consultatieduur gevonden. Het geslacht van de arts had geen statistisch significante invloed op de wachttijd of op de consultatieduur, de leeftijd van de arts echter wel: bij de jongere artsen blijkt de wachttijd en de consultatieduur korter te zijn in vergelijking met oudere artsen. In de literatuur worden wisselende resultaten gevonden over de relatie tussen de leeftijd van de arts en de consultatieduur. We kunnen verschillende hypothesen formuleren voor de langere wachttijd en consultatieduur bij onze oudere artsen. Mogelijks heeft dit te maken met het verschil in patiëntenpopulatie tussen de verschillende artsen; de jonge artsen zien vaker acute pathologie terwijl de oudere artsen (die reeds langer werkzaam zijn in het WGC) eerder een vaste chronische patiëntenpopulatie hebben. Waarschijnlijk heeft ook de stijl van het consultvoeren een invloed op de wachttijd. Het is niet zo dat de artsen

waarbij de wachttijd het langst is ook de langste consultaties hebben. Een mogelijke verklaring voor deze ogenschijnlijke tegenstrijdigheid is de tijdsinvestering van de arts tussen de consultaties in: bijvoorbeeld het invoeren van de consultatiegegevens in het EMD (tijdens consultatie / tussen twee consultaties in / op het einde van de dag), telefoons tussen de consultaties of koffiepauze.

De wachttijd blijkt op dinsdag en donderdag significant langer te zijn dan op maandag. Mogelijks heeft dit te maken met de aard van de pathologieën op de verschillende weekdagen; op maandag bijvoorbeeld meer acute pathologie (na het weekend). Misschien kan dit verschil ook verklaard worden door de artsen die consultatie voeren op deze dagen. In de voormiddag is de wachttijd significant langer dan in de namiddag.

De consultatieduur in het WGC is langer dan het Belgische gemiddelde van 15.0 minuten (11). Het is belangrijk deze resultaten de te kaderen in de context van een WGC. Het WGC beschikt over fulltime onthaalmedewerkers die hoogopgeleid zijn en goed werk leveren. Zij vangen heel wat factoren op die bij andere huisartsen tot vertraging zouden kunnen leiden, zoals vervolgafspraken maken en telefoons opnemen. Er wordt gewerkt met een forfaitair betalingssysteem, de huisarts verliest dus geen tijd met het ontvangen van de betaling voor de consultatie. Ondanks deze factoren is de consultatieduur toch langer dan het Belgische gemiddelde. Hiervoor kunnen verschillende mogelijke verklaringen gevonden worden. De artsen in het WGC proberen steeds een patiënt georiënteerd consultmodel toe te passen met aandacht voor de ICE (Ideas, Concerns, Expectations) van de patiënt, het bevragen van het aantal RFE, shared decision making… Er wordt ook regelmatig gebruik gemaakt van een tolk, dit kan tijdrovend zijn. WGC's hebben een groot aandeel patiënten met ingewikkelde medische en / of (psycho)sociale problematiek. Ook consulteren er meer vrouwen dan mannen (60.2% vrouwen); de consultatieduur bij vrouwen is gemiddeld 1.6 minuten langer dan bij mannen.

Beleving van het wachten

Slechts 18.3% van de patiënten vond dat hij/zij te lang moest wachten in de wachtzaal. Het lijkt dus dat het WGC Brugse Poort beter scoort dan de gemiddelde artsenpraktijk in België: uit de EUROPEP studie blijkt dat 34% van de patiënten in België ontevreden is over de wachttijd in de wachtzaal bij de arts (6).

Er is een significant verschil tussen bepaalde leeftijdscategorieën en wat zij een aanvaardbare wachttijd vinden: de jongere leeftijdscategorieën vinden een wachttijd van meer dan 15 minuten minder aanvaardbaar. Dit komt overeen met de bevindingen van Sebo et al.: van de patiënten jonger dan 25 jaar vindt slechts 1/4de een wachttijd van meer dan 15 minuten acceptabel. In de groep van de 65 plussers, is iets meer dan 1/3 bereid om meer dan 15 minuten te wachten (8). Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat ouderen minder eisend zijn wat betreft wachttijd omdat zij vaak gepensioneerd zijn, en dus meer tijd zouden hebben. Ook etniciteit blijkt een invloed te hebben: patiënten die Belg van origine zijn, zijn vaker bereid om langer te wachten ten opzichte van patiënten die niet-Belg van origine zijn.

Ongeveer één derde van de patiënten vinden wachten op zich of wachten bij de huisarts lastig. De redenen hiervoor zijn divers: een druk leven hebben, kinderen die drukte veroorzaken, zich ziek voelen, zinloos tijdverlies. De meeste patiënten hebben er begrip voor wanneer er afgeweken wordt van het afspraakuur. Bepaalde patiëntenkenmerken als etniciteit en opleiding hebben een duidelijke invloed op de mening van de patiënt over het wachten en de wachtzaal. Patiënten die van origine niet-Belg / laagopgeleid zijn vinden het wachten lastiger dan patiënten die Belg van origine / hoogopgeleid zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat ze vinden dat als ze een afspraak maken met de dokter, die zich hier aan moeten houden. Als dat dan niet gebeurt, wordt het wachten als lastiger gepercipieerd. Zij blijken het immers ook dubbel zo vaak onrechtvaardig te vinden een berisping te krijgen indien zij te laat komen.

Mogelijke oplossingen om het wachten aangenamer te maken

In onze enquête werd gepeild naar mogelijke oplossingen om het wachten aangenamer te maken. De meeste patiënten zouden het appreciëren indien zij geïnformeerd worden door de onthaalmedewerker over de ingeschatte wachttijd of het aantal wachtenden voor hen. Dit sluit aan bij de psychologie van de wachttijden van Maister: een onzekere wachttijd voelt langer aan dan een gekende wachttijd. Maister leert ons ook dat wachttijd korter aanvoelt als je afgeleid wordt. Het is belangrijk dat deze afleiding verband houdt met hetgeen waarop de persoon wacht (16). In de wachtzaal in het WGC is er een scherm met iedere maand nieuwe relevante medische info en zijn er folders over de activiteiten in en rond het WGC. In de literatuur is aangetoond dat de inrichting van de wachtzaal een belangrijke invloed uitoefent op de perceptie van het wachten (4, 17-19). Een kleurrijke inrichting, goede belichting, een raam met uitzicht op de natuur scoren hierbij goed. De wachtzaal in het WGC voldoet aan deze voorwaarden. Het aquarium werd door verschillende respondenten gecomplimenteerd in de enquête. De helft van de patiënten zouden graag meer tijdschriften ter beschikking hebben in de wachtzaal, en sommige patiënten pleiten ook voor een extra exemplaar van de ene krant die er nu al is. Een TV of een bureau om aan te werken wensen het grootste deel van de patiënten niet. Ook hierop hebben etniciteit en opleidingsniveau een belangrijke invloed: een TV in de wachtzaal is voor de helft van de niet-Belgen een goed idee, terwijl het merendeel van de Belgen hier absoluut tegen is. Laag opgeleiden zijn vaker voorstander van een TV in de wachtzaal.

Beperkingen en sterktes

Een belangrijke sterkte van deze studie is de steekproefgrootte: er werden 811 patiënten geïncludeerd in het registratiedeel en 264 patiënten vulden de vragenlijst in. Het feit dat in deze studie zowel de objectieve als de subjectieve wachttijd onderzocht werden, maakt deze studie uniek.

Er werden opvallende verschillen in beleving van het wachten teruggevonden voor etniciteit en opleidingsniveau. Onderzoek hierover is schaars, dit maakt onze studie innovatief. Verder onderzoek is nodig om dit nog meer uit te diepen.

Slechts 264 van de 811 patiënten die geïncludeerd werden in het registratiedeel van dit onderzoek vulden de vragenlijst in (32.6%). Mogelijke verklaringen voor deze lage response rate: minderjarige patiënten kwamen niet in aanmerking voor het invullen van de vragenlijst (21.5% van de studiepopulatie), de arts vergat de patiënt uit te nodigen, de arts was selectief in het uitnodigen van patiënten, taalbarrière. Mogelijks zijn de studiepopulaties van het registratiedeel en die van de vragenlijst dus niet vergelijkbaar zijn met elkaar. Het aandeel patiënten van Belgische origine is voor de vragenlijst veel groter dan voor het registratiedeel. Dit betekent dat we de resultaten van de vragenlijst waarschijnlijk niet kunnen veralgemenen voor de hele praktijkpopulatie.

Een andere beperking is dat er bij de constructie van de variabele 'etniciteit' mogelijks fouten geregistreerd werden. In het administratieve luik van het EMD staat niet steeds de afkomst en nationaliteit ingevuld of bleek dit soms foutief ingevuld.

De artsen kregen tijdens de onderzoeksperiode een registratieformulier waarop zij factoren konden registreren die de consultatieduur konden beïnvloeden. Het is niet zeker dat elke arts systematisch deze storende factoren noteerde, mogelijks is er dus sprake van een onder-registratie.

We opteerden voor een anonieme deelname aan de patiënten-enquête, om de drempel tot deelname te verlagen. Anderzijds zorgde de anonieme deelname er voor dat we geen vergelijking konden maken tussen de objectief geregistreerde wachttijd en de door de patiënt gepercipieerde wachttijd.

BESLUIT EN IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK

Uit dit onderzoek blijkt dat de objectieve wachttijd in de wachtzaal bij de artsen in het WGC Brugse Poort gemiddeld 8 minuten bedraagt, dat de meeste patiënten (voor)tijdig aankomen in de wachtzaal en dat zij een wachttijd tot 15 minuten aanvaardbaar vinden. Toch is er een belangrijke minderheid (18.3%) van patiënten die subjectief te lang moest wachten in de wachtzaal. Op dit vlak is dus nog steeds verbetering mogelijk. De consultatieduur bedraagt gemiddeld 17.1 minuten en is langer dan het Belgische gemiddelde. Er werd in de artsengroep besproken om in de toekomst het aantal RFE te beperken tot maximum twee per consultatie.

We gingen na welke variabelen mogelijks een invloed uitoefenen op de wachttijd. Er zijn opvallende verschillen tussen de artsen onderling. De leeftijd van de arts, de weekdag en het dagdeel blijken dit te doen. We vonden geen patiëntenvariabelen die een invloed uitoefenen.

Ongeveer 1 op 3 vindt het wachten lastig en de redenen hiervoor zijn divers. Opvallend is dat er duidelijke verschillen konden gevonden worden voor wat betreft leeftijd, etniciteit en opleidingsniveau. Respondenten die jonger / niet-Belgisch van origine zijn, waren minder bereid om langer dan 15 minuten te wachten; respondenten van niet-Belgische origine / laagopgeleiden blijken het wachten lastiger te vinden in vergelijking met respondenten van Belgische origine / hoogopgeleiden.

De meeste respondenten zouden het appreciëren indien de onthaalmedewerker het aantal wachtenden of een schatting van de wachttijd meedeelt. Deze resultaten werden besproken op een overleg met de onthaalmedewerkers. Zij gaven aan reeds vaak het aantal wachtenden mee te delen aan de patiënt. Een schatting van de wachttijd is moeilijk, omdat zij niet kunnen inschatten hoe lang de verschillende consultaties zullen duren. Zij merken op dat patiënten meer op hun gemak wachten wanneer zij voorbereid zijn op een mogelijks langere wachttijd. Er wordt afgesproken om in de toekomst altijd een schatting van het aantal wachtenden mee te delen aan de patiënt. Om dit mogelijk te maken werd recent een afvinksysteem in het agendasysteem geïntroduceerd (waarbij de arts moet aanvinken wanneer elke consultatie gedaan is).
De onthaalmedewerkers hebben de indruk dat de patiënten het wachten beter verdragen wanneer zij een afspraak bij hun “vaste arts” hebben (en dus al een notie hebben van de gemiddelde wachttijd bij deze arts).
Patiënten opbellen alvorens zij in het WGC aankomen indien de wachttijd meer dan dertig minuten bedraagt, lijkt geen goed idee. Op die manier is er geen mogelijkheid voor de arts om de wachttijd weer “in te halen” door een korte consultatie of een patiënt die niet komt opdagen.

De ideale inrichting van de wachtzaal is verschillend voor bepaalde patiëntengroepen: vooral etniciteit en opleidingsniveau blijken hierop een invloed uit te oefenen. Volgens de literatuur die gevonden werd over de invloed van de inrichting van de wachtzaal op de beleving van het wachten, scoort onze wachtzaal goed. Dit onderwerp werd ook aangekaart bij de onthaalmedewerkers. Een apart hoekje voor de kinderen bv. om te tekenen of met meer speelgoed is een mogelijke optie.

Enkele respondenten vroegen op de enquête naar een extra exemplaar van de krant. Om te zien of deze nood bij een groot deel van de patiënten aanwezig is zal vanaf nu de krant van de dag voordien ook in de wachtzaal blijven liggen. Indien blijkt dat beide exemplaren gebruikt worden kan in de toekomst voor een tweede krantenabonnement gezorgd worden. Het is echter belangrijk om te weten dat de wensen naar inkleding van de wachtzaal verschillen in een zeer diverse patiëntenpopulatie zoals in het WGC; het is niet realiseerbaar om iedereen tevreden te stellen.

REFERENTIES

1. Milani B. Verwachtingen en (on)tevredenheid van Albanees sprekende patiënten over de zorg en dienstverlening in een multidisciplinair wijkgezondheidscentrum. Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van Master in gezondheidsvoorlichting en –bevordering 2014. Universiteit Gent.
2. Anderson RT, Camacho FT, Balkrishnan R. Willing to wait?: the influence of patient wait time on satisfaction with primary care. BMC Health Serv Res. 2007;7:31.
3. Camacho F, Anderson R, Safrit A, Jones AS, Hoffmann P. The relationship between patient's perceived waiting time and office-based practice satisfaction. NC Med J. 2006;67(6):409-13.
4. Leddy KM, Kaldenberg DO, Becker BW. Timeliness in ambulatory care treatment: an examination of patient satisfaction and wait times in medical practices and outpatient test and treatment facilities. The Journal of ambulatory care management. 2003;26(2):138-49.
5. Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. Annals of emergency medicine. 1996;28(6):657-65.
6. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. British journal of general practice. 2000;50(460):882-7.
7. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H, et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. International Journal for Quality in Health Care. 2002;14(2):111-8.
8. Sebo P, Herrmann FR, Bovier P, Haller DM. What are patients' expectations about the organization of their primary care physicians' practices? BMC health services research. 2015;15(1):328.
9. Cayirli T, Veral E. Outpatient Scheduling in Health Care: a Review of Literature. Production and Operations Management. 2003;12(4):519-49.
10. Hill-Smith I. Mathematical relationship between waiting times and appointment interval for doctor and patients. JR Coll Gen Pract. 1989;39(329):492-4.
11. Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. Bmj. 2002;325(7362):472.
12. Lo A, Ryder K, Shorr RI. Relationship between patient age and duration of physician visit in ambulatory setting: does one size fit all? Journal of the American Geriatrics Society. 2005;53(7):1162-7.
13. David Blumenthal M, Culpepper L, Stafford R, Starfield B. The duration of ambulatory visits to physicians. The Journal of family practice. 1999;48(4).
14. Smith DM, Martin DK, Langefeld CD, Miller ME, Freedman JA. Primary care physician productivity. Journal of general internal medicine. 1995;10(9):495-503.
15. Migongo AW, Charnigo R, Love MM, Kryscio R, Fleming ST, Pearce KA. Factors relating to patient visit time with a physician. Medical Decision Making. 2012;32(1):93-104.
16. Maister DH. The psychology of waiting lines. Harvard Business School; 1984. p. 9.
17. Arneill AB, Devlin AS. Perceived quality of care: The influence of the waiting room environment. Journal of Environmental Psychology. 2002;22(4):345-60.

18. Rempusheski VF, Chamberlain SL, Picard HB, Ruzanski J, Collier M. Expected and received care: Patient perceptions. Nursing administration quarterly. 1988;12(3):42-50.
19. Wilde B, Starrin B, Larsson G, Larsson M. Quality of care from a patient perspective. Scandinavian journal of caring sciences. 1993;7(2):113-20.
20. VWGC. De plaats van wijkgezondheidscentra in Vlaanderen en Brussel in een toekomstgericht gezondheidsbeleid. Internet site vereniging van wijkgezondheidscentra 2008. Beschikbaar via: http://www.vwgc.be/media/Documenten/OPEN%20GEDEELTE/concept/visietekst%20VWGC%202008.pdf. Geraadpleegd 2015 december 13.
21. Van Steenberge A, Verhasselt E, Bauwens E, Dirikx E, Gaus D. Gent in cijfers. Wijkmonitor. Internet site Stad Gent 2009. Beschikbaar via: https://stad.gent/sites/default/files/page/documents/wijkmonitor_2009_LR.pdf. Geraadpleegd 2015 december 13.
22. De Maesschalck S. Linguistic and cultural diversity in the consultation room: a tango between physicians and their ethnic minority patients. Thesis submitted in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor in Medical Sciences 2012. Universiteit Gent.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Protocol Ethisch Comité

DOEL ONDERZOEK

Het doel van dit onderzoek is drieledig. Ten eerste willen we inzicht verwerven in de reële en beleefde wachttijden in de wachtzaal bij de artsen in het Wijkgezondheidscentrum (WGC) Brugse poort. Ten tweede zal onderzocht worden of er wat betreft de wachttijden verschillen te vinden zijn tussen de artsen onderling en verschillen gebonden aan patiëntenfactoren (zoals etniciteit, geslacht en leeftijd). Tot slot willen we proberen door deze gegevens te analyseren punten tot verbetering te vinden en te impliceren.

METHODE

Objectieve deel:

Gedurende 2 weken in juni 2015 worden de wachttijden in de wachtzaal bij de arts geregistreerd. In week 1 op maandag, woensdag en vrijdag, in week 2 op dinsdag en donderdag. Het motief voor de spreiding van het onderzoek over twee weken is het ontlasten van de onthaalmedewerkers. Van elke patiënt wordt door een onthaalmedewerker het uur van aankomst en het uur van de afspraak geregistreerd. De arts registreert het uur waarop hij de patiënt uit de wachtzaal haalt en het uur waarop het consult eindigt. Vooraf worden alle klokken gelijk gezet. Indien er zich zaken voordoen die de wachttijd beïnvloeden, bv. een arts die op dringend huisbezoek moet vertrekken, dan registreert de onthaalmedewerker dat in een logboek. Op die manier kunnen we onderzoeken:

- of er een probleem is van lange wachttijden in het WGC.

- of deze wachttijden beïnvloed worden door te vroeg/ te laat komen van de patiënt.

- of er verschillen zijn gebonden aan artsenfactoren / bepaalde momenten in de week.

- of er verschillen zijn gebonden aan patiëntenfactoren. Hiertoe worden patiëntengegevens in de dossiers opgezocht zoals leeftijd, geslacht, etniciteit, de invloed van chronische pathologieën of psychiatrische problematiek.

Er zal vooraf een piloottest plaatsvinden.

Subjectieve deel:

Wanneer de arts het consult beëindigt, zal hij/zij de patiënt vragen om anoniem een korte vragenlijst in te vullen. Hiervoor wordt een apart tafeltje voorzien in de wachtzaal. Enkel meerderjarige, wilsbekwame patiënten worden gevraagd deel te nemen. Deze vragenlijst zal beschikbaar zijn in verschillende talen (Nederlands, Frans, Engels, Turks, Romanes). De patiënt is volledig vrij om al dan niet deel te nemen aan dit deel van het onderzoek. Na het invullen van de vragenlijst wordt deze in een urne aan het onthaal ingeleverd. In deze vragenlijst wordt gepeild naar de beleving van het wachten. Volgende vragen zullen gesteld worden: (zie bijlage 3).

