



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in de verpleegkunde en de vroedkunde

Masterthesis

Een diepgaande verkenning van patiëntenervaringen in een eerstelijnszone in Vlaanderen: een fenomenologische studie

Lize Volders

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de verpleegkunde en de vroedkunde, afstudeerrichting zorginnovatie

PROMOTOR :

Prof. dr. Jochen BERGS

BEGELEIDER :

De heer Kevin BERBEN



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be

Universiteit Hasselt
Campus Hasselt:
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt
Campus Diepenbeek:
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2023
2024



Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in de verpleegkunde en de vroedkunde

Masterthesis

***Een diepgaande verkenning van patiëntenervaringen in een eerstelijnszone in
Vlaanderen: een fenomenologische studie***

Lize Volders

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de verpleegkunde en de vroedkunde, afstudeerrichting
zorginnovatie

PROMOTOR :

Prof. dr. Jochen BERGS

BEGELEIDER :

De heer Kevin BERBEN

1 Abstract

Introductie: In 2019 ontstonden de eerstