

Kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk

**Een onderzoek naar de invloed van praktijkvorm op de
patiënttevredenheid**

Bachelorscriptie
Alette Jonkman
Studentnr. 288027
Hagslagen 100
7462 KH Rijssen

Begeleider: Dr. A.P. Nieboer
Inleverdatum: juni 2007

1. Voorwoord

Tijdens de afgelopen drie jaar van mijn studie Beleid en Management van de Gezondheidszorg heb ik veel gehoord, gelezen en gezien over de Nederlandse gezondheidszorg. De organisatie, financiering, juridische kant en ook sociale aspecten werden belicht. Veelal was deze informatie gericht op de zorg georganiseerd in ziekenhuizen en grote instellingen. Bij de keuze voor het onderwerp voor mijn bachelorscriptie heb ik me daarom gericht op een specifiek gedeelte van de Nederlandse zorg, de huisartsenzorg.

Het onderzoek doen en schrijven van deze scriptie was voor mij een boeiend en leerzaam proces. Ik hoop dat mijn scriptie door u dan ook met net zoveel plezier en interesse wordt gelezen. Het onderzoek dat ik heb gedaan was echter nooit geslaagd zonder de medewerking van twee huisarts(en)praktijken in de gemeente Raalte. Deze praktijken wil ik dan ook hartelijk danken voor hun medewerking.

2. Inhoudsopgave

1. Voorwoord	2
2. Inhoudsopgave	3
3. Samenvatting	5
3. Summary	6
4. Inleiding	7
5. Samenwerking tussen huisartsen	8
5.1. Inleiding	8
5.2. De huisarts als poortwachter	8
5.3. Een professie	8
5.4. Samenwerking tussen huisartsen	9
5.5. Verdergaande vormen van samenwerking	10
5.6. Redenen voor samenwerking	11
5.7. Huisartsen tegenover de groepspraktijk	11
5.8. Conclusie	12
6. Kwaliteit van zorg	13
6.1. Inleiding	13
6.2. Definitie	13
6.3. Klassieke benadering versus bedrijfskundige benadering	13
6.4. Aspecten van invloed op ervaren kwaliteit van zorg	14
6.5. Kwaliteit van zorg per patiëntencategorie	16
6.6. Conclusie	17
7. Methoden	18
7.1. Inleiding	18
7.2. Literatuuronderzoek	18
7.3. De survey	18
7.4. Beschikbare vragenlijsten	18
7.5. De patiëntenpopulatie	19
7.6. Uitvoering van de survey	20
7.7. Validiteit	20
7.8. Betrouwbaarheid	20
7.9. Ethische overwegingen	21
7.10. Analyse	21
7.11. Conclusie	23
8. Resultaten	24
8.1. Inleiding	24
8.2. Respons	24
8.3. Algemene tevredenheid	25
8.4. Bejegening	26
8.5. Werkwijze	27
8.6. Behandeling	27
8.7. Informatieverstrekking	28
8.8. Organisatie van de praktijk	28
8.9. De praktijkruimte	29

8.10. Samenwerking in de huisarts(en)praktijk	29
8.11. Invloed van patiëntkenmerken op algemene tevredenheid	30
8.12. Regressie	30
9. Conclusie en discussie	32
9.1. Inleiding	32
9.2. Keuze praktijkvorm	32
9.3. Algemene tevredenheid	33
9.4. Continuïteit van zorg	33
9.5. Invloed van organisatorische aspecten op patiënttevredenheid	35
9.6. Informatieverstrekking	35
9.7 Samenwerking	36
9.8 Patiëntfactoren bij de tevredenheid	36
9.9 Beperkingen van het onderzoek	36
10. Bronvermelding	38
Bijlage 1: Vragenlijst patiënttevredenheid in de huisarts(en)praktijk	41

3. Samenvatting

In dit onderzoek is bekeken in hoeverre de kwaliteit van zorg, vanuit patiëntenperspectief, verschilt tussen een groepspraktijk en een solopraktijk. Uit de literatuur en cijfers van het NHG blijkt namelijk dat steeds meer huisartsen gaan samenwerken om de werkdruk te verminderen en mogelijkheden te creëren om parttime te gaan werken. Er is echter weinig onderzoek gedaan naar de invloed van deze samenwerking op de kwaliteit van zorg. Terwijl de kwaliteit van zorg, zoals beoordeeld door patiënten steeds belangrijker wordt voor zorgverleners.

Kwaliteit van zorg kan op verschillende manieren worden bekeken, als eerste is er de klassieke benadering die gaat over kwaliteitsbewaking. Daarnaast kan de bedrijfskundige benadering worden toegepast waarbij kwaliteitsbevordering centraal staat. Dit onderzoek was vooral gericht op de kwaliteitsbevordering. De resultaten van dit onderzoek kunnen door de huisarts(en)praktijken waarbij het onderzoek is uitgevoerd worden gebruikt om hun kwaliteit van zorg te verbeteren. Als definitie voor kwaliteit van zorg is in dit onderzoek de volgende definitie van Donabedian gebruikt: *“Kwaliteit is de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg)”*.

Om de kwaliteit van zorg in de huisarts(en)praktijken te meten en te vergelijken is gebruik gemaakt van een survey. Deze survey bestond uit zeven onderdelen waarvan verwacht werd dat zij invloed zouden hebben op de patiënttevredenheid. Deze onderdelen zijn: bejegening, werkwijze, behandeling, informatievoorziening, organisatie van de praktijk, de praktijkruimte en samenwerking tussen medewerkers van de huisarts(en)praktijk.

Uit dit onderzoek blijkt dat de door patiënten ervaren kwaliteit van zorg in de onderzochte huisarts(en)praktijken niet van elkaar verschilt. Verder kan worden geconcludeerd dat de groepspraktijk misschien meer mogelijkheden heeft wat voorzieningen betreft, bijvoorbeeld meer inzet van praktijkverpleegkundigen. Maar dat dit door de patiënten niet altijd als positief wordt ervaren omdat zij daardoor met meer mensen te maken hebben en er een grotere kans op fouten bestaat door afstemmingsproblemen. Belangrijk voor een groepspraktijk is dus de samenwerking binnen de praktijk goed te organiseren en zo simpel en overzichtelijk mogelijk te maken zodat de kans op fouten wordt verkleind.

Belangrijk is om bij deze conclusies in gedachten te houden dat het onderzoek slechts in twee praktijken is uitgevoerd en daardoor niet betrouwbaar is. Verschillen die nu worden toegeschreven aan de praktijkvorm kunnen ook door andere factoren, zoals de persoonlijkheid van een huisarts worden veroorzaakt. Aanbeveling is daarom dit onderzoek te herhalen in meer praktijken om zo een duidelijker beeld te krijgen over de invloed van praktijkvorm op de patiënttevredenheid in de huisarts(en)praktijk.

3. Summary

The aim of this research was to investigate the difference in quality of health care between a GPs' practice and an individual GP's practice. The angle of research and the results are based on the patients' judgments.

From literature and statistics of de Dutch organization for GPs (NHG) it appears that a growing number of GPs start cooperating in order to reduce the work pressure and create opportunities to turn to a part time job. Unfortunately, little research has been conducted as to the influence of the cooperation on the quality of health care, whereas this quality as judged by the patients becomes more and more important for providers of care.

Quality of care can be defined in several ways. The first is the classic definition which mainly deals with quality control. The second way is the corporate approach in which promotion of quality is most important. This research focuses on the latter one. The results of this research can be used by GPs who participated in the research to improve the quality of their care. The definition for quality of care in this research is the definition of Donabedian:

"Quality of care is the level of agreement between criteria of good care (desired care) and the actual care provided."

To measure and compare the quality of care between the two different practices we used a survey. This survey consisted of seven parts from which was expected that they would affect the patients' satisfaction. The parts were: social intercourse, working method, treatment, information, organization of the practice, the surgery and cooperation between GPs and their assistants.

From this research it appears that the quality of care does not differ between the two types of practices investigated. Furthermore it can be concluded that the GPs' practice might have a few more possibilities as far as certain facilities is concerned, for example employing more doctor's assistants. This, however, is not always considered an advantage because the patients have to communicate with more and more people and this consequently increases the risk of making mistakes as a result of miscommunication.

It is of the utmost importance for a GPs' practice to optimise the cooperation within a practice. On top of that it should be made as simple and transparent as possible so as to reduce the possibility of making errors.

When looking at the results one should bear in mind that this research was only conducted in two practices which makes it less reliable. Differences now ascribed to the kind of practice might also be caused by other factors such as the GP's personality. It would be advisable to repeat this research in more practices so that a more balanced and trustworthy picture can be deduced concerning the influence of a practice on patients' satisfaction.

4. Inleiding

De organisatie van de huisartsenzorg in Nederland is regelmatig in het nieuws, zo is er veel te doen over de oprichting van huisartsenposten en samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines. Ook de rol van de huisarts als poortwachter in het Nederlandse zorgsysteem staat onder druk. Daarnaast verandert de organisatie van de huisarts(en)praktijken in de tijd. Steeds meer huisartsen gaan samenwerken in één praktijk om zo de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen en de werkdruk enigszins te verminderen. Bovendien komt er steeds meer aandacht voor de kwaliteit van zorg, niet alleen in de huisarts(en)praktijk maar in de gehele Nederlandse zorgsector. Marktwerking speelt hierbij een belangrijke rol naast de toegenomen individualisering en emancipatie van de patiënt.

Naar de invloed van praktijkvorm van de huisarts op de patiënttevredenheid is in Nederland echter weinig onderzoek gedaan. Want heeft samenwerking tussen huisartsen wel zoveel voordelen als altijd wordt gedacht? En zijn patiënten eigenlijk wel tevredener over een groepspraktijk dan over een solopraktijk? In deze scriptie wordt hier aandacht aan besteed. Het onderzoek kan huisartsen dan ook inzicht bieden bij overwegingen om wel of niet samen te gaan werken met andere huisartsen.

De hoofdvraag van dit onderzoek is: *“In hoeverre verschilt de kwaliteit van zorg in een samenwerkende huisarts(en)praktijk in vergelijking met de kwaliteit van zorg in een solopraktijk?”*

Om tot een antwoord op deze vraag te komen zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. *Wat wordt verstaan onder een samenwerkende huisarts(en)praktijk en een solopraktijk?*
2. *Wat wordt onder kwaliteit van zorg in een huisarts(en)praktijk verstaan?*
3. *Welke aspecten hebben invloed op de beoordeling van de kwaliteit van zorg in huisarts(en)praktijken?*

In het eerste deel van de scriptie zal aan de hand van bestaande literatuur worden bekeken waarom huisartsen gaan samenwerken en welke factoren van invloed zijn op de kwaliteit van zorg zoals patiënten deze ervaren. In het tweede deel van de scriptie zal met behulp van een kwantitatief onderzoek worden bekeken of er een verschil is tussen de door patiënten ervaren kwaliteit van zorg in een huisarts(en)praktijk waarin meerdere huisartsen samenwerken en de kwaliteit van zorg in een solo huisarts(en)praktijk. Bovendien zal in dit tweede deel worden onderzocht of er bepaalde factoren zijn die dit ervaren verschil mogelijkkerwijs kunnen verklaren.

5. Samenwerking tussen huisartsen

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt vanuit de theorie bekeken wat de rol van de huisarts in het Nederlandse systeem is en waarom huisartsen steeds meer neigen naar samenwerking en hoe deze samenwerking vorm gegeven wordt. Daarbij wordt ook verwezen naar internationaal onderzoek waarin huisartsen hun mening geven over de voor- en nadelen van een groepspraktijk versus een solopraktijk.

5.2. De huisarts als poortwachter

De huisarts is de spil van de Nederlandse gezondheidszorg. In het Nederlandse gezondheidszorgsysteem heeft de huisarts namelijk een poortwachterfunctie (RIVM, 2006). De huisartsenzorg wordt in Nederland ook wel eerstelijnszorg genoemd (ibid.). De termen eerstelijnszorg en poortwachterfunctie wijzen op het belang van de huisarts in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. De huisarts zorgt in dit systeem namelijk voor de eerste opvang en behandeling van patiënten. De huisarts verschaft namelijk de toegang tot verdere zorg die een patiënt eventueel nodig heeft, zoals specialistische zorg (tweedelijnszorg) of fysiotherapie. Doordat Nederland een systeem heeft waarbij de huisarts deze poortwachterfunctie heeft speelt de huisarts een belangrijke rol in de gezondheidszorg. Het is daarom erg belangrijk de kwaliteit van de huisartsenzorg te onderzoeken en te verbeteren.

5.3. Een professie

De huisartsen hebben door deze poortwachterfunctie een belangrijke rol in het gezondheidszorgsysteem. Bij deze functie hoort een bepaald domein waarop de huisarts zich richt, namelijk de eerste opvang en behandeling van patiënten. Vaak wordt een domein geregeerd door een bepaalde professie, een beroepsgroep. Ook de huisartsen kunnen worden gezien als een professie. Volgens Freidson (2001) zijn er vijf kenmerken waaraan een beroep moet voldoen voor het een professie genoemd kan worden, deze vijf kenmerken zijn: De kennis die een beroepsgroep heeft moet erkend zijn, er moet controle over het werkveld zijn, er moet controle zijn over carrièremogelijkheden die er binnen de beroepsgroep zijn, er moet controle over de opleiding zijn en tenslotte moet er een gedeelde ideologie binnen de beroepsgroep zijn (Freidson 2001).

De beroepsgroep van huisartsen kan op basis van deze vijf kenmerken zeker een professie worden genoemd. Er is namelijk een erkende opleiding met erkende kennis, de geneeskundeopleiding. Bovendien heeft de beroepsgroep zelf controle over het werkveld door middel van het BIG-register en de erkende specialistenplekken (de specialisatie huisartsgeneeskunde). Tenslotte is er binnen de beroepsgroep één heersende ideologie en

dat is het zo goed mogelijk behandelen van patiënten. Hieruit kunnen we dus concluderen dat het beroep van huisarts, evenals dat van andere medische specialisten, omschreven kan worden als een professie.

Zoals blijkt uit bovenstaande definitie van een professie kan niet iedereen zomaar toetreden tot deze groep en bovendien bewaakt de professie zelf haar opleiding en kennisniveau. Door deze twee kenmerken en de poortwachterfunctie die de huisarts in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem heeft, is het erg belangrijk om er zorg voor te dragen dat huisartsen hun beroep op een goede manier (zowel medisch-inhoudelijk als organisatorisch) uit kunnen oefenen.

5.4. Samenwerking tussen huisartsen

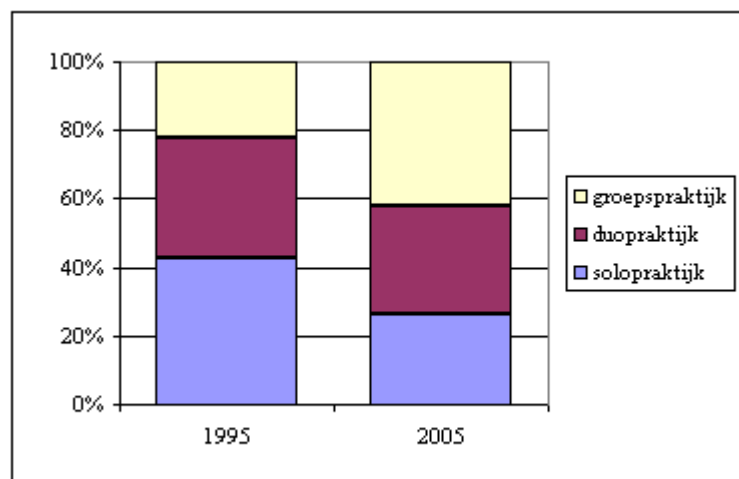
Een individuele huisarts kan niet 24 uur per dag, zeven dagen per week zorg verlenen. De werkbelasting onder huisartsen is hoog en er zijn veel huisartsen die graag parttime willen gaan werken (Tiggelman, 2003). Dit zijn enkele problemen die momenteel spelen binnen de huisartsenzorg.

Al in 1962 was er aandacht voor onder andere deze problemen, zoals blijkt uit het onderstaande citaat van de toenmalige voorzitter van het Nederlandse Huisartsen Genootschap, het NHG. *“Het wordt voor een enkeling steeds moeilijker zich alleen te handhaven in een maatschappij, die voortdurend gecompliceerder wordt en zich in toenemende mate organiseert. Is het niet gewenst dat huisartsen, die toch al moeite hebben hun plaats te bepalen in de zich steeds verder differentiërende en evoluerende gezondheidszorg, zich ook tot groepen aaneen gaan sluiten en zoeken naar vormen van systematische samenwerking met elkaar en met anderen.”* (van de Rijdt-van de Ven, 1994). Naar aanleiding van dit probleem besloot de ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) akkoord te gaan met een reorganisatieplan voor huisartsen. In dit reorganisatieplan staat niet de huisarts als individu, maar de huisartsengroep als voorziening centraal (ibid.).

De definitie van een huisartsengroep volgens de LHV is: “Een samenwerkingsverband van ongeveer 8 huisartsen die de functie van een waarneemgroep overnemen.” Bij dit samenwerkingsverband ligt naast de waarneemregeling het accent op het beleid van de beroepsorganisatie, deskundigheidsbevordering en goede samenwerking met andere professionals in de gezondheidszorg (ibid.). De huisartsengroep is dus een samenwerkingsverband tussen huisartsen waarbij een regelmatig overleg over beleidsmatige zaken en de kwaliteit van zorg centraal staan. Bij deze samenwerking houdt iedere huisarts gewoon zijn/haar eigen praktijk maar wordt er tussen de verschillende praktijken overlegd.

Momenteel zijn er nog veel meer samenwerkingsverbanden binnen de huisartsgeneeskunde. Een voorbeeld hiervan is de huisartsenpost, waarbij een groot aantal huisartsen samenwerkt in een speciale praktijk om een goede zorgverlening te garanderen buiten kantooruren en in het weekend. Vaak is een huisartsenpost gevestigd naast de spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis, zodat patiënten makkelijk doorverwezen kunnen worden naar tweedelijnszorg. Een ander voorbeeld van een samenwerkingsverband is de huisarts(en)praktijk onder één dak, de zogenaamde HOED. Bij deze praktijken zijn er meerdere huisartsen in één gebouw gevestigd en delen de huisartsen hun voorzieningen, als spreekkamers en wachtruimte en vaak worden ook de administratieve taken gezamenlijk gedaan (RIVM, 2006).

Dat huisartsen steeds meer samen gaan werken blijkt ook uit onderstaande cijfers (fig. 1) die verzameld zijn door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). In Nederland werkte in 2005 27% van de huisartsen in een solopraktijk, 42% in een groepspraktijk en 31% in een duo-praktijk. Ter vergelijking, in 1995 waren deze aantallen: 43% solopraktijk, 22% groepspraktijk en 35% in een duo-praktijk (Nivel, 2006).



Figuur 1: Organisatie in huisarts(en)praktijken 1995 en 2005. (Bron: Nivel, 2006).

5.5. Verdergaande vormen van samenwerking

Hoewel er bij een HOED-praktijk al een vergaande vorm van samenwerking bestaat zijn er op dit moment ook al huisarts(en)praktijken die nog intensiever samenwerken. Bij deze praktijken delen de huisartsen hun gehele praktijkvoering. Dit betekent dat een patiënt officieel geen eigen huisarts meer heeft maar ingeschreven staat bij de gehele praktijk. Dit delen van de gehele praktijkvoering heeft onder andere consequenties voor de financiering want de huisartsen krijgen nu gezamenlijk betaald door de verzekeraars, het is immers voor een verzekeraar onmogelijk te zien welke huisarts welke patiënt heeft. In werkelijkheid wordt er door de huisartsen wel gestreefd om eigen patiënten te hebben en te behandelen om zo

een vertrouwensband op te bouwen met de patiënt. De voordelen van het delen van de praktijkvoering liggen in de financiering van de praktijk maar ook in het bevorderen van continuïteit van zorg. Doordat de huisartsen alle gegevens delen is het makkelijk voor de artsen om patiënten van elkaar over te nemen in geval van afwezigheid van een van de artsen. Bovendien komt door de verregaande samenwerking de kwaliteit en deskundigheidsbevordering tussen de artsen duidelijk naar voren (Hanssen, 2006).

5.6. Redenen voor samenwerking

Zoals al eerder in dit stuk geconcludeerd, neemt het aantal huisartsen dat in een groepspraktijk werkt toe. De belangrijkste reden hiervoor is capaciteitsgebrek binnen de huisartsenzorg. Dit capaciteitsgebrek wordt veroorzaakt door een kloof tussen het aanbod van zorg en de vraag naar de huisartsenzorg. De vraag naar huisartsenzorg is de afgelopen jaren sterk toegenomen door de vergrijzing, de toename van het aantal chronisch zieken en een veranderende leefstijl van de bevolking (die een grotere ziektelast met zich meebrengt). Ook de ontwikkeling van extramuralisering, wat betekent dat specialistische zorg buiten de instelling wordt gegeven, leidt tot een extra vraag naar huisartsenzorg. Wat betreft het aanbod van zorg zijn er ook een aantal veranderingen aan te wijzen. Zo zijn er de afgelopen jaren meer vrouwelijke huisartsen gekomen en zijn meer huisartsen in deeltijd gaan werken waardoor het aanbod van huisartsen afgenomen is (Van den Berg e.a., 2004).

Deze samenwerking zorgt ervoor dat de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg gewaarborgd blijft (ibid.). Bovendien blijkt uit verschillende studies dat huisartsen een hoge werkdruk ervaren waardoor werken in een solopraktijk door aankomende huisartsen minder aantrekkelijk wordt gevonden, door samen te gaan werken neemt deze werkdruk af (Van den Berg e.a., 2003).

Het belang van samenwerking tussen huisartsen onderling is ook aangegeven door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG). In het rapport 'Huisartsenzorg 2012' dat zij gezamenlijk uitbrachten staat namelijk het volgende vermeld: *“Niet de huisarts, maar huisartsenzorg als voorziening geeft uitvoering aan het handelsmerk. De huisartsenzorg is in de toekomst georganiseerd in een samenwerkingsverband. Het samenwerkingsverband kan verschillen qua grootte en intensiteit. Voor de relatie tussen huisarts en individuele patiënt, de huisartsenzorg in het algemeen of de huisartsenzorg buiten kantooruren gelden verschillende schaalgroottes.”* (LHV/NHG, 2002).

5.7. Huisartsen tegenover de groepspraktijk

Uit internationaal onderzoek van Mayorova et al. uit 2005, blijkt dat huisartsen over het algemeen liever in een groepspraktijk werken dan als soloarts. Een verklaring voor deze

preferentie wordt in dit onderzoek niet gegeven. Een mogelijke reden voor de voorkeur van huisartsen voor een groepspraktijk kan liggen in het feit dat patiënten vaker tevreden zijn over de huisartsenzorg geleverd door een groepspraktijk (Lin et al. 2004). Uit dit onderzoek blijkt namelijk dat patiënten na correctie voor leeftijd, geslacht, opleiding en ziektegeschiedenis tevredener zijn over de kwaliteit van zorg in groepspraktijken dan in een solopraktijk. Verder blijkt uit onderzoek dat huisartsen als redenen voor samenwerking aanvoeren dat zij verwachten dat de continuïteit van zorg hoger zal zijn en daarnaast zien huisartsen als voordeel van een groepspraktijk dat zij hun professionele kennis makkelijker kunnen delen (Feron et al, 2003).

Toch blijkt uit andere internationale literatuur, bijvoorbeeld van Douglas (1998) dat er voor artsen ook verschillende redenen zijn om als soloarts te blijven werken. Douglas erkent dat in de Verenigde Staten de trend is om steeds meer in groepspraktijken te gaan werken, maar geeft verschillende argumenten die pleiten voor soloartsen. Zo voert hij aan dat in groepspraktijken veel tijd verloren gaat aan afstemming en overleg tussen de artsen daarnaast geeft hij aan dat een solopraktijk veel persoonlijker is omdat de assistente de patiënten even goed kent als de arts zelf. Bovendien zegt Douglas (1995), dat hoe simpeler de praktijkvorm is hoe kleiner de kans op fouten is. Andere redenen die artsen aandragen om niet samen te werken zijn: angst om het intensieve persoonlijke contact met patiënten te missen en het gebrek aan vertrouwen dat andere artsen dezelfde ideeën over de opzet van een praktijk hebben (Feron et al, 2003).

5.8. Conclusie

In Nederland heeft de huisarts een belangrijke rol in de zorgverlening. De huisarts is de zogenaamde poortwachter voor de overige zorg. Patiënten hebben de huisarts als eerste aanspreekpunt, deze kan hen eventueel verder verwijzen. Doordat de werkbelasting onder huisartsen hoog is en velen graag parttime willen werken (Tiggelman, 2003) ontstaan er steeds meer groepspraktijken, zoals ook blijkt uit cijfers van het NIVEL. Vormen van samenwerking zijn, huisarts(en)praktijk onder één dak, waarbij iedere huisarts zijn/haar eigen patiënten houdt en alleen de ruimte wordt gedeeld en de huisartsenpost waarbij veel huisartsen gezamenlijk zorgen voor een goede toegang tot huisartsenzorg buiten kantoortijden. Ook verdergaande vormen van samenwerking (zoals het delen van patiëntenbestanden en financiële stromen) komen steeds vaker voor. Voordelen die huisartsen in internationaal onderzoek aangeven bij de groepspraktijk zijn: meer continuïteit van zorg, betere overdracht van kennis tussen vakgenoten. Nadelen van een groepspraktijk kunnen zijn: verlies van tijd door afstemming, meer risico op fouten doordat de organisatie ingewikkelder is en minder persoonlijk contact met patiënten.

6. Kwaliteit van zorg

6.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt behandeld wat kwaliteit van zorg volgens de literatuur inhoudt. Daarnaast wordt bekeken hoe kwaliteit van zorg in de huisarts(en)praktijk gemeten kan worden en welke factoren van invloed kunnen zijn op de door patiënten ervaren kwaliteit van zorg.

6.2. Definitie

Het begrip kwaliteit van zorg kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden. Hoewel er verschillende interpretaties van het begrip mogelijk zijn wordt hieronder de definitie van kwaliteit van zorg geven die in dit onderzoek gehanteerd is. Als eerste zijn er een drietal kenmerken van het begrip kwaliteit van zorg:

- Het is een normatief begrip, kwaliteit van zorg is een waardering die wordt gegeven.
- Het is een subjectief begrip, voor iedereen is kwaliteit van zorg anders, het heeft te maken met ervaringen en opvattingen van verschillende mensen (in dit onderzoek patiënten).
- Het is een relatief begrip, de beoordeling van kwaliteit van zorg is afhankelijk van verschillende omstandigheden en zal daarom op verschillende momenten in de tijd en plaats anders beoordeeld worden (Hollands et al., 2004).

Vaak wordt de omschrijving van Donabedian gebruikt als uitgangspunt bij de definitie van kwaliteit van zorg, deze definitie luidt als volgt: *“Kwaliteit is de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg)”*. (ibid.) Bij deze definitie staat de vergelijking tussen wenselijke zorg en feitelijke zorg centraal, waarbij de elementen (subjectief, normatief en relatief) weer duidelijk naar voren komen (Harteloh & Casparie, 1998).

6.3. Klassieke benadering versus bedrijfskundige benadering

Er kan op verschillende manieren naar kwaliteit van zorg worden gekeken, als eerste is er de klassieke benadering waarbij men kwaliteitsbewaking voorop stelt. Dit betekent dat er standaarden worden opgesteld waaraan kwaliteitszorg moet voldoen en men toets of deze standaarden worden gerealiseerd. Een tweede benadering is een bedrijfskundige benadering waarbij kwaliteitsbevordering centraal staat. De kwaliteit van zorg wordt onderzocht en men kijkt wat er eventueel verbeterd kan worden (Bijl & Oudenampsen, 1995).

In dit onderzoek zal gebruik worden gemaakt van de tweede benadering van kwaliteit van zorg. De kwaliteit van zorg wordt vanuit het patiëntenperspectief bekeken en de nadruk wordt vooral gelegd op wat er verbeterd en veranderd kan worden om patiënten positiever te stemmen over de huisartsenzorg. De mening van patiënten wordt namelijk tegenwoordig

steeds belangrijker gevonden door zowel onderzoekers, beleidsmakers als beroepsbeoefenaars (Grol & Wensing, 2000). Toch zijn onderzoeken waarbij de mening van patiënten over de kwaliteit van zorg gebruikt worden soms schaars (ibid.).

6.4. Aspecten van invloed op ervaren kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg wordt door verschillende aspecten bepaald. In dit onderzoek wordt bekeken of de kwaliteit van zorg in een samenwerkende huisarts(en)praktijk verschilt van de kwaliteit van zorg in een solo huisarts(en)praktijk. Om dit te onderzoeken wordt bekeken welke aspecten van kwaliteit van zorg van invloed kunnen zijn op deze verschillende beoordelingen. Omdat er nog weinig bekend is over de invloed van organisatorische concepten op de kwaliteit van zorg zal dit onderzoek vooral explorerend van aard zijn. De uitkomst van dit onderzoek zal namelijk vooral organisatorische aspecten aanwijzen die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit van zorg in de huisarts(en)praktijk. Deze aspecten zullen in een volgende studie verder onderzocht moeten worden.

Er zijn een aantal auteurs/instanties die modellen hebben opgesteld waarin de verschillende aspecten van kwaliteit van zorg centraal staan. Als eerste is er een model van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV). De NRV onderscheid bij haar model drie deelaspecten die van invloed zijn op de kwaliteit van zorg, deze drie aspecten zijn: methodisch-technische aspecten, attitudeaspecten en organisatorische aspecten (Hollands et al., 2004). Voorbeelden van methodisch-technische aspecten zijn: doeltreffendheid, deskundigheid, indicatiestelling enz. Voorbeelden van de attitude van de beroepsbeoefenaar zijn: bejegening, informatiebereidheid, vertrouwensrelatie enz. Voorbeelden van organisatorische aspecten zijn: continuïteit van zorg, beschikbaarheid en toegankelijkheid.

Bij het huidige onderzoek zullen vooral de aspecten die verband houden met de organisatie van de beroepsuitoefening een rol spelen. Uit onderzoek van Cretin en anderen (2004) blijkt namelijk dat organisatorische aspecten van invloed kunnen zijn op de patiënttevredenheid, daarnaast blijkt vooral de continuïteit van zorg erg belangrijk te zijn bij de patiënttevredenheid (Grol & Wensing, 2000). Verder blijkt dat patiënten de arts-patiënt relatie erg belangrijk vinden en deze vaak ook positief waarderen (Jung et al., 2000). Patiënten in een solopraktijk waarderen de continuïteit van zorg en de persoonlijke arts-patiënt relatie hoger dan patiënten uit een groepspraktijk (Van den Hombergh et al. 2005). Uit het onderzoek van Jung et al. uit 2000 blijkt verder dat patiënten de coördinatie en organisatie in de huisarts(en)praktijk minder belangrijke aspecten vinden.

Zoals al eerder gezegd zal in dit onderzoek vooral worden gekeken welke aspecten op organisatorisch gebied van de huisarts(en)praktijk van invloed kunnen zijn op de patiënttevredenheid over de kwaliteit van zorg en in hoeverre deze beoordeling van kwaliteit van zorg verschilt tussen de groepspraktijk en een solopraktijk. Daarnaast zullen in dit

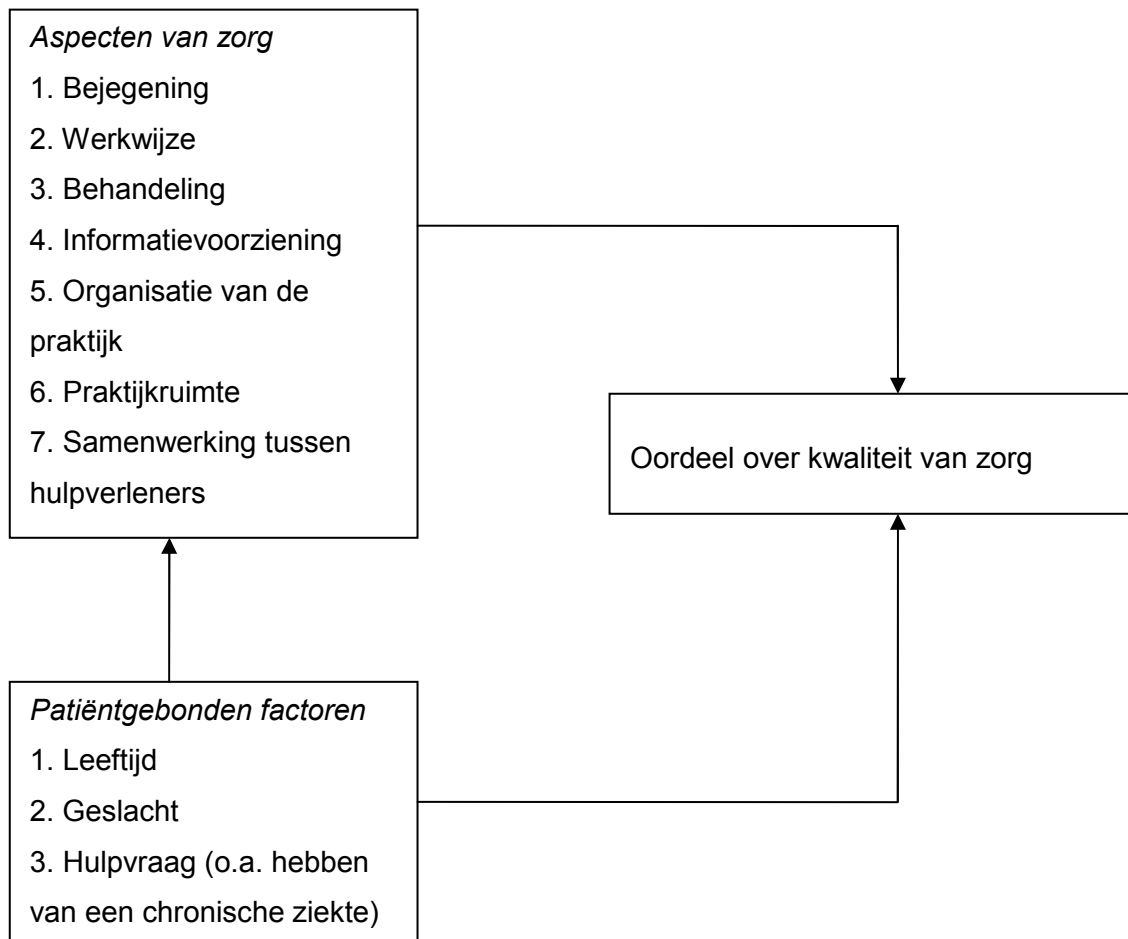
onderzoek ook aspecten die te maken hebben met de attitude van de beroepsbeoefenaar en de assistentes meegenomen worden, hoewel deze aspecten niet direct samen hoeven te hangen met de gekozen organisatievorm heeft de bejegening wel duidelijk invloed op de beoordeling van de kwaliteit van zorg door patiënten. Bovendien zou het mogelijk kunnen zijn dat bejegening in huisarts(en)praktijken met meerdere artsen beter is omdat artsen zich daartoe meer verplicht voelen door de sociale druk van hun collega's. Over dit aspect is nog weinig bekend, daarom is het interessant om het aspect bejegening ook mee te nemen in deze studie.

Bovendien is in dit onderzoek het aspect over informatievoorziening en de werkwijze van huisartsen meegenomen. Dit is gedaan omdat verwacht wordt dat huisartsen in een samenwerkende praktijk meer verantwoording af zullen leggen tegenover de patiënten. De samenwerkende huisartsen zullen waarschijnlijk meer druk voelen om dit te doen omdat zij verantwoording schuldig zijn tegenover collega's. Daarnaast blijkt uit onderzoek van Van den Hombergh et al. uit 2005 dat groepspraktijken meer mogelijkheden hebben voor een goede informatie-infrastructuur en dat patiënten deze informatiestructuur in groepspraktijken dan ook hoger waarderen dan de informatiestructuur in solopraktijken.

Uit onderzoek in de dienstverlenende sector is gebleken dat klanten vaak dezelfde soort aspecten gebruiken om kwaliteit te beoordelen. Op basis van het Service Quality Model zijn deze aspecten geëxtrapoleerd naar de gezondheidszorg (Harteloh & Casparie, 1998). Bij het model zijn tien aspecten benoemd die de kwaliteit beïnvloeden, dit zijn: toegankelijkheid, communicatie, competentie, beleefdheid, geloofwaardigheid, betrouwbaarheid, flexibiliteit, veiligheid, tastbaarheden en begrip/kennis van de klant. Deze tien aspecten zijn vervolgens op basis van uitgebreide toetsing samengevoegd tot vier dimensies, namelijk: tastbaarheden, betrouwbaarheid, dienstverlening, vertrouwen en empathie.

Bij het Service Quality Model wordt met tastbaarheden vooral de aanwezige faciliteiten (zoals de praktijkruimte en de bereikbaarheid) bedoeld. Met betrouwbaarheid wordt het vertrouwen in de huisarts en de andere zorgverleners in de praktijk bedoeld. Dienstverlening doelt op de werkwijze waarop de professionals hun taken uitvoeren en vertrouwen en empathie geven de aandacht voor de patiënt als persoon weer (Harteloh & Casparie, 1998). Bij het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van een vragenlijst waarbij de vragen in zes verschillende categorieën zijn onderverdeeld. De categorieën zijn: de organisatie van de praktijk, de praktijkruimte, de informatievoorziening, de werkwijze, de bejegening en het effect van de behandeling (CBO, 2006). Daarnaast is de categorie samenwerking tussen de huisarts en andere medewerkers (zoals assistentes) opgenomen in de vragenlijst. Deze categorieën zijn weer terug te leiden naar het Service Quality Model. De vragen met betrekking tot de praktijkruimte en de organisatie van de praktijk gaan over het aspect tastbaarheden. De vragen over de informatievoorziening en de andere hulpverleners in de

praktijk slaan terug op het aspect betrouwbaarheid. De werkwijze en het effect van de behandeling gaan over het aspect dienstverlening. En tenslotte hebben de vragen over bejegening en de vragen over andere zorgverleners in de praktijk invloed op het aspect vertrouwen en empathie. Samengevoegd in een model ziet de invloed van deze aspecten op patiënttevredenheid er als volgt uit:



Figuur 2: Aspecten van kwaliteit van zorg

6.5. Kwaliteit van zorg per patiëntencategorie

Naast aspecten die te maken hebben met de organisatievorm van de huisarts(en)praktijk hangt de ervaren kwaliteit van zorg van patiënten ook van verschillende patiëntkenmerken af. Zo blijkt uit onderzoek dat de beoordeling van de kwaliteit van huisartsenzorg door verschillende patiëntencategorieën verschillend wordt beoordeeld. Als eerste speelt leeftijd en de ervaren gezondheid van patiënten een belangrijke rol bij de beoordeling van de kwaliteit van werken van de huisarts. Ouderen en mensen met een goede ervaren

gezondheid beoordelen deze kwaliteit hoger dan jongeren en mensen met een slechter ervaren gezondheid (Braspenning e.a. 2004).

Uit hetzelfde onderzoek blijkt verder dat leeftijd, geslacht en het hebben van chronische aandoeningen invloed hebben op de beoordeling van de kwaliteit van organisatie van de huisarts(en)praktijk. Ook hierover oordelen ouderen milder dan jongeren. Bovendien zijn mannen positiever dan vrouwen over de organisatie van de praktijk en zijn mensen met minder chronische aandoeningen ook tevredener dan chronisch zieken (ibid.).

Uit de publicatie van Grol & Wensing (2000) blijkt verder dat de prioriteiten die jongeren en ouderen stellen bij goede zorg verschillen, vooral op het gebied van betrokkenheid bij het maken van beslissingen zijn er grote verschillen. Jongeren willen namelijk veel meer dan ouderen worden betrokken bij beslissingen die de huisarts maakt over behandeling etc. dan ouderen.

6.6. Conclusie

Zoals is gebleken uit dit hoofdstuk is kwaliteit van zorg een subjectief en vooral relatief begrip. Hierdoor zal ieder individu de kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk anders beoordelen.

Verder is gebleken dat kwaliteit van zorg kan doelen op kwaliteitshandhaving als op kwaliteitsverbetering. Tenslotte zijn in dit hoofdstukken de volgende aspecten benoemd die van invloed lijken te zijn op de ervaren kwaliteit van zorg in de huisarts(en)praktijk: Aspecten van zorg: Praktijkruimte, organisatie van zorg, informatievoorziening, samenwerking tussen hulpverleners binnen de praktijk, bejegening en behandeling. Daarnaast zijn patiëntgebonden factoren van invloed, dit zijn: leeftijd, geslacht, opleiding en ziektegeschiedenis (het wel of niet hebben van een chronische ziekte).

7. Methoden

7.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd. Hierbij is aandacht voor de praktische uitvoering van het onderzoek als voor theoretische aspecten die gebruikt zijn om een goede keuze voor de onderzoeksopzet te verantwoorden. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk beschreven van welk instrument gebruik is gemaakt om de kwaliteit van zorg te meten en hoe verder is gewerkt bij de analyse van de resultaten.

7.2. Literatuuronderzoek

Om de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van verschillende methoden van onderzoek. Als eerste is een literatuurstudie uitgevoerd om een antwoord te kunnen geven op de deelvragen over samenwerking tussen huisartsen en de kwaliteit van zorg. Deze vragen gaan namelijk over de achtergrond van het onderzoek, er ontstaat door de antwoorden op deze vragen een duidelijk beeld over de context van het onderzoek. Er is gezocht naar literatuur en tevens is er gebruik gemaakt van Internet als literatuurbron. Bij de literatuurstudie zijn de volgende trefwoorden gebruikt: 'organisatie huisarts(en)praktijken', 'samenwerking huisartsen', 'gedeelde huisarts(en)praktijk', 'solopraktijk', 'kwaliteit van huisartsenzorg', 'kwaliteit van zorg', 'kwaliteit van zorg en patiëntenperspectief', 'patiënten over huisartsenzorg'.

7.3. De survey

Het tweede gedeelte van het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van een cross-sectionele survey. Een survey geeft een kwantitatieve beschrijving van trends, gewoontes of meningen van een populatie door een steekproef van deze populatie te bestuderen (Bowling, 2002). In dit onderzoek is de steekproef gebruikt om de kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief te kunnen beschrijven. Tevens kon door de steekproef onderscheid worden gemaakt tussen verschillende deelgroepen in de populatie, zoals wel/niet chronisch ziek, geslacht en leeftijd. Op basis van deze gegevens is de vraag welke aspecten invloed hebben op de kwaliteit van zorg gedeeltelijk beantwoord.

De keuze voor een survey is gemaakt omdat op deze manier een groot aantal patiënten kon worden gevraagd naar hun mening in vrij weinig tijd (ibid.). Een ander voordeel van de survey is dat er specifieke vragen gesteld kunnen worden, met voorgestructureerde antwoorden, zodat de verzamelde data makkelijk te analyseren en te vergelijken zijn.

7.4. Beschikbare vragenlijsten

Er zijn op dit moment niet veel vragenlijsten beschikbaar die direct de kwaliteit van zorg in huisarts(en)praktijken meten (Grol & Wensing, 200). De vragenlijsten die op dit moment beschikbaar zijn, zijn:

- Europep, deze vragenlijst is in de periode 1995-1999 ontwikkeld om een internationale vergelijking van uitkomsten in huisarts(en)praktijken mogelijk te maken (ibid.).
- Quote, Quote staat voor QUality Of care Through patients Eyes (kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief). De Quote is ontwikkeld voor verschillende ziektebeelden (er zijn voor elk ziektebeeld specifieke vragen opgenomen), er is op dit moment nog geen Quote ontwikkeld specifiek gericht op de huisartsenzorg, de vragenlijst is daarom minder bruikbaar voor dit onderzoek (Nivel, 2005).
- Vragenlijst: "Wat vindt u van uw huisarts?" een vragenlijst over kwaliteit van zorg, ontwikkeld door de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit van de Katholieke Universiteit Nijmegen (WOK). Deze vragenlijst is grotendeels bruikbaar voor dit onderzoek, hoewel er relatief weinig aandacht is voor de organisatie binnen huisarts(en)praktijken.
- CQ-vragenlijst, CQ staat voor Consumer Quality Index en is ontwikkeld in de Verenigde Staten. Op dit moment wordt de CQ-index voor huisartsenzorg verder ontwikkeld door het NIVEL zodat patiënteninformatie breed beschikbaar wordt.
- ~ Vragenlijst: "De patiënt als spiegel" een vragenlijst over de kwaliteit van zorg in de huisarts(en)praktijk ontwikkeld door het CBO, Kwaliteitsinstituut voor de Nederlandse Gezondheidszorg. Deze vragenlijst is goed bruikbaar voor dit onderzoek omdat er onderscheid gemaakt wordt in categorieën van zorg die veel teruggrijpen op de organisatie binnen de huisarts(en)praktijk.

7.5. De patiëntenpopulatie

De uitvoering van de survey is gebeurd door een random steekproef van patiënten uit de twee huisarts(en)praktijken (samenwerkende praktijk en de solopraktijk) te nemen in een bepaalde tijdsperiode. Tijdens de onderzoeksperiode werden patiënten die op een bepaalde dag (in de solo-praktijk meerdere dagen) in de huisarts(en)praktijken kwamen allen gevraagd de vragenlijst in te vullen. Op deze manier werden alle patiënten die tijdens de onderzoeksperiode in de huisarts(en)praktijk kwamen ingesloten in het onderzoek. Door deze manier van selectie werden alleen patiënten die de huisarts(en)praktijk bezocht hebben meegenomen in het onderzoek en dit zijn degene die daadwerkelijk iets kunnen vertellen over de kwaliteit van zorg in de huisarts(en)praktijk. Bovendien werd verwacht dat de respons vrij hoog zou zijn doordat patiënten de vragenlijst tijdens hun bezoek persoonlijk uitgedeeld kregen en er een voorgefrankeerde antwoordvelop bijgevoegd was waarmee de respondenten de enquête terug konden sturen.

Het onderzoek is uitgevoerd in de gemeente Raalte-Heino in Overijssel. Enkele gegevens over deze gemeente zijn: het aantal inwoners was in 2006 37.259 waarvan de ongeveer de helft man en de helft vrouw was. Verder was de bevolkingsdichtheid 218 inwoners per km². Het gemiddelde besteedbare inkomen per persoon in de gemeente in 2003 € 10.800,-

Daarnaast was het percentage niet-westerse allochtonen in 2006 2.7% (CBS, 2006). Deze gegevens kunnen van belang zijn bij vergelijking van de resultaten van dit onderzoek met onderzoek in andere gemeenten.

7.6. Uitvoering van de survey

De patiënten in de steekproef kregen de vragenlijst samen met een korte uitleg over het onderzoek, uitgedeeld door de onderzoeker. De patiënten werd gevraagd eenmalig de vragenlijst in te vullen, hieruit blijkt het cross-sectionele karakter van de steekproef. Cross-sectioneel betekent namelijk dat er maar op één moment een meting wordt verricht (Bowling, 2002). Om de privacy van de patiënten te waarborgen werd er alleen gevraagd naar de leeftijd, geslacht en het wel of niet hebben van een chronische ziekte. Uit deze gegevens is niet te herleiden wie de patiënt is, daardoor is de anonimiteit van de patiënten gegarandeerd gebleven.

Toen alle gegevens door middel van de survey verzameld waren zijn deze data met behulp van het computerprogramma SPSS geanalyseerd. Bij deze analyse werd gekeken in hoeverre de kwaliteit van zorg vergelijkbaar is in beide huisarts(en)praktijken. Verder werd bekeken welke aspecten invloed hebben op de beoordeling van de kwaliteit van zorg.

7.7. Validiteit

Onder validiteit wordt verstaan dat er gemeten wordt wat we wilden meten en weten. Het gaat er dus om dat er door middel van de metingen (in dit geval de literatuurstudie en de survey) antwoord wordt verkregen op de onderzoeksvragen. De validiteit zegt iets over de data die verzameld zijn (Creswell, 2003).

De interne validiteit in dit onderzoek is verhoogd door triangulatie van methoden toe te passen. Zo werd er gebruik gemaakt van zowel een literatuurstudie als een survey. Verder werd er een onderzoeksdagboek bijgehouden waarin gerapporteerd is welke stappen in het onderzoek zijn genomen en waarom er voor deze manier van werken is gekozen. Op deze manier is inzichtelijk gemaakt hoe de data verzameld zijn.

De externe validiteit van het onderzoek werd gewaarborgd door gebruik te maken van de random steekproef. Op deze manier hadden alle patiënten uit de huisarts(en)praktijken evenveel kans opgenomen te worden in de steekproef, wanneer zij tijdens de onderzoeksperiode in de huisarts(en)praktijk kwamen. Hierdoor is het waarschijnlijk dat de steekproef een goed beeld geeft van de totale populatie.

7.8. Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van een onderzoek is afhankelijk van de methoden die worden gebruikt. De betrouwbaarheid van een onderzoek zegt iets over de interpretatie van de verzamelde data (Creswell, 2003).

De interne betrouwbaarheid is in dit onderzoek gewaarborgd door gebruik te maken van een standaardvragenlijst met standaardantwoorden. Alle respondenten kregen dezelfde vragenlijst en konden kiezen uit dezelfde antwoordmogelijkheden. Op deze manier zijn alle verzamelde data gelijk en konden de gegevens gemakkelijk met elkaar worden vergeleken.

De externe betrouwbaarheid van het onderzoek werd verhoogd door het bijhouden van een onderzoeksdagboek. Op deze manier is het voor anderen duidelijk op welke manier het onderzoek is uitgevoerd, dit maakt het onderzoek herhaalbaar wat bijdraagt aan de externe betrouwbaarheid. Verder is de externe betrouwbaarheid gewaarborgd door de resultaten van dit onderzoek te vergelijken met resultaten van andere onderzoeken. Hierdoor kon het onderzoek in een goede context worden geplaatst en waren eventuele afwijkende resultaten makkelijk te achterhalen.

7.9. Ethische overwegingen

Bij de uitvoering van het onderzoek was de medewerking van de huisarts(en)praktijken van groot belang. Zij moesten namelijk de vragenlijsten tijdens de onderzoeksperiode onder de patiënten die in de praktijk kwamen verspreiden. De medewerking van de huisartsen was in het begin van het onderzoek dus van cruciaal belang.

Voor het verspreiden van de vragenlijsten waren geen patiëntgegevens nodig omdat de onderzoeker de vragen zelf op een willekeurige dag aan iedere patiënt in de huisarts(en)praktijk heeft uitgedeeld. Wanneer patiënten de vragenlijst kregen ontvingen zij een begeleidende brief, in deze brief werd het doel van het onderzoek uitgelegd, verder werd aangegeven wat er met de verzamelde gegevens zou gebeuren en voor wie deze gegevens toegankelijk waren. Dit alles heeft te maken met informed-consent van de respondenten.

Voor het onderzoek was het niet nodig alle gegevens van patiënten te hebben, de vragenlijsten konden daarom anoniem ingevuld worden, zodat de privacy van de respondenten gewaarborgd bleef. Wel werd gevraagd naar de leeftijd en het geslacht van de respondent, maar op basis van deze gegevens was de identiteit van de respondent niet te achterhalen.

7.10. Analyse

Met behulp van het computerprogramma SPSS zijn de vragenlijsten geanalyseerd. De vragenlijst bestond voor het grootste gedeelte uit stellingen die de respondenten konden beantwoorden met de volgende antwoordcategorieën: 'zeer mee eens' 'mee eens' 'mee oneens' 'zeer mee oneens' of 'niet van toepassing'. Daarnaast waren een aantal algemene vragen over leeftijd, geslacht, opleiding en chronische ziekte opgenomen die werden beantwoord met een ordinale antwoordschaal. Tenslotte zijn een aantal vragen over de geschiedenis van de patiënt in de huisarts(en)praktijk opgenomen, hierbij kan worden gedacht aan vragen over hoe lang men patiënt is, of men bewust voor de praktijk gekozen

heeft en de vraag hoe tevreden patiënten over het algemeen met hun huisarts zijn. De respons in zowel de groeps- als de solopraktijk was 72%.

Van het gedeelte in de vragenlijst met de stellingen is geprobeerd om met behulp van Cronbach's alfa, een aantal schalen te maken die teruggrijpen op het model zoals gepresenteerd in het vorige hoofdstuk. Bij het maken van deze schalen zijn de items waarbij de respons lager dan 80% was (niet ingevuld, of antwoord NVT) niet meegenomen. Dit is gedaan om zo de samenhang tussen de items te vergroten. De volgende schalen zijn gemaakt: Bejegening, werkwijze, behandeling, informatie en organisatie. Verwacht werd dat ook vragen betreffende de praktijkruimte en samenwerking tussen de huisarts en andere hulpverleners (zoals assistentes) schalen zouden vormen. Dit bleek echter niet het geval te zijn.

Cronbach's alfa geeft de mate van samenhang tussen de verschillende items weer. De Cronbach's alfa kan waarden aannemen tussen de 0 en de 1, waarbij 0 betekent dat er totaal geen samenhang tussen de verschillende items is en 1 betekent dat de items perfect met elkaar samenhangen. De volgende uitkomsten zijn verkregen met SPSS.

- De schaal bejegening, variabelen in deze schaal zijn: duidelijke taal, vriendelijk behandeld, invoelend vermogen, vertrouwensband en het niet opdringen van opvattingen. Voorbeelden van bijbehorende stellingen zijn: 'de huisarts spreekt duidelijke taal' en 'de huisarts dringt zijn opvattingen niet aan mij op'. De Cronbach's alfa van deze schaal is 0.84.
- De schaal werkwijze, variabelen in deze schaal zijn: noodgeval, nakomen afspraken, voldoende tijd, betreft bij besluiten, verleent nazorg. Een aantal stellingen bij deze schaal waren: 'de huisarts is bereikbaar in nood' 'de huisarts komt zijn afspraken na'. Bij deze schaal hoort een Cronbach's alfa van 0.77.
- De schaal behandeling, hierbij horen de variabelen: verbetering door behandeling en bruikbaar advies. De stellingen zijn: 'mijn gezondheid verbetert door de behandeling' en 'de huisarts geeft bruikbaar advies' de bijbehorende Cronbach's alfa is 0.78.
- Dan de schaal informatie waaronder de variabelen: gang van zaken, instemming bij behandeling, info over aanpak behandeling, info over inhoud behandeling, info over medicijnen vallen. Stellingen die hierbij horen zijn: 'De huisarts heeft voldoende informatie gegeven over de gang van zaken in de praktijk' 'De huisarts heeft voldoende informatie gegeven over medicijnen'. Bij deze schaal hoort een Cronbach's alfa van 0.88.
- Tenslotte is de schaal organisatie van de praktijk gemaakt, waar de volgende variabelen bijhoren: telefonische bereikbaarheid, verhaal assistente, zelfde huisarts, tijdstip behandeling en waarneming. Stellingen die voor deze schaal gebruikt zijn, zijn: 'de telefonische bereikbaarheid van de praktijk is goed' 'het is vervelend de

reden voor mijn bezoek eerst aan de assistente te vertellen voor ik in contact kom met de huisarts'. Bij deze schaal hoort Cronbach's alfa 0.74.

De items: De praktijk is goed bereikbaar met de auto, het is mogelijk mee te luisteren wat er aan de balie wordt gezegd, het is mogelijk mee te luisteren wat er in de spreekruimte wordt gezegd, en de inrichting van de kleedruimte is goed zijn in de vragenlijst opgenomen onder het kopje praktijkruimte. Omdat uit de analyse blijkt dat er geen duidelijke samenhang tussen deze aspecten is worden deze items bij de verdere analyses apart meegenomen.

Tenslotte de vragen over samenwerking in de huisarts(en)praktijk, hierover zijn in de vragenlijst drie vragen opgenomen, de meeste patiënten beantwoorden deze vragen echter met 'niet van toepassing' waardoor analyse van deze vragen niet mogelijk was. Alleen de stelling 'ik vind dat de huisarts en andere zorgverleners in de praktijk (zoals assistentes) goed samenwerken' heeft een voldoende hoge respons, de vraag is door 122 van de 144 respondenten beantwoord, om mee te nemen in de verder analyses.

Bij de analyses van de verschillende items uit de vragenlijst is gebruikt van een t-toets en daarnaast is ook een chi-kwadraat toets uitgevoerd. De chi-kwadraat toets is gebruikt om te bekijken of de scores op de verschillende items uit de vragenlijst overeenkwamen tussen de solo- en de groepspraktijk.

Als laatste is bij de analyse gebruik gemaakt van een regressie-analyse, om een regressie met voldoende waarden uit te kunnen voeren is er voor gekozen de missende waarden (vraag niet ingevuld of antwoord 'niet van toepassing') te vervangen door de gemiddeldes van de overige scores binnen de schaal van de respondent. Hierdoor ontstaat er een verschuiving naar het gemiddelde maar is een regressie-analyse mogelijk.

7.11. Conclusie

Zoals is gebleken uit dit hoofdstuk zijn er op het gebied van kwaliteit van zorg in de huisarts(en)praktijk weinig complete vragenlijsten beschikbaar. Voor dit onderzoek is daarom gekozen één bestaande vragenlijst te gebruiken als basis voor het onderzoek en deze bestaande vragenlijst aan te vullen met vragen uit andere lijsten. De vragenlijsten zijn willekeurig in de huisarts(en)praktijk verspreid op een vaste dag om zo de betrouwbaarheid te vergroten en daarnaast anonimisering te vergemakkelijken.

Voor de analyses van de vragenlijsten is gebruik gemaakt van het computerprogramma SPSS. Als belangrijkste stap daarbij is gebruik gemaakt van de schalen die hierboven genoemd zijn en die terugslaan op het theoretische model zoals gepresenteerd in hoofdstuk vier van dit onderzoek.

8. Resultaten

8.1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de analyses van de vragenlijsten weergegeven. Als eerste worden algemene kenmerken van beide praktijken beschreven. Het betreft de respons op de vragenlijsten en de opbouw van de groep respondenten met betrekking tot zowel de solo- als de groepspraktijk. Daarna wordt ingegaan op de algemene tevredenheid in beide praktijken. Vervolgens worden de verschillende aspecten die van invloed kunnen zijn op de beoordeelde kwaliteit van zorg behandeld. Deze aspecten zijn in hoofdstuk vier behandeld en in een model gezet.

8.2. Respons

Van de respondenten in de groepspraktijk is 29.2% man en 70.8% vrouw. In de solopraktijk zijn deze percentages respectievelijk 34.7% man en 65.3% vrouw. Het kenmerk geslacht van de respondenten verschilt niet significant tussen de praktijken. De meeste patiënten zijn al vijf jaar of langer patiënt in dezelfde huisarts(en)praktijk, namelijk 93.1% in de groepspraktijk en 91.7% in de solopraktijk. Ook het opleidingsniveau van de respondenten van beide praktijken verschilt niet significant van elkaar. Vooral de groepen Hbo'ers en mensen met een afgeronde MBO-opleiding zijn in beide praktijken goed vertegenwoordigd.

Wanneer de leeftijdsopbouw van de respondenten met elkaar wordt vergeleken blijkt ook hier geen significant verschil tussen beide praktijken te bestaan.

Leeftijdscategorie	% in groepspraktijk ouder	% in solopraktijk
Jonger dan 20 jaar	3.2%	2.8%
Tussen 20 en 35 jaar	18.1%	13.9%
Tussen 36 en 50 jaar	33.3%	45.8%
Tussen 51 en 65 jaar	19.4%	19.4%
Tussen 66 en 75 jaar	19.4%	13.9%
Ouder dan 75 jaar	5.6%	4.2%

Tabel 3. : Leeftijdsopbouw respondenten in beide praktijken

Verder is het belangrijk te weten dat de respondenten in het half jaar voorafgaand aan het onderzoek één keer (25% groepspraktijk en 31.9% solopraktijk), tot twee of drie keer (31.9% groepspraktijk en 40.3% solopraktijk) bij de huisarts kwamen. Van de respondenten gaf ongeveer 59% in de groepspraktijk aan de huisarts te consulteren voor een chronische ziekte of handicap, in de solopraktijk lag dit aantal lager met 43.1%. Dit verschilt significant tussen beide praktijken. De respondenten in de groepspraktijk komen vaker met een chronische aandoening bij de huisarts dan patiënten in de solopraktijk. Tenslotte waardeerden de respondenten hun gezondheid als goed of zelfs zeer goed, 76.4% in de groepspraktijk tegen 77.8 % in de solopraktijk. Er zijn over het algemeen dus geringe

verschillen in de opbouw van de respondenten in beide praktijken, alleen het wel of niet hebben van een chronische ziekte verschilt van elkaar. De gegevens van beide praktijken kunnen daarom goed met elkaar worden vergeleken.

8.3. Algemene tevredenheid

De belangrijkste redenen om voor een huisarts(en)praktijk te kiezen zijn: doordat men van kinds af aan al in de praktijk is, dat de praktijk de dichtstbijzijnde praktijk is of omdat men door een huwelijk graag in dezelfde praktijk als de echtgenoot ingeschreven wil staan. Dit heeft ook invloed op het aantal mensen dat bewust voor de praktijkvorm, groepspraktijk versus een solopraktijk heeft gekozen. Het percentage dat bewust voor de praktijkvorm heeft gekozen is in de groepspraktijk namelijk 1.4%, in de solopraktijk is dit 16.7%. Slechts 5.6% van de respondenten in de groepspraktijk geeft aan liever ingeschreven te staan in een solopraktijk. In de solopraktijk geeft 1.4 % aan liever naar een groepspraktijk te gaan. Voor patiënten lijkt de praktijkvorm dus niet van groot belang bij het kiezen van hun huisarts.

Uit de resultaten blijkt verder dat patiënten over het algemeen erg tevreden zijn over hun huisarts, 91.7% van de patiënten in de groepspraktijk is tevreden of zeer tevreden over de huisarts(en)praktijk. 90.3% van de patiënten in de groepspraktijk zou de praktijk dan ook zeker aanbevelen bij anderen. In de solopraktijk antwoordden 94.4% van de respondenten dat zij tevreden of zeer tevreden zijn over de huisarts en 91.7% van de respondenten zou anderen aanraden zich ook in te schrijven in deze huisarts(en)praktijk.

Tenslotte is met een T-test bekeken of de algemene tevredenheid in de solopraktijk en de groepspraktijk van elkaar verschilt. Uit deze analyse bleek geen significant verschil tussen beide praktijken (t -waarde .545 $p=ns$).

8.4. Bejegening

In onderstaande tabel zijn de antwoorden die horen bij de stellingen van de schaal bejegening naast elkaar gezet, om zo te bekijken of er een verschil is tussen de antwoorden die respondenten in de groeps- en in de solopraktijk geven.

Aspect	N, groep	% tevreden, groep	N, solo	% tevreden, solo	Chi-square (significantieniveau)
Huisarts spreekt duidelijke taal	71	97.2	72	100	.140
Huisarts behandelt mij vriendelijk	72	98.6	72	100	.276
Huisarts toont invoelend vermogen	69	95.7	70	98.6	.283
Goede vertrouwensband met huisarts	69	97.1	71	95.7	.913
Huisarts dringt zijn opvattingen niet aan mij op	71	95.8	70	95.7	.670

Het aantal respondenten dat de vraag heeft beantwoord en waarvoor het percentage is berekend is vermeld onder 'N'.

Naast de vergelijking van deze aspecten zijn ook de schaalscores van deze items berekend. De schaalscores zijn de gemiddelden van de antwoorden op de vragen die gesteld zijn bij deze schaal. Wanneer een respondent 'niet van toepassing' heeft geantwoord of een vraag niet heeft ingevuld is deze vraag niet meegenomen bij de berekening van de schaalscore. De scores die behaald kunnen worden liggen tussen de één en de vier, waarbij één betekent dat respondenten zeer tevreden zijn over dit onderdeel terwijl vier betekent dat respondenten zeer ontevreden zijn over het onderdeel. Bij bejegening is het gemiddelde in de groepspraktijk een 1,7 en 1,6 in de solopraktijk. Deze getallen zijn door middel van een T-toets met elkaar vergeleken en hieruit blijkt dat zij niet significant van elkaar verschillen (t -waarde 1,1, $p=ns$). De respondenten zijn in beide praktijken dus tevreden over het aspect bejegening.

8.5. Werkwijze

In onderstaande tabel zijn de antwoorden die horen bij de stellingen over de werkwijze naast elkaar gezet, om zo te bekijken of er een verschil is tussen de antwoorden die respondenten in de groeps- en in de solopraktijk geven.

Aspect	N, groep	% tevreden, groep	N, solo	% tevreden, solo	Chi-square significantieniveau
Bereikbaarheid in noodgevallen	70	75.7	56	87.5	.596
Huisarts komt zijn afspraken na	70	95.7	70	98.6	.011
Huisarts heeft voldoende tijd voor mij	69	94.2	72	98.6	.031
Huisarts betreft mij bij besluiten	65	100	68	97.1	.043
Huisarts verleent voldoende nazorg	57	84.2	69	85.5	.176

Het aantal respondenten dat de vraag heeft beantwoord en waarvoor het percentage is berekend is vermeld onder 'N'.

Ook bij de werkwijze zijn schaalscores met elkaar vergeleken. De gemiddelde score van de groepspraktijk is hier 1,9 in de solopraktijk is dit 1,6 (t -waarde 2.893, $p=s$). Deze scores verschillen significant van elkaar. Dit blijkt ook uit het aantal significante scores op de chi-kwadraat toets wanneer de items met elkaar worden vergeleken. Geconcludeerd kan worden dat de beoordeling van de solopraktijk significant beter is dan die van de groepspraktijk. In de vragenlijst is een lagere score namelijk een hogere waardering (een één is zeer tevreden, een vier staat voor zeer ontevreden).

8.6. Behandeling

Bij de behandeling zijn ook weer de antwoorden op de vragen van beide praktijken naast elkaar gezet. In onderstaande tabel zijn de uitkomsten weergegeven.

Aspect	N, groep	% tevreden, groep	N, solo	% tevreden, solo	Chi-square significantieniveau
De behandeling verbetert mijn welzijn	58	93.1	62	93.5	.461
Huisarts geeft bruikbaar advies	64	98.5	70	97.1	.103

Het aantal respondenten dat de vraag heeft beantwoord en waarvoor het percentage is berekend is vermeld onder 'N'.

De schaalscores die bij het aspect behandeling horen, zijn voor de groepspraktijk 1.9. in de solopraktijk is dit 1.8. Ook deze scores zijn met elkaar vergeleken met behulp van een T -toets (t -waarde 1.333, $p=ns$.185).

8.7. Informatieverstrekking

Bij de schaal informatieverstrekking zijn ook de antwoorden per item van de beide praktijken naast elkaar gezet om te bekijken of hier verschillen tussen zijn.

Aspect	N, groep	% tevreden, groep	N, solo	% tevreden, solo	Chi-square significantieniveau
Informatie over de gang van zaken in de praktijk	68	92.6	97	91.0	.518
Huisarts vraagt instemming bij behandeling	65	98.5	63	96.8	.067
Informatie over de aanpak behandeling	56	96.4	63	93.6	.658
Informatie over de inhoud behandeling	70	82.9	62	93.5	.393
Informatie over medicijnen	65	89.2	64	90.6	.375

Het aantal respondenten dat de vraag heeft beantwoord en waarvoor het percentage is berekend is vermeld onder 'N'.

De score wat betreft de informatievoorziening ligt voor de groepspraktijk op 1.9, bij de solopraktijk ligt dit op 1.9 (t -waarde .400, $p=ns$).

8.8. Organisatie van de praktijk

In onderstaande tabel zijn de antwoorden die horen bij de stellingen van de schaal organisatie van de praktijk naast elkaar gezet, om zo te bekijken of er een verschil is tussen de antwoorden die respondenten in de groeps- en in de solopraktijk geven.

Aspect	N, groep	% tevreden, groep	N, solo	% tevreden, solo	Chi-square significantieniveau
Telefonische bereikbaarheid	72	54.2	74	94.4	.000
Het is goed om verhaal eerst aan assistente te vertellen	71	52.1	66	27.3	.010
Huisarts van mijn keuze	68	86.8	71	98.6	.000
Tijdstip van behandeling	69	95.7	72	98.6	.000
Wachttijd in wachtkamer	71	80.3	72	98.6	.000

Het aantal respondenten dat de vraag heeft beantwoord en waarvoor het percentage is berekend is vermeld onder 'N'.

Op het onderdeel organisatie van de praktijk scoort de groepspraktijk een 2.2, de solopraktijk krijgt op dit onderdeel van de respondenten een 1.9 (t -waarde is 4.974, $p=s$). De

groepspraktijk scoort dus slechter dan de solopraktijk. Ook hier is een hogere beoordeling weer een lagere waardering (één is zeer tevreden en vier is zeer ontevreden).

8.9. De praktijkruimte

Zoals in hoofdstuk zeven bij het gedeelte analyse al is aangegeven vormen de aspecten gemeten bij het gedeelte “praktijkruimte” van de vragenlijst, geen samenhangende schaal. Om deze antwoorden toch met elkaar te kunnen vergelijken en te bekijken of er verschillen tussen beide praktijken zijn is hieronder een tabel opgenomen met alle gemeten aspecten. De opbouw van de tabel is vergelijkbaar met de tabellen waarbij wel een goede schaalverdeling was. Ook bij deze analyse zijn de vragen met een respons lager dan 80% niet meegenomen in de analyse.

Aspect	N, groep	% tevreden, groep	N, solo	% tevreden, solo	Chi-square significantieniveau
Bereikbaarheid met auto	69	100	67	97	.290
Meeluisteren met patiënten aan de balie	58	50	67	50.7	.950
Meeluisteren wat in de spreekkamer wordt gezegd	61	91.8	67	89.6	.391
Inrichting spreekkamer	71	94.4	72	100	.045

Het aantal respondenten dat de vraag heeft beantwoord en waarvoor het percentage is berekend is vermeld onder 'N'.

De percentages met betrekking tot de tevredenheid in beide praktijken zijn niet significant verschillend van elkaar. Er kan dus geconcludeerd worden dat de respondenten van beide praktijken even tevreden zijn over de inrichting van de praktijk.

8.10. Samenwerking in de huisarts(en)praktijk

Over het aspect ‘samenwerking in de huisarts(en)praktijk’ zijn in de vragenlijst drie stellingen opgenomen met als doel te bekijken hoe mensen vinden dat de huisartsen en hun assistentes samenwerken. De respons op deze stellingen was echter vrij klein waardoor de antwoorden van twee van de drie stellingen niet bruikbaar zijn voor een vergelijking. De stelling die wel vergelijkbaar is, is: *“Ik vind dat de andere zorgverleners dan de huisarts (assistentes en eventueel praktijkverpleegkundigen) in de praktijk, goed samenwerken met de huisarts.”*. Wanneer alleen de 122 van de in totaal 144 respondenten die de vraag hebben beantwoord (antwoordcategorie niet van toepassing is niet meegenomen) worden meegenomen bij de analyse, is in de groepspraktijk de score op deze vraag 1.85 wat betekent dat de respondenten tevreden zijn over de samenwerking. In de solopraktijk lag deze score op 1.62 wat betekent dat mensen tevreden zijn, maar waarbij de score dicht bij

zeer tevreden ligt dan in de groepspraktijk. Wanneer deze scores met elkaar vergeleken worden blijkt dat zij significant van elkaar verschillen en dat de solopraktijk op dit aspect dus beter scoort dan de groepspraktijk.

8.11. Invloed van patiëntkenmerken op algemene tevredenheid

Verder is bekeken wat de invloed van verschillende patiëntkenmerken is op de algemene tevredenheid over de huisarts(en)praktijk. De patiëntkenmerken die zijn bekeken, zijn: geslacht, leeftijd, opleiding en aanwezigheid van een chronische ziekte. Uit deze analyse blijkt dat geslacht, leeftijd en chronische ziekte geen significante invloed hebben op de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Alleen de variabele opleiding heeft invloed op waardering door patiënten, hoe hoger de opleiding hoe kritischer patiënten zijn. Tussen de variabelen algemene tevredenheid en opleiding bestaat een positieve correlatie. Omdat de vraag over algemene tevredenheid een schaal is die van hoog naar laag loopt betekent dit dat hoe hoger de opleiding hoe lager de waardering voor de kwaliteit van zorg.

8.12. Regressie

Met behulp van een regressie-analyse is vervolgens bekeken hoe groot de invloed van de verschillende schalen en de factoren leeftijd, geslacht, opleiding en chronische ziekte is op de algemene tevredenheid, deze algemene tevredenheid is bekeken aan de hand van de vraag: "Hoe tevreden bent u met uw huisarts?".

In onderstaande tabellen zijn de uitkomsten van de regressie-analyses weer te vinden. Deze zijn eerst uitgevoerd voor de groeps- en solopraktijk onafhankelijk van elkaar, later zijn de twee praktijkvormen bij elkaar genomen in één analyse.

Regressie-analyse groepspraktijk

Factor	Bèta 1	Sig. 1	Bèta 2	Sig. 2
Constant		.684		.752
Bejegening	.294	.047	.267	.075
Werkwijze	.209	.171	.206	.200
Behandeling	-.295	.046	-.318	.037
Informatie	.181	.284	.229	.185
Organisatie	.132	.315	.111	.428
Geslacht			-.020	.878
Leeftijd			.064	.696
Opleiding			.255	.069
Chronisch ziek			-.005	.973
R	.522		.571	
R2	.273		.326	

Regressie-analyse solopraktijk

Factor	Bèta 1	Sig. 1	Bèta 2	Sig. 2
Constant		.684		.260
Bejegening	-.003	.983	.000	.999
Werkwijze	.367	.019	.365	.023
Behandeling	.005	.972	-.022	.875
Informatie	.210	.152	.217	.150
Organisatie	.032	.793	.040	.749
Geslacht			.114	.365
Leeftijd			.079	.579
Opleiding			.156	.215
Chronisch ziek			.084	.533
R	.514		.546	
R2	.264		.298	

Regressie-analyse beide praktijken

Factor	Bèta 1	Sig. 1	Bèta 2	Sig. 2	Bèta 3	Sig. 3
Constant		.908		.196		.187
Bejegening	.133	.184	.147	.140	.143	.155
Werkwijze	.308	.003	.300	.005	.309	.005
Behandeling	-.117	.238	-.141	.156	-.142	.153
Informatie	.206	.053	.230	.031	.225	.037
Organisatie	.029	.728	.017	.848	.028	.764
Geslacht			.070	.539	.052	.538
Leeftijd			.224	.499	.072	.488
Opleiding			.052	.014	.222	.015
Chronisch ziek			.037	.685	.039	.673
Praktijkvorm					.028	.756
R	.491		.530		.531	
R2	.241		.225		.219	

9. Conclusie en discussie

9.1. Inleiding

Wanneer we terugkijken naar de hoofdvraag van dit onderzoek: *“In hoeverre verschilt de kwaliteit van zorg in een samenwerkende huisarts(en)praktijk in vergelijking met de kwaliteit van zorg in een solopraktijk?”* kunnen we met behulp van dit onderzoek het volgende antwoord geven.

De patiënten van de groeps- en solopraktijk ervaren geen significante verschillen in de kwaliteit van zorg tussen beide praktijken. Wel zijn er een aantal deelaspecten waarop beide praktijken verschillend scoren. De patiëntkenmerken, leeftijd, geslacht en het hebben van een chronische ziekte hebben geen invloed op de beoordeling van de kwaliteit van zorg in de huisarts(en)praktijk. De variabele opleiding heeft wel invloed op de beoordeling van de kwaliteit van zorg. In dit hoofdstuk worden de resultaten die gevonden zijn verder besproken en wordt een aantal kanttekeningen geplaatst bij het uitgevoerde onderzoek.

9.2. Keuze praktijkvorm

Uit de resultaten blijkt dat slechts 9% van de patiënten bewust gekozen heeft voor ofwel een groepspraktijk ofwel een solo werkende huisarts. Deze resultaten kunnen verklaard worden door het feit dat patiënten vaak al van kinds af aan in een huisarts(en)praktijk zijn en daardoor een vertrouwensband opbouwen met hun huisarts, onafhankelijk van de praktijkvorm. Wanneer mensen al vanaf jonge leeftijd patiënt zijn bij een huisarts, zullen zij niet snel geneigd zijn te wisselen van praktijk ongeacht de vorm van de praktijk. Bovendien is de samenwerking in de groepspraktijk de laatste jaren steeds verder uitgebreid (in 1988 zijn twee huisartsen gaan samenwerken, in 2006 kwam daar een derde arts bij). Patiënten zijn dus langzamerhand geconfronteerd met een steeds groter wordende praktijk waarbij steeds meer huisartsen betrokken werden. Ook in dit geval speelt de opgebouwde vertrouwensband tussen huisarts en patiënt waarschijnlijk een grote rol. Patiënten zijn niet snel geneigd naar een andere praktijk te gaan wanneer hun huisarts meer gaat samenwerken met andere huisartsen omdat wisselen van huisarts ten koste gaat van de arts-patiënt relatie.

Bij de solopraktijk is de reden dat de huisarts dichtbij is een grote verklarende factor bij de keuze voor de huisarts(en)praktijk. De praktijk is namelijk geopend in een nieuw gebouwde wijk op het moment dat deze wijk net bestond. Voor veel inwoners van de wijk was het op dat moment belangrijk een huisarts dichtbij te hebben, waarschijnlijk was de vorm van de praktijk daarbij toen niet zo belangrijk.

Dat de praktijkvorm weinig invloed heeft op de patiënttevredenheid blijkt ook uit de regressie-analyse. Wanneer de variabele praktijkvorm toegevoegd wordt aan de regressie blijkt deze factor geen significante invloed te hebben.

9.3. Algemene tevredenheid

Uit internationale literatuur is gebleken dat patiënten over het algemeen tevredener zijn over de kwaliteit van zorg in een groepspraktijk dan in een solo-praktijk. Uit dit onderzoek blijkt echter geen significant verschil in algemene tevredenheid tussen patiënten uit de verschillende praktijken. Wel zijn er op de verschillende subdimensies verschillen tussen beide praktijken gevonden. In tegenstelling tot conclusies uit de bestaande literatuur blijkt uit dit onderzoek dat er met betrekking tot de algemene tevredenheid geen verschillen bestaan tussen beide praktijken. Dit kan veroorzaakt zijn doordat in dit onderzoek slechts een vergelijking gemaakt is tussen twee praktijken. Terwijl in andere onderzoeken een groter aantal praktijken is meegenomen. Daarnaast zijn de andere onderzoeken niet in Nederland uitgevoerd. In andere landen verschilt de organisatie van de gezondheidszorg met de Nederlandse situatie waardoor de uitkomsten van de onderzoeken kunnen verschillen. Nederland is namelijk één van de weinige landen met een poortwachterfunctie voor de huisarts, hierdoor is de huisartsenzorg in Nederland een belangrijke factor in het gezondheidszorgsysteem.

9.4. Continuïteit van zorg

Feron et al. concludeerden in 2003 in hun onderzoek dat patiënten de groepspraktijk meer waarderen om de betere continuïteit van zorg die geboden wordt. Een verklaring hiervoor kan worden gevonden in het feit dat in de groepspraktijk altijd een arts aanwezig is en dat de zorg voor de patiënten daardoor altijd door kan lopen. Een nadeel van dit systeem is dat patiënten te maken (kunnen) krijgen met verschillende huisartsen waardoor de arts-patiënt relatie minder goed wordt opgebouwd. Dit is ook één van de conclusies die Van den Hombergh trekt in zijn onderzoek uit 2005. Uit dit onderzoek blijkt dat de werkwijze van de huisarts(en)praktijk van invloed is op de beoordeling van de algemene tevredenheid. Aspecten als bereikbaarheid in noodgevallen, het nakomen van afspraken en het hebben van voldoende tijd voor patiënten vinden patiënten erg belangrijk bij de beoordeling van de huisarts(en)praktijk. Uit dit onderzoek blijkt dat de solo-praktijk beter scoort op deze aspecten dan de groepspraktijk.

In tegenstelling tot internationaal onderzoek blijkt uit dit onderzoek dat patiënten van de groepspraktijk de continuïteit minder hoog waarderen wanneer we kijken naar de bereikbaarheid in noodgevallen. Deze waardering is echter berekend over het aantal respondenten dat deze vraag heeft ingevuld. In de solo-praktijk heeft slechts 75% van de respondenten de vraag over bereikbaarheid in noodgevallen ingevuld, dit in tegenstelling tot

de groepspraktijk waar 92% van de respondenten de vraag beantwoordde. Doordat de vraag in de solo-praktijk door een groot aantal respondenten niet is beantwoord kan er een vertekend beeld zijn ontstaan. Wanneer de score wordt berekend over alle respondenten, ook over hen die het antwoord niet hebben ingevuld is de waardering in de groepspraktijk hoger. De groepspraktijk is overall dus beter bereikbaar in noodgevallen dan de solopraktijk.

Deze overall hogere tevredenheid in de groepspraktijk, kan in dit onderzoek worden verklaard doordat de solo-werkende huisarts op twee verschillende locaties spreekuur houdt. Daardoor is hij niet altijd voor alle patiënten direct bereikbaar in geval van nood. Deze problemen spelen niet in de groepspraktijk omdat daar tijdens kantooruren altijd een arts aanwezig is en deze ook bereikbaar is in noodgevallen. Waarschijnlijk is het aantal respondenten in de solo-praktijk dat deze vraag heeft ingevuld laag omdat zij er al rekening mee hebben gehouden dat de huisarts op meerdere plaatsen spreekuur houdt en dus niet altijd bereikbaar kan zijn.

Wat betreft het consulteren van steeds dezelfde huisarts scoort de groepspraktijk lager dan de solo-praktijk. Dit punt kan ook worden gevat onder continuïteit van zorg. Wanneer een patiënt telkens te maken krijgt met een andere huisarts, neemt de continuïteit van zorg in de beleving van de patiënt af, omdat de patiënt zijn/haar verhaal telkens opnieuw moet vertellen. In de vragenlijst is rekening gehouden met het feit dat patiënten soms bewust kiezen voor een andere arts in de groepspraktijk, dit gebeurt bijvoorbeeld in gevallen wanneer een patiënt een onafhankelijk advies wil. Dit zal echter niet vaak voorkomen. In de solo-praktijk is de continuïteit van zorg beter omdat patiënten daar altijd te maken hebben met dezelfde huisarts.

Een laatste punt dat valt onder continuïteit van zorg is de arts-patiënt relatie. Zoals blijkt uit internationaal onderzoek waarderen patiënten in een solo-praktijk deze relatie beter dan patiënten uit de groepspraktijk. De resultaten van dit onderzoek spreken echter deze conclusie tegen. Op de vraag hoe de vertrouwensband met de huisarts is, antwoordt in de groepspraktijk 97.1 % tevreden te zijn, in de solo-praktijk blijkt dit aantal op 95,7% te liggen. Deze percentages verschillen niet significant van elkaar. Uit dit onderzoek kan dus niet worden gerepliceerd dat patiënten in een solo-praktijk de arts-patient relatie hoger waarderen. Wanneer het onderzoek in meerdere praktijken uitgevoerd zou worden zou er misschien wel een significant verschil tussen beide soorten praktijken blijken te bestaan, zodat conclusies uit de internationale literatuur waarschijnlijk wel vergelijkbaar zouden zijn.

9.5. Invloed van organisatorische aspecten op patiënttevredenheid

Uit onderzoek van Cretin en anderen uit 2004 blijkt dat organisatorische aspecten van de huisarts(en)praktijk belangrijk zijn bij de bepaling van de patiënttevredenheid. In dit onderzoek komt deze bevinding niet direct naar voren. Wanneer een regressie-analyse wordt verricht waarin verschillende aspecten van zorgverlening worden meegenomen om de algemene patiënttevredenheid te bepalen, heeft het aspect organisatievorm geen significante invloed op de beoordeling van de algemene tevredenheid.

Wanneer de schaalscores van beide praktijken worden vergeleken blijkt er echter wel een significant verschil te bestaan tussen beide praktijken. De organisatorische aspecten verschillen per subdimensie dus wel van elkaar.

De solopraktijk scoort beter op het gebied van organisatie dan de groepspraktijk. Dit blijkt vooral uit de scores op de vragen over wachttijd in de wachtkamer, de telefonische bereikbaarheid en het feit dat mensen het in de groepspraktijk meer waarderen de reden voor het bezoek aan de assistente te vertellen dan in de solopraktijk. Verwacht werd dat organisatorische aspecten in de groepspraktijk beter geregeld zouden zijn omdat daar meer voorzieningen zijn. Dit blijkt echter niet zo te zijn, een verklaring voor dit verschil zou kunnen zijn dat de groepspraktijk veel meer patiënten heeft en er daardoor meer druk op de artsen en assistentes ligt waardoor de telefonische bereikbaarheid verslechtert en de wachttijd in de wachtkamer toeneemt.

9.6. Informatieverstrekking

Verwacht werd dat de informatieverstrekking in de groepspraktijk hoger zou scoren dan de informatieverstrekking in de solopraktijk omdat artsen in de groepspraktijk meer sociale druk zouden voelen om patiënten genoeg informatie te geven. In werkelijkheid blijkt er echter geen verschil in informatieverstrekking te zitten tussen beide praktijken. Blijkbaar zijn artsen ongeacht de sociale druk, sowieso geneigd om patiënten voldoende te informeren over allerlei zaken. Een andere verklaring kan liggen in het feit dat de huisartsen in Overijssel ook een gezamenlijk overleg hebben waarin zij onder andere de volgende zaken bespreken: nieuwe ontwikkelingen, het functioneren van de praktijken en organisatorische problemen die zij ervaren. Binnen dit overleg zou het kunnen dat artsen elkaar ook aanspreken wanneer zij niet voldoende doen aan informatieverstrekking.

Wanneer een regressie-analyse wordt uitgevoerd waarbij beide praktijken zijn meegenomen blijkt toch dat het aspect informatievoorziening een significante invloed heeft op de beoordeling van de algemene tevredenheid. Uit deze analyse kan niet worden afgeleid welke praktijk een betere informatievoorziening heeft. Wel kan de conclusie worden getrokken dat het voor huisarts(en)praktijken belangrijk is te investeren in een goede

informatievoorziening omdat patiënten dit een belangrijk aspect vinden bij de beoordeling van de kwaliteit van zorg.

9.7 Samenwerking

Zoals ook bij de resultaten vermeld is, heeft alleen de stelling waarin respondenten een waardering geven over de samenwerking tussen de huisarts en eventuele praktijkverpleegkundigen een voldoende respons om mee te nemen bij de analyse van het aspect samenwerking. Waarschijnlijk wordt de lage respons op deze laatste twee stellingen veroorzaakt door het feit dat patiënten in de huisarts(en)praktijk nog niet veel te maken hebben gehad met andere zorgverleners, zoals assistentes en praktijkverpleegkundigen wanneer het om de directe patiëntenzorg gaat. Dit is namelijk een nieuwe ontwikkeling die in beide praktijken nog meer vormgegeven moet worden. Vooral in de solopraktijk is er nog weinig sprake van de inzet van praktijkassistentes en is vooral de huisarts bezig met directe patiëntenzorg.

De stelling over de samenwerking tussen huisarts en andere zorgverleners in de praktijk scoort in de solopraktijk echter hoger dan in de groepspraktijk. Een verklaring voor dit verschil kan liggen in het feit dat in de groepspraktijk meer mensen werken en dat daardoor de coördinatie en afstemming tussen al deze medewerkers minder soepel verloopt dan in de solopraktijk.

9.8 Patiëntfactoren bij de tevredenheid

Uit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat vooral leeftijd een belangrijke rol speelt bij de beoordeling van kwaliteit van zorg. In dit onderzoek blijkt leeftijd echter geen significante invloed te hebben op de patiënttevredenheid. Wel blijkt opleidingsniveau een rol te spelen bij de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Hoe hoger de opleiding hoe minder goed de kwaliteit van zorg wordt beoordeeld. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat hoger opgeleiden kritischer kijken naar de geboden zorg en meer kennis hebben over het belang van zorg en de mogelijke aandoening die zij hebben. Dit kan meespelen bij een oordeel over de zorg doordat de verwachtingen die patiënten hebben over de zorg afwijken van de ervaren zorg.

9.9 Beperkingen van het onderzoek

De resultaten die behaald zijn met dit onderzoek zijn op een aantal manieren niet goed generaliseerbaar naar andere praktijken. Eerste en direct ook de grootste beperking van het onderzoek, is dat het slechts is uitgevoerd in twee huisarts(en)praktijken. Veel verschillen die zijn gevonden kunnen ook verklaard worden door interdokter variatie en hoeven niet per sé veroorzaakt te worden door de verschillende manier waarop beide praktijken georganiseerd zijn.

Een tweede beperking die een belangrijke rol speelt bij het onderzoek is de omvang van de steekproef. In beide praktijken is slechts een klein deel van de patiënten geraadpleegd bij het onderzoek, in beide praktijken is het aantal van honderd gekozen. In de solopraktijk zijn dit relatief meer patiënten dan in de groepspraktijk (zij hebben een groter patiëntenbestand). Doordat maar een klein deel van de patiënten gevraagd is, kunnen de resultaten vertekend zijn. Echter dient opgemerkt te worden dat alle patiënten op een willekeurige dag (in de solopraktijk meerdere dagen) gevraagd zijn mee te werken aan het onderzoek. De meningen die gehoord zijn, zijn dus willekeurig, wat de betrouwbaarheid bevordert.

Een derde beperking van het onderzoek is dat er in Nederland geen bestaande vragenlijst is die patiënttevredenheid kan meten en die zich richt op verschillen in organisatievormen van huisarts(en)praktijken. Voor dit onderzoek is daarom gebruik gemaakt van een bestaande vragenlijst die is aangepast met behulp van vragen uit andere lijsten. Na uitvoering van het onderzoek bleek dat een aantal vragen niet bruikbaar was, de respons op deze vragen was erg laag. Daarnaast bleek bij enkele vragen dat er een antwoordcategorie ontbrak, dit is geconstateerd doordat mensen af en toe dingen bij de lijst hadden geschreven. Wanneer een volgend onderzoek wordt gedaan naar de patiënttevredenheid in huisarts(en)praktijken die op verschillende manieren georganiseerd zijn, is daarom zeker aan te bevelen daarbij gebruik te maken van de non-responsgegevens op bepaalde vragen van dit onderzoek.

Tenslotte zou een beperking van dit onderzoek kunnen zijn dat het is uitgevoerd op het platteland in Overijssel. De praktijken die zijn gebruikt bij het onderzoek zijn weliswaar in dezelfde plaats gevestigd, maar waarschijnlijk zal een praktijk in een grote stad anders werken en daardoor anders gewaardeerd worden door haar patiënten dan een huisarts(en)praktijk op het platteland. Verwacht wordt dat patiënten op het platteland een betere band met de huisarts hebben omdat zij al lang dezelfde huisarts hebben en daardoor een goede vertrouwensband hebben opgebouwd. Bovendien zal ook de patiëntenpopulatie van een praktijk in de stad anders zijn dan van een praktijk op het platteland. Zo zullen er in een stedelijke praktijk relatief meer allochtonen zijn dan bij de respondenten van dit onderzoek. Deze opbouw van patiënten kan de waardering voor de huisarts beïnvloeden.

10. Bronvermelding

~Berg MJ van den, Bakker DH de, Kolthof ED, Cardol M, Brink-Muinen A van den.

De werkdruk van de huisarts: zorgvraag en arbeidsduur in 1987 en in 2001.

Medisch Contact 2003; 58 (26/27): p.1054-1056

~ MJ van den Berg, ED Kolthof, DH de Bakker, J van der Zee. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisarts(en)praktijk. De werkbelasting van huisartsen.* Utrecht: NIVEL, 2004

~ Bowling, A. (2002). *Research methods in health, investigating health and health services.* Berkshire: Open University Press.

~ Braspenning J.C.C., Schellevis F.G., Grol R.P.T.M., *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisarts(en)praktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht.* Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2004

~ Bijl, A. & D. Oudenampsen (1995). *De kwaliteit van de huisartsenzorg in stedendriehoek vanuit patiëntenperspectief.* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

~ CBO (2002). *De patient als spiegel.* Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg.

~ Cretin, S. et al. (2004). *An Evaluation of collaborative interventions to improve chronic illness care.* Evaluation Review, februari 2004.

~ Centraal bureau voor de Statistiek (2006). *CBS Statline* [Internet] Voorburg/Heerlen 1 januari 2006 <http://statline.cbs.nl/StatWeb/start.asp?lp=search> bezocht op 2-1-2007

~ Creswell J. W. 2003. *Research Design Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches.* London: SAGE Publications

~ Douglas, I. (1998). *Solo Practice: The way of the future.* Family practice management, februari 1998.

~ Ferol, J.M. et al. (2003). *GP's working in solo practice: obstacles and motivations for working in a group? A qualitative study.* Family practice, 2003 (vol. 20 no. 2).

- ~ Freidson, E. (2001). The Assault on Professionalism. In E. Freidson (Ed.), *Professionalism: The third logic* (pp. 179-169). Cambridge & Oxford: Polity.
- ~ Grol, R. & M. Wensing (2000). Patients evaluate general/family practice, the Europep instrument.
- ~ Hombergh van den, P. et al. (2005). *Saying 'good-bye' to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain?* Family practice, 2005 (vol. 22 no. 1).
- ~ Hanssen, P.J.M.P. Persoonlijke communicatie op 25 september 2006. (huisarts)
- ~ Harteloh, P.P.M. & A.F. Casparie (1998). Kwaliteit van zorg, van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak. Maarssen, Elsevier/De Tijdstroom.
- ~ Hollands, L. et al. (2004). Elementen van kwaliteitszorg, begrippen en opvattingen over kwaliteitszorg. Utrecht: Lemma.
- ~ Jung, H.P. et al. (2000). *Comparison of patients' preferences and evaluations regarding aspects of general practice care.* Family practice, 2000 (vol. 17 no. 3).
- ~ Lin H., S. Xirasagar & J. Laditka. (2004). *Patient perceptions of service quality in groepu versus solo practice clinics.* International journal for quality in healt care, 2004. (vol. 16 no. 6).
- ~ LHV/NHG. 2002. *Huisartsenzorg in 2012. Medische zorg in de buurt.* Conceptrapport Visie. Utrecht: LHV/NHG, 2002.
- ~ Mayorova, T. et al. (2005). *Gender-related differences in general practice prefernces: longitudinal evidence from the Netherlands 1982-2001.* Health policy, 2005. (vol. 72 no.1)
- ~ Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1986). *Discussienota begrippenkader kwaliteit beroepsuitoefening.* Zoetermeer: NRV.
- ~ Nivel, 2005. *Quote-vragenlijsten: luisteren naar de stem van de cliënt* [Internet] 10 oktober 2005 Utrecht: Nivel, <http://www.nivel.nl/OC2/page.asp?PageID=2184#vind>, bezocht op 15-12-2006.