INFORMED CONSENT

In de wachtzaal zal een affiche ophangen met informatie over het onderzoek. Voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst zullen de patiënten geïnformeerd worden over het onderzoek door de arts waarbij ze consulteren, en zal hen gevraagd worden het informed consent formulier te tekenen.

Bijlage 2: Advies Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Sara WILLEMS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0404	23-apr-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
De kunst van het wachten (Manama Hanna Kevers)

Belgisch Registratienummer: B670201524511

* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier
* Protocol
* Vragenlijsten
* Antwoord onderzoekers via mail dd. 10/04/2015 (ontv. dd. 13/04/2015) op opmerkingen EC dd.10/04/2015
* Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie ontv. dd. 13/04/2015)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 15/04/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 14/04/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 15/04/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 14/04/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 21/04/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/04/2015

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0404	23-apr-15	Zie "CC"

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. S. WILLEMS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Bijlage 3: Vragenlijst

1. Hoe lang, denk je, heb je moeten wachten? Niet / …… minuten

2. Vind je het wachten lastig? Ja Neen

3. Vind je dat je te lang moest wachten in de wachtzaal? Ja Neen

4 Wat vind je een aanvaardbare wachttijd?

a) 0 - 5 min
b) 6 - 15 min
c) 16 - 30 min
d) 31min - 1u
e) >1u

5. Hieronder staan enkele stellingen in verband met het wachten. Duid aan in welke mate je akkoord gaat met elke stelling op een schaal van 1 tot 5.

1 = helemaal niet akkoord
2 = niet akkoord
3 = geen mening
4 = akkoord
5 = helemaal akkoord

a)	Ik vind het wachten op zich zeer lastig, waar ik ook ben.	1	2	3	4	5
b)	Ik vind vooral het wachten bij een arts zeer lastig.	1	2	3	4	5
c)	Ik vind het lastig omdat er op afspraak wordt gewerkt: dus moet de arts zich aan dit uur houden.	1	2	3	4	5
d)	Ik vind het wachten lastig omdat ik na mijn consultatie bij de huisarts nog iets anders heb gepland.	1	2	3	4	5
e)	Ik vind het wachten lastig, maar ik beschouw het uur van mijn afspraak als een “richtuur”; ik begrijp dat de arts hier soms van afwijkt.	1	2	3	4	5
f)	Ik kom bij de dokter omdat ik ziek ben, daarom is het wachten moeilijk voor mij; ik voel me ellendig.	1	2	3	4	5
g)	Mijn kinderen veroorzaken drukte in wachtzaal, ik voel me dan gegeneerd.	1	2	3	4	5
h)	Ik heb een druk leven. Als de wachttijd oploopt is dit verspilling van kostbare tijd voor mij.	1	2	3	4	5
i)	Ik mag niet te laat zijn maar de arts mag dit wel, dat is niet serieus…	1	2	3	4	5

ZIE OMMEZIJDE!

6. Hoe zouden we het wachten aangenamer kunnen maken voor jou? Geef aan in welke mate je akkoord gaat met volgende stellingen op een schaal van 1 tot 5.

1 = helemaal niet akkoord
2 = niet akkoord
3 = geen mening
4 = akkoord
5 = helemaal akkoord

a)	De onthaalmedewerker zegt mij hoeveel de wachttijd ongeveer bedraagt.	1	2	3	4	5
b)	De onthaalmedewerker zegt mij hoeveel wachtenden er nog voor mij zijn.	1	2	3	4	5
c)	Er is een scherm waarop ik kan raadplegen wanneer ik aan de beurt ben.	1	2	3	4	5
d)	Indien de wachttijd langer dan een half uur bedraagt, word ik opgebeld alvorens ik in het WGC aankom.	1	2	3	4	5
e)	Een TV in de wachtzaal.	1	2	3	4	5
f)	Meer tijdschriften in de wachtzaal.	1	2	3	4	5
g)	Een bureau waaraan ik kan werken.	1	2	3	4	5

Indien je zelf nog andere voorstellen hebt, mag je ze hier neerschrijven:

……

7. Persoonlijke gegevens:

a) Wat is je geslacht? M V

b) Wat is je leeftijd? …… jaar

c) Waar ben je geboren? ……

d) Waar zijn je vader en moeder geboren?
Vader: ……
Moeder:……

e) Wat is je hoogste opleidingsniveau?
- geen diploma
- lager onderwijs
- lager secundair onderwijs
(1e, 2e en 3e middelbaar of buitengewoon secundair onderwijs)
- hoger secundair onderwijs
(4e, 5e, 6e en 7e secundair onderwijs)
- hoger onderwijs
(hogeschool en/of universiteit)

Bijlage 4: Informed Consent

Informatie en Toestemmingsformulier voor de patiënt

TITEL : De kunst van het wachten

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van mijn opleiding tot huisarts hier in het Wijkgezondheidcentrum Brugse Poort doe ik een onderzoek naar de wachttijden in de wachtzaal en hoe jullie dit als patiënt ervaren.
Dit onderzoek gebeurt in juni 2015, onder toezicht van de Universiteit Gent.

Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de wachttijden in de wachtzaal hier. In het kader hiervan zullen we de wachttijden gedurende 2 weken registreren.

Indien mogelijk, willen we proberen de wachttijden te verkorten. Toch is wachten in de wachtzaal soms onvermijdelijk. Daarom willen we zoeken naar middelen om het wachten in de wachtzaal zo aangenaam mogelijk te maken voor u.

We willen u vragen ons hierbij te helpen door een korte vragenlijst in te vullen. Uiteraard is deze vragenlijst volledig anoniem. Daarnaast heeft het al dan niet deelnemen aan deze studie geen enkele invloed op uw relatie met de gezondheidsmedewerkers en/of arts binnen het wijkgezondheidscentrum.
Door het ondertekenen van dit toestemmingsformulier geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met mij of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Hanna Kevers

UNIVERSITEIT GENT

TOESTEMMINGSFORMULIER NA VOORLICHTING

Toestemming om uw gegevens te gebruiken in het kader van de studie: "De kunst van het wachten"

De onderzoeker:

Ik heb de deelnemer geïnformeerd en op zijn/haar vragen antwoord gegeven. Ik verklaar dat de verzamelde gegevens enkel zullen worden gebruikt voor het hierboven genoemd wetenschappelijk onderzoek. Ik verklaar dat zijn/haar anonimiteit te allen tijde gerespecteerd zal worden. De gegevens zullen verzameld en verwerkt worden volgens de Belgische wetgeving en de voorschriften ter bescherming van de privacy. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP en volgens de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies.

De deelnemer aan het onderzoek:

Ik ben duidelijk geïnformeerd en heb het informatieformulier doorgenomen. Ik heb de kans gehad vragen te stellen en op mijn vragen heb ik steeds een bevredigend antwoord gekregen.

Ik stem vrijwillig toe dat de verzamelde gegevens voor dit onderzoek zullen gebruikt worden.

Ik kan mij te allen tijde **uit de studie terugtrekken** zonder een reden voor deze beslissing te geven.

Ik begrijp dat de gegevens **strikt vertrouwelijk** zullen behandeld worden.

Ik weet dat de resultaten **anoniem** zullen verwerkt worden en dat ik niet zal geïdentificeerd worden in het onderzoeksrapport.

Datum: …/…/2015

Handtekening Deelnemer	Handtekening Onderzoeker

Bijlage 5: Tabellen

Tabel 1: Gemiddelde verschillen in wachttijd

Variabele		Gemiddeld verschil (I-J)	95% BI	
			Ondergrens	Bovengrens
Leeftijdscategorieën				
(I) leeftijdcat	(J) leeftijdcat			
0-15	16-25	-0,39581	-4,2831	3,4915
	26-35	-0,77184	-4,5639	3,0202
	36-45	-0,4557	-4,1739	3,2625
	46-55	-1,3265	-5,1284	2,4754
	56-65	-1,849	-5,6217	1,9237
	66-75	-2,33855	-7,8245	3,1474
	76-85	-3,77744	-10,7805	3,2256
	86-95	-3,47744	-18,2954	11,3405
16-25	0-15	0,39581	-3,4915	4,2831
	26-35	-0,37603	-4,4588	3,7068
	36-45	-0,05989	-4,0742	3,9544
	46-55	-0,93069	-5,0227	3,1613
	56-65	-1,45319	-5,518	2,6116
	66-75	-1,94274	-7,6335	3,748
	76-85	-3,38163	-10,5463	3,7831
	86-95	-3,08163	-17,9767	11,8134
26-35	0-15	0,77184	-3,0202	4,5639
	16-25	0,37603	-3,7068	4,4588
	36-45	0,31613	-3,606	4,2382
	46-55	-0,55466	-4,5562	3,4469
	56-65	-1,07717	-5,051	2,8966
	66-75	-1,56672	-7,1928	4,0594

	76-85	-3,00561	-10,119	4,1078
	86-95	-2,70561	-17,5761	12,1648
36-45	0-15	0,4557	-3,2625	4,1739
	16-25	0,05989	-3,9544	4,0742
	26-35	-0,31613	-4,2382	3,606
	46-55	-0,8708	-4,8025	3,0609
	56-65	-1,3933	-5,2967	2,5101
	66-75	-1,88285	-7,4595	3,6938
	76-85	-3,32174	-10,3961	3,7526
	86-95	-3,02174	-17,8735	11,8301
46-55	0-15	1,3265	-2,4754	5,1284
	16-25	0,93069	-3,1613	5,0227
	26-35	0,55466	-3,4469	4,5562
	36-45	0,8708	-3,0609	4,8025
	56-65	-0,5225	-4,5058	3,4607
	66-75	-1,01205	-6,6449	4,6207
	76-85	-2,45094	-9,5697	4,6678
	86-95	-2,15094	-17,0239	12,722
56-65	0-15	1,849	-1,9237	5,6217
	16-25	1,45319	-2,6116	5,518
	26-35	1,07717	-2,8966	5,051
	36-45	1,3933	-2,5101	5,2967
	46-55	0,5225	-3,4607	4,5058
	66-75	-0,48955	-6,1027	5,1236
	76-85	-1,92844	-9,0316	5,1747
	86-95	-1,62844	-16,494	13,2371
66-75	0-15	2,33855	-3,1474	7,8245
	16-25	1,94274	-3,748	7,6335

	26-35	1,56672	-4,0594	7,1928
	36-45	1,88285	-3,6938	7,4595
	46-55	1,01205	-4,6207	6,6449
	56-65	0,48955	-5,1236	6,1027
	76-85	-1,43889	-9,5824	6,7046
	86-95	-1,13889	-16,5287	14,2509
76-85	0-15	3,77744	-3,2256	10,7805
	16-25	3,38163	-3,7831	10,5463
	26-35	3,00561	-4,1078	10,119
	36-45	3,32174	-3,7526	10,3961
	46-55	2,45094	-4,6678	9,5697
	56-65	1,92844	-5,1747	9,0316
	66-75	1,43889	-6,7046	9,5824
	86-95	0,3	-15,6936	16,2936
86-95	0-15	3,47744	-11,3405	18,2954
	16-25	3,08163	-11,8134	17,9767
	26-35	2,70561	-12,1648	17,5761
	36-45	3,02174	-11,8301	17,8735
	46-55	2,15094	-12,722	17,0239
	56-65	1,62844	-13,2371	16,494
	66-75	1,13889	-14,2509	16,5287
	76-85	-0,3	-16,2936	15,6936
Geslacht				
(I) Man	(J) vrouw	-0.91904	-2.26143	0.42334
Etniciteit				
(I) Belg	(J) niet-Belg	0.75953	-0.58659	2.10566
Geslacht arts				
(I) Vrouw	(J) Man	0.90717	-.69685	2.51120

Leeftijd arts				
(I) ≥40	(J) <40	6.25925*	4.93357	7.58493
Duty-arts				
(I) Nee	(J) ja	-0.81138	-2.38776	0.56499
Weekdagen				
(I) Weekdag	(J) Weekdag			
maandag	dinsdag	-3,16735*	-5,9786	-0,3561
	woensdag	-1,03025	-3,9224	1,8619
	donderdag	-3,36490*	-6,046	-0,6838
	vrijdag	-0,1919	-3,5836	3,1998
dinsdag	maandag	3,16735*	0,3561	5,9786
	woensdag	2,1371	-0,8459	5,1201
	donderdag	-0,19755	-2,9763	2,5812
	vrijdag	2,97545	-0,494	6,4449
woensdag	maandag	1,03025	-1,8619	3,9224
	dinsdag	-2,1371	-5,1201	0,8459
	donderdag	-2,33465	-5,1953	0,526
	vrijdag	0,83835	-2,697	4,3737
donderdag	maandag	3,36490*	0,6838	6,046
	dinsdag	0,19755	-2,5812	2,9763
	woensdag	2,33465	-0,526	5,1953
	vrijdag	3,173	-0,1919	6,5379
Vrijdag	maandag	0,1919	-3,1998	3,5836
	dinsdag	-2,97545	-6,4449	0,494
	woensdag	-0,83835	-4,3737	2,697
	donderdag	-3,173	-6,5379	0,1919
Dagdelen				
(I) Dagdeel	(J) Dagdeel			

voormiddag (8-13u)	namiddag (13-17u)	2,98750*	1,1026	4,8724
	avond (17-20u)	2,07447	-0,0194	4,1683
namiddag (13-17u)	voormiddag (8-13u)	-2,98750*	-4,8724	-1,1026
	avond (17-20u)	-0,91304	-3,2528	1,4267
avond (17-20u)	voormiddag (8-13u)	-2,07447	-4,1683	0,0194
	namiddag (13-17u)	0,91304	-1,4267	3,2528