~ Nivel, 2006. Geschreven door: R.J. Kenens, L. Hingstman. *Cijfers uit de registratie van huisartsen - peiling 2005*. [Internet] Utrecht: NIVEL, <http://www.nivel.nl/beroepeninzorg>, bezocht op 8-10-2006.

~ Rijdt van de- van de Ven, A.H.J. (1994). *Huisartsengroepen, groei en grenzen*. Tilburg: Tilburg University Press.

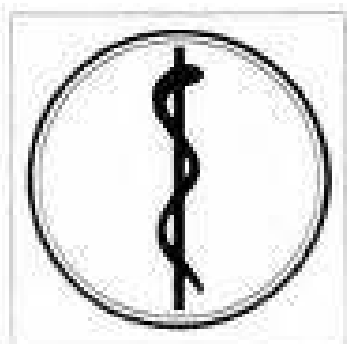
~ RIVM (2006). *Huisartsenzorg, kort en bondig*. Bilthoven: 14 september 2006 [Internet] te bereiken op: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1664n20332.html

~ Tiggelman, C.M. (2003). *Veranderen moet!* De Stichting Ondersteuning Huisartsen: een ex-post analyse. Rotterdam: IbmG.

Bijlage 1: Vragenlijst patiënttevredenheid in de huisarts(en)praktijk

Kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk

Een vragenlijst naar patiënttevredenheid



Toelichting

In deze vragenlijst wordt gevraagd naar uw mening over de organisatie van de huisartspraktijk en de werkwijze van uw huisarts. Als u de vragenlijst invult kunt u hem of haar helpen om nog beter aan uw wensen en behoeften tegemoet te komen.

De ingevulde vragenlijst zal worden verwerkt door een student van de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld, de vragenlijst is volkomen anoniem. Invullen van de vragenlijst is vrijwillig en heeft geen enkel gevolg voor de zorg die u krijgt.

De meeste vragen kunt u beantwoorden door het hokje aan te kruisen of in te kleuren dat bij het door u gekozen antwoord hoort. Wilt u bij iedere vraag slechts één antwoord geven?

Bij de beantwoording van de vragen bestaan er geen goede of foute antwoorden, het gaat om uw eigen meningen en ervaringen.

Misschien zijn niet alle vragen op u van toepassing. Bijvoorbeeld wanneer u nooit met het openbaar vervoer naar de huisartsenpraktijk komt, kunt u hierover uiteraard niets zeggen. In dat geval kunt u het hokje 'geen mening' aankruisen.

Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen. U kunt de ingevulde vragenlijst in de bijgevoegde antwoordenvelop retourneren (een postzegel is **niet nodig**). Om een goed beeld van de patiënttevredenheid te krijgen is het erg belangrijk dat zo veel mogelijk patiënten deze vragenlijst invullen. Daarom het verzoek aan u de vragenlijst zo snel mogelijk te retourneren in de bijgevoegde antwoordenvelop (een postzegel is daarbij **niet nodig!**).

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Mocht u nog vragen of opmerkingen hebben met betrekking tot deze vragenlijst dan kunt u contact opnemen met:

Alette Jonkman: 06-42900910, email 288027aj@student.eur.nl

1. Relatie met uw huisarts

In dit eerste gedeelte van de vragenlijst gaat het over de relatie die u met uw huisarts heeft en waarom u voor deze huisartsenpraktijk hebt gekozen. Wilt u bij onderstaande vragen het hokje aankruisen dat het meeste op u van toepassing is.

1. Hoe lang bent u al patiënt bij uw huisarts? Kortere dan een half jaar
 Een half jaar tot een jaar
 Een jaar tot twee jaar
 Twee tot vijf jaar
 Langer dan vijf jaar
2. Hoe tevreden bent u over het algemeen met uw huisarts? Zeer tevreden
 Tevreden
 Tevreden, noch ontevreden
 Ontevreden
 Zeer ontevreden
3. Ik kan altijd met al mijn problemen bij mijn huisarts terecht. Zeer mee eens
 Mee eens
 Mee eens, noch oneens
 Mee oneens
 Zeer mee oneens
4. Ik zou een ander zeker aanraden om bij deze huisarts in behandeling te gaan. Zeer mee eens
 Mee eens
 Mee eens, noch oneens
 Mee oneens
 Zeer mee oneens
5. Waarom heeft u voor deze huisarts gekozen? Toevallig
 Op aanraden van bekenden
 Het was de dichtstbijzijnde huisarts
 Van huis uit al in deze praktijk
 Anders, nl.
.....
.....
6. Heeft u bewust voor deze praktijkvorm (sol-arts) gekozen? Ja
 Nee
 NVT
7. Zou u liever een andere praktijkvorm zien (meerdere artsen in 1 praktijk)? Ja
 Nee
 Geen mening

2. De bejegening

In dit gedeelte van de vragenlijst gaat het om uw omgang met uw huisarts. Wilt u bij onderstaande stellingen aangeven in hoeverre u zich daarin kunt vinden (indien van toepassing).

- | | Zeer mee Eens | Mee eens | Mee oneens | Zeer mee oneens | NVT |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. De huisarts spreekt duidelijke taal. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. De huisarts behandelt mij vriendelijk en met respect. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Zeer mee Eens	Mee eens	Mee oneens	Zeer mee oneens	NVT
3. De huisarts toont invoelend vermogen in de omgang met mij.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. De huisarts spant zich in om met mij een vertrouwensband op te bouwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. De huisarts dringt zijn opvattingen niet aan mij op.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Werkwijze

In dit gedeelte van de vragenlijst gaat het over de werkwijze van uw huisarts. U kunt hierbij denken aan de gang van zaken voor, tijdens en na consulten. Wilt u bij onderstaande stelling aangeven in hoeverre u zich daarin kunt vinden (indien van toepassing).

	Zeer mee Eens	Mee eens	Mee oneens	Zeer mee oneens	NVT
1. De huisarts is bereikbaar in noodgevallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De huisarts komt gemaakte afspraken na.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De huisarts neemt voldoende tijd voor mij.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. De huisarts betreft mij bij alle belangrijke besluiten ten aanzien van de behandeling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. De huisarts verleent nazorg na afloop van de behandeling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. De behandeling

In dit gedeelte van de vragenlijst gaat het over de behandeling die u ondergaat en de rol van de huisarts bij deze behandeling. Wilt u bij onderstaande stelling aangeven in hoeverre u zich daarin kunt vinden (indien van toepassing).

	Zeer mee Eens	Mee eens	Mee oneens	Zeer mee oneens	NVT
1. De behandeling leidt tot duidelijke verbetering van mijn gezondheid/welzijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De huisarts geeft adviezen die bruikbaar zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De huisarts gaat regelmatig met mij na welke effecten de behandeling heeft en hoe ik die ervaar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. De huisarts versterkt mijn zelfstandigheid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. De informatievoorziening

In dit gedeelte van de vragenlijst gaat het om allerlei vormen van informatie die u schriftelijk of mondeling van uw huisarts zou kunnen ontvangen. Wilt u bij onderstaande stelling aangeven in hoeverre u zich daarin kunt vinden (indien van toepassing).

	Ze er mee Eens	Mee eens	Mee oneens	Ze er mee oneens	NVT
1. De huisarts heeft mij voldoende geïnformeerd over de gang van zaken binnen de praktijk (spreekuurtijden, weekendregeling enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De huisarts vraagt instemming aan mij voordat onderzoek wordt verricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De huisarts heeft mij voldoende geïnformeerd over de aanpak van de behandeling. (verloop, aantal behandelingen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. De huisarts heeft mij voldoende geïnformeerd over de inhoud van de behandeling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. De huisarts heeft mij voldoende geïnformeerd over gebruik van medicijnen. (o.a. werking en bijwerking)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. De huisarts heeft mij voldoende geïnformeerd over de vergoedingsmogelijkheden mbt hulpmiddelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. De huisarts heeft mij voldoende geïnformeerd over de klacht- en tuchtregeling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De huisarts laat mij mijn dossier met mijn gegevens inzien, wanneer ik dat wil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Organisatie van de praktijk

Het volgende gedeelte van de vragenlijst gaat over de organisatie in de praktijk, hierbij kunt u denken aan bereikbaarheid en wachttijden. Wilt u bij onderstaande stellingen (indien van toepassing) aangeven in hoeverre u zich daarin kunt vinden.

	Ze er mee Eens	Mee eens	Mee oneens	Ze er mee oneens	NVT
1. De telefonische bereikbaarheid is goed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ik zou het vervelend vinden eerst de reden van mijn bezoek aan de doktersassistente te moeten vertellen voor ik een afspraak kan maken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Het is prettig dat ik in de solopraktijk altijd dezelfde huisarts tref.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Het tijdstip waarop de afspraak plaatsvindt is voor mij acceptabel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. De wachttijd in de wachtkamer is aanvaardbaar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Zeer mee Eens	Mee eens	Mee oneens	Zeer mee oneens	NVT
6. De waarnemingsregeling (tijdens kantooruren) bij afwezigheid is goed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. De praktijkruimte

Het volgende gedeelte van de vragenlijst gaat over de praktijkruimte die door uw huisarts wordt gebruikt. Wilt u bij onderstaande stellingen (indien van toepassing) aangeven in hoeverre u zich daarin kunt vinden.

	Zeer mee Eens	Mee eens	Mee oneens	Zeer mee oneens	NVT
1. De bereikbaarheid van de praktijk met de auto is goed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De bereikbaarheid van de praktijk met het openbaar vervoer is goed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De huisarts heeft de praktijk zo ingericht, dat ik kan horen wat er aan de balie wordt besproken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. De huisarts heeft de praktijk zo ingericht, dat ik kan horen/zien wat er in de spreekkamer plaatsvindt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. De inrichting van de spreekruimte is goed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. De inrichting van de behandelruimte is goed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Andere zorgverleners in de huisartsenpraktijk

In dit gedeelte van de vragenlijst gaat het over uw ervaringen met andere hulpverleners dan de huisarts in de huisartsenpraktijk. Wilt u bij onderstaande stelling aangeven in hoeverre u zich daarin kunt vinden (indien van toepassing).

	Zeer mee Eens	Mee eens	Mee oneens	Zeer mee oneens	NVT
1. Ik vind dat de andere zorgverleners dan de huisarts (assistentes) in de praktijk goed samenwerken met de huisarts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Andere zorgverleners dan de huisarts (assistentes) hebben goede informatie over mijn ziektegeschiedenis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ik heb het vertrouwen dat de assistentes mij op tijd terugverwijzen naar de huisarts wanneer dit nodig is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Algemeen

In dit laatste gedeelte van de vragenlijst vragen wij u wat persoonlijke gegevens. Zou u zo vriendelijk willen zijn deze zo goed mogelijk in te vullen (de vragenlijsten blijven anoniem!).

1. Mijn geslacht is
- Man
 - Vrouw
2. Mijn leeftijd is
- Jonger dan 20 jaar
 - Tussen de 20 en 35 jaar
 - Tussen de 36 en 50 jaar
 - Tussen 51 en 65 jaar
 - Tussen 66 en 75 jaar
 - Ouder dan 75 jaar
3. Wat is uw hoogst genoten opleiding?
- Geen opleiding
 - Basisonderwijs (lagere school)
 - Lager beroepsopleiding (bijv. LTS, huishoudschool)
 - MAVO, MULO
 - Middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MTS, MEAO)
 - HAVO, VWO
 - Hoger beroepsonderwijs (bijv. HTS, HEAO)
 - Wetenschappelijk onderwijs
4. Wat zijn uw dagelijkse activiteiten?
- Scholier/student
 - Werkend
 - Zonder werk
5. Hoe vaak bent u het afgelopen half jaar bij uw huisarts geweest (uitgezonderd dit bezoek)?
- Nooit
 - 1 keer
 - 2 a 3 keer
 - 4 a 5 keer
 - Vaker dan 5 keer
6. Wanneer was uw laatste consult (uitgezonderd dit consult) bij uw huisarts?
- Minder dan een maand geleden
 - Een maand tot 3 maanden geleden
 - 3 tot 6 maanden geleden
 - Een half jaar tot een jaar geleden
 - Langer dan een jaar geleden
7. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?
- Uitstekend
 - Zeer goed
 - Goed
 - Matig
 - Slecht

8. Hieronder worden een aantal ziekten en aandoeningen genoemd. Wilt u telkens aangeven of u voor één van deze aandoeningen de afgelopen 12 maanden contact met uw huisarts heeft gehad?

	Ja	Nee
a. astma, chronische bronchitis of COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ernstige hartkwaal of hartinfarct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. (gevolgen) van een beroerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. suikerziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. rug- of nekaandoening van hardnekkige aard (langer dan 3 maand) of een hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. chronische reuma, langer dan drie maanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!