* significantie, vastgelegd op 0.05

Tabel 2: Gemiddeld verschil in consultatieduur

Variabele		Gemiddeld verschil (I-J)	95% BI	
			Ondergrens	Bovengrens
Leeftijdscategorieën				
(I) Leeftijdcat	(J) Leeftijdcat			
0-15	16-25	0,53448	-2,7379	3,8069
	26-35	-2,77973	-5,9805	0,421
	36-45	-1,41826	-4,5561	1,7196
	46-55	-1,92403	-5,1332	1,2852
	56-65	-4,22512*	-7,4014	-1,0489
	66-75	-1,87879	-6,4933	2,7357
	76-85	-6,17879*	-12,0676	-0,29
	86-95	-5,37879	-17,8342	7,0766
16-25	0-15	-0,53448	-3,8069	2,7379
	26-35	-3,31421	-6,7534	0,125
	36-45	-1,95274	-5,3334	1,428
	46-55	-2,4585	-5,9055	0,9885
	56-65	-4,75960*	-8,176	-1,3432

	66-75	-2,41327	-7,1962	2,3697
	76-85	-6,71327*	-12,7349	-0,6916
	86-95	-5,91327	-18,432	6,6055
26-35	0-15	2,77973	-0,421	5,9805
	16-25	3,31421	-0,125	6,7534
	36-45	1,36147	-1,9499	4,6729
	46-55	0,85571	-2,5234	4,2348
	56-65	-1,44539	-4,7932	1,9024
	66-75	0,90094	-3,8332	5,6351
	76-85	-3,39906	-9,3821	2,584
	86-95	-2,59906	-15,0993	9,9012
36-45	0-15	1,41826	-1,7196	4,5561
	16-25	1,95274	-1,428	5,3334
	26-35	-1,36147	-4,6729	1,9499
	46-55	-0,50576	-3,8253	2,8138
	56-65	-2,80686	-6,0946	0,4808
	66-75	-0,46053	-5,1524	4,2314
	76-85	-4,76053	-10,7102	1,1891
	86-95	-3,96053	-16,4448	8,5238
46-55	0-15	1,92403	-1,2852	5,1332
	16-25	2,4585	-0,9885	5,9055
	26-35	-0,85571	-4,2348	2,5234
	36-45	0,50576	-2,8138	3,8253
	56-65	-2,30109	-5,657	1,0548
	66-75	0,04524	-4,6947	4,7851
	76-85	-4,25476	-10,2423	1,7328
	86-95	-3,45476	-15,9572	9,0476
56-65	0-15	4,22512*	1,0489	7,4014

	16-25	4,75960*	1,3432	8,176
	26-35	1,44539	-1,9024	4,7932
	36-45	2,80686	-0,4808	6,0946
	46-55	2,30109	-1,0548	5,657
	66-75	2,34633	-2,3713	7,064
	76-85	-1,95367	-7,9236	4,0163
	86-95	-1,15367	-13,6477	11,3403
66-75	0-15	1,87879	-2,7357	6,4933
	16-25	2,41327	-2,3697	7,1962
	26-35	-0,90094	-5,6351	3,8332
	36-45	0,46053	-4,2314	5,1524
	46-55	-0,04524	-4,7851	4,6947
	56-65	-2,34633	-7,064	2,3713
	76-85	-4,3	-11,1444	2,5444
	86-95	-3,5	-16,4346	9,4346
76-85	0-15	6,17879*	0,29	12,0676
	16-25	6,71327*	0,6916	12,7349
	26-35	3,39906	-2,584	9,3821
	36-45	4,76053	-1,1891	10,7102
	46-55	4,25476	-1,7328	10,2423
	56-65	1,95367	-4,0163	7,9236
	66-75	4,3	-2,5444	11,1444
	86-95	0,8	-12,6421	14,2421
86-95	0-15	5,37879	-7,0766	17,8342
	16-25	5,91327	-6,6055	18,432
	26-35	2,59906	-9,9012	15,0993
	36-45	3,96053	-8,5238	16,4448
	46-55	3,45476	-9,0476	15,9572

	56-65	1,15367	-11,3403	13,6477
	66-75	3,5	-9,4346	16,4346
	76-85	-0,8	-14,2421	12,6421
Geslacht				
(I) Man	(J) Vrouw	-1.59923*	-2.77091	-0.42756
Etniciteit				
(I) Belg)	(J) niet-Belg	4.00741*	2.88814	5.12668
Meerdere RFE				
(I) Nee	(J) Ja	-8.0834*	-10.87997	-5.28699
Psychologisch probleem				
(I) Nee	(J) Ja	-10.21375*	-12.85452	-7.57297
Geslacht arts				
(I) Vrouw	(J) Man	-1.27946	-2.69250	.13358
Leeftijd arts				
(I) ≥40	(J) <40	2.26289*	1.04111	3.48466
Duty-arts				
(I) Nee	(J) Ja	0.25099	-1.07854	1.58052
Telefoon				
(I) Nee	(J) Ja	-5.15221	-7.71012	-2.59430
Weekdagen				
(I) Weekdag	(J) Weekdag			
Maandag	Dinsdag	-0,84206	-3,2883	1,6042
	Woensdag	-1,0724	-3,5843	1,4395
	Donderdag	-1,89573	-4,2284	0,437
	Vrijdag	-0,75355	-3,6973	2,1902
Dinsdag	Maandag	0,84206	-1,6042	3,2883
	Woensdag	-0,23034	-2,8186	2,3579

	Donderdag	-1,05367	-3,4683	1,361
	Vrijdag	0,08852	-2,9206	3,0976
Woensdag	Maandag	1,0724	-1,4395	3,5843
	Dinsdag	0,23034	-2,3579	2,8186
	Donderdag	-0,82333	-3,3045	1,6578
	Vrijdag	0,31885	-2,7439	3,3816
Donderdag	Maandag	1,89573	-0,437	4,2284
	Dinsdag	1,05367	-1,361	3,4683
	Woensdag	0,82333	-1,6578	3,3045
	Vrijdag	1,14219	-1,7753	4,0597
Vrijdag	Maandag	0,75355	-2,1902	3,6973
	Dinsdag	-0,08852	-3,0976	2,9206
	Woensdag	-0,31885	-3,3816	2,7439
	Donderdag	-1,14219	-4,0597	1,7753
Dagdeel (I) Dagdeel	 (J) Dagdeel			
Voormiddag	Namiddag	1,54121	-0,0917	3,1741
	Avond	0,11002	-1,7051	1,9251
Namiddag	Voormiddag	-1,54121	-3,1741	0,0917
	Avond	-1,43119	-3,4591	0,5967
Avond	Voormiddag	-0,11002	-1,9251	1,7051
	Namiddag	1,43119	-0,5967	3,4591
2 pt'en 1 A				
(I) Nee	(J) Ja	-4.81492*	-8.02196	-1.60788
1 pt 2 A				
(I) Nee	(J) Ja	-12.67705*	-16.21441	-9.13970
2 pt'en 2 A				
(I) Nee	(J) Ja	-7.80665*	-10.48379	-5.12951

* significantie, vastgelegd op 0.05

Tabel 3: Antwoorden vragenlijst "beleving van het wachten"

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Geen mening	Akkoord	Helemaal akkoord	Totaal
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	N
Wachten = overal lastig	16.9 (42)	32.5 (81)	18.9 (47)	24.1 (60)	7.6 (19)	249
Wachten bij arts = lastig	20.5 (51)	34.5 (86)	18.9 (47)	18.9 (47)	7.2 (18)	249
Arts moet zich aan afspraakuur houden.	18.8 (45)	28.8 (69)	14.6 (35)	29.2 (70)	8.8 (21)	240
Afspraakuur = richtuur	7.3 (18)	6.9 (17)	9.3 (23)	44.9 (111)	31.6 (78)	247
Arts en patiënt moeten beiden op tijd zijn	29.4 (72)	29.4 (72)	16.7 (41)	13.5 (33)	11.0 (27)	245

Tabel 4: Antwoorden vragenlijst "waarom wachten lastig kan zijn"

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Geen mening	Akkoord	Helemaal akkoord	Totaal
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	N
Afspraak na consultatie	14.5 (36)	27.0 (67)	19.4 (48)	29.4 (73)	9.7 (24)	248
Ziek	10.5 (26)	25.0 (62)	24.2 (60)	29.8 (74)	10.5 (26)	248
Kinderen	17.4 (41)	19.1 (45)	37.7 (89)	16.9 (40)	8.9 (21)	236
Druk leven	18.9 (46)	30.7 (75)	20.9 (51)	22.5 (55)	7.0 (17)	244

Tabel 5: Antwoorden vragenlijst "oplossingen om het wachten aangenamer te maken"

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Geen mening	Akkoord	Helemaal akkoord	Totaal

	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	N
Mededeling wachttijd	99 (23)	7.3 (17)	9.9 (23)	50.0 (116)	22.8 (53)	232
Mededeling aantal wachtenden	8.3 (19)	8.3 (19)	10.9 (25)	48.0 (110)	24.5 (56)	229
Scherm met wachttijden	13.0 (30)	13.9 (32)	19.5 (45)	37.2 (86)	16.5 (38)	231
Telefoon	10.9 (25)	14.8 (34)	18.3 (42)	38.4 (88)	17.5 (40)	229
TV	22.9 (52)	18.1 (41)	22.5 (51)	26.0 (59)	10.6 (24)	227
Tijdschriften	9.5 (21)	13.1 (29)	27.5 (61)	39.2 (87)	10.8 (24)	222
Bureau	27.2 (62)	22.8 (52)	32.5 (74)	11.8 (27)	5.7 (13)	228

Tabel 6: Geslacht, antwoorden vragenlijst en resultaten van de Chi²-test

Variabele	**Mannen**		**Vrouwen**		**Chi²**	**df**
	N	**%**	**N**	**%**		
Subjectieve wachttijd					0.892	1
≤ 15 min	60	88.2	135	83.3		
> 15 min	8	11.8	27	16.7		
Aanvaardbare wachttijd					2.233	1
≤ 15 min	64	88.9	137	81.1		
> 15 min	8	11.1	32	18.9		
Wachten lastig					0.001	1
Ja	21	29.6	48	29.8		
Nee	50	70.4	113	70.2		
Te lang moeten wachten					1.764	1
Ja	17	23.3	26	16.0		
Nee	56	76.7	136	84.0		
Wachten is overal lastig					0.044	1
Ja	23	31.9	54	33.3		
Nee	49	68.1	108	66.7		
Wachten bij arts is lastig					0.165	1
Ja	17	24.3	44	26.8		
Nee	53	75.7	120	73.2		

Arts moet zich aan afspraakuur houden					1.736	1
Ja	31	44.9	56	35.7		
Nee	38	55.1	101	64.3		
Andere plannen na consultatie					0.669	1
Ja	26	36.6	69	42.3		
Nee	45	63.4	94	57.7		
Afspraakuur is een richtuur					3.531	1
Ja	50	70.4	132	81.5		
Nee	21	29.6	30	18.5		
Zich ziek voelen					1.541	1
Ja	26	36.1	73	44.8		
Nee	46	63.9	90	55.2		
Kinderen veroorzaken drukte					0.103	1
Ja	17	25.4	42	27.5		
Nee	50	74.6	111	72.5		
Druk leven					2.534	1
Ja	16	23.2	54	33.8		
Nee	53	76.8	106	66.3		
Berispt worden bij te laat komen					0.100	1
Ja	18	25.4	37	23.4		
Nee	53	74.6	121	76.6		
Onthaalmedewerker deelt wachttijd mee					5.427*	1
	47	63.5	121	78.1		
Ja	27	36.5	34	21.9		
Nee						
Onthaalmedewerker deelt aantal wachtenden mee					4.575*	1
Ja	46	63.0	118	76.6		
Nee	27	37.0	36	23.4		
Scherm met wachttijden					0.232	1
Ja	36	50.7	85	54.1		
Nee	35	49.3	72	45.9		
Opgebeld worden bij lange wachttijd					0.267	1
Ja	37	53.6	90	57.3		
Nee	32	46.4	67	42.7		
TV					0.770	1

Ja	28	41.2	55	35.0		
Nee	40	58.8	102	65.0		
Tijdschriften					0.201	1
Ja	36	52.9	75	49.7		
Nee	32	47.1	76	50.3		
Bureau					0.053	1
Ja	13	18.6	27	17.3		
Nee	57	81.4	129	82.7		

* significantie, vastgelegd op 0.05

Tabel 7: Leeftijd, antwoorden vragenlijst en resultaten van de Chi²-test

Variabele	Chi²	df
Subjectieve wachttijd	7.274	6
Aanvaardbare wachttijd	17.581*	7
Wachten lastig	4.106	6
Te lang moeten wachten	3.221	6
Wachten is overal lastig	7.549	7
Wachten bij arts is lastig	2.705	7
Arts moet zich aan afspraakuur houden	6.319	7
Andere plannen na consultatie	6.947	7
Afspraakuur is een richtuur	11.213	7
Zich ziek voelen	3.777	7
Kinderen veroorzaken drukte	6.958	7
Druk leven	6.586	7
Berispt worden bij te laat komen	3.539	7
Onthaalmedewerker deelt wachttijd mee	8.214	7
Onthaalmedewerker deelt aantal wachtenden mee	7.457	7
Scherm met wachttijden	16.610*	7
Opgebeld worden bij lange wachttijd	5.558	7
TV	5.829	7
Tijdschriften	12.070	7
Bureau	8.106	7

* significantie, vastgelegd op 0.05

Tabel 8: Etniciteit, antwoorden vragenlijst en resultaten van de Chi²-test

Variabele	Belg van origine		Niet Belg van origine		Chi²	df
	N	%	N	%		
Subjectieve wachttijd					0.635	1
≤ 15 min	108	83.1	62	87.3		
> 15 min	22	16.9	9	12.7		
Aanvaardbare wachttijd					4.841*	1
≤ 15 min	101	77.7	70	89.7		
> 15 min	29	22.3	8	10.3		
Wachten lastig					7.145*	1
Ja	27	20.9	28	38.4		
Nee	102	79.1	45	61.6		
Te lang moeten wachten					4.528*	1
Ja	17	13.1	19	24.7		
Nee	113	86.9	58	75.3		
Wachten is overal lastig					6.545*	1
Ja	37	28.2	34	45.9		
Nee	94	71.8	40	54.1		
Wachten bij arts is lastig					9.374*	1
Ja	23	17.4	27	36.5		
Nee	109	82.6	47	63.5		
Arts moet zich aan afspraakuur houden					7.665*	1
Ja	40	31.5	37	51.4		
Nee	87	68.5	35	48.6		
Andere plannen na consultatie					1.014	1
Ja	50	38.2	34	45.3		
Nee	81	61.8	41	54.7		
Afspraakuur is een richtuur					2.975	1
Ja	107	81.7	52	71.2		
Nee	24	18.3	21	28.8		
Zich ziek voelen					2.882	1
Ja	48	36.6	37	48.7		
Nee	83	63.4	39	51.3		

Kinderen veroorzaken drukte					0.748	1
Ja	25	20.7	19	26.0		
Nee	96	79.3	54	74.0		
Druk leven					0.968	1
Ja	34	26.4	24	32.9		
Nee	95	73.6	49	67.1		
Berispt worden bij te laat komen					13.482*	1
Ja	18	13.8	26	36.1		
Nee	112	86.2	46	63.9		
Onthaalmedewerker deelt wachttijd mee					12.027*	1
Ja	106	82.8	45	60.8		
Nee	22	17.2	29	39.2		
Onthaalmedewerker deelt aantal wachtenden mee					0.001	1
Ja	94	73.4	53	73.6		
Nee	34	26.6	19	26.4		
Scherm met wachttijden					0.421	1
Ja	65	50.8	40	55.6		
Nee	63	49.2	32	44.4		
Opgebeld worden bij lange wachttijd					3.305	1
Ja	78	61.9	35	48.6		
Nee	48	38.1	37	51.4		
TV					7.434*	1
Ja	35	27.3	33	46.5		
Nee	93	72.7	38	53.5		
Tijdschriften					1.775	1
Ja	66	52.8	30	42.9		
Nee	59	47.2	40	57.1		
Bureau					2.910	1
Ja	18	14.1	17	23.6		
Nee	110	85.9	55	76.4		

* significantie, vastgelegd op 0.05

Tabel 9: Opleidingsniveau, antwoorden vragenlijst en resultaten van de Chi²-test

Variabele	Hoog opgeleiden		Laag opgeleiden		Chi²	df
	N	%	N	%		
Subjectieve wachttijd					0.088	1
≤ 15 min	85	85.9	103	84.4		
> 15 min	14	14.1	19	15.6		
Aanvaardbare wachttijd					0.053	1
≤ 15 min	82	82.8	110	84.0		
> 15 min	17	17.2	21	16.0		
Wachten lastig					2.227	1
Ja	22	23.2	41	32.3		
Nee	73	76.8	86	67.7		
Te lang moeten wachten					0.224	1
Ja	16	16.3	24	18.8		
Nee	82	83.7	10	81.3		
Wachten is overal lastig					0.129	1
Ja	34	34.0	40	31.7		
Nee	66	66.0	86	68.3		
Wachten bij arts is lastig					4.542*	1
Ja	19	19.0	40	31.5		
Nee	81	81.0	87	68.5		
Arts moet zich aan afspraakuur houden					0.179	1
Ja	37	37.4	49	40.2		
Nee	62	62.6	73	59.8		
Andere plannen na consultatie					0.104	1
Ja	41	41.0	49	38.9		
Nee	59	59.0	77	61.1		
Afspraakuur is een richtuur					3.029	1
Ja	82	83.7	94	74.0		
Nee	16	16.3	33	26.0		
Zich ziek voelen					4.045*	1
Ja	34	34.0	60	47.2		

Nee	66	66.0	67	52.8		
Kinderen veroorzaken drukte					1.886	1
Ja	20	20.8	34	29.1		
Nee	76	79.2	83	70.9		
Druk leven					0.286	1
Ja	32	32.0	35	28.7		
Nee	68	68.0	87	71.3		
Berispt worden bij te laat komen					6.537*	1
Ja	15	15.0	36	29.5		
Nee	85	85.0	86	70.5		
Onthaalmedewerker deelt wachttijd mee					8.690*	1
Ja	83	83.8	81	66.4		
Nee	16	16.2	41	33.6		
Onthaalmedewerker deelt aantal wachtenden mee					0.071	1
Ja	71	71.7	88	73.3		
Nee	28	28.3	32	26.7		
Scherm met wachttijden					0.001	1
Ja	53	53.5	65	53.7		
Nee	46	46.5	56	46.3		
Opgebeld worden bij lange wachttijd					10.332*	1
Ja	67	68.4	56	46.7		
Nee	31	31.6	64	53.3		
TV					11.569*	1
Ja	25	25.0	55	47.4		
Nee	75	75.0	61	52.6		
Tijdschriften					0.499	1
Ja	53	53.5	55	48.7		
Nee	46	46.5	58	51.3		
Bureau					0.369	1
Ja	16	16.2	23	19.3		
Nee	83	83.8	96	80.7		

* significantie, vastgelegd op 0.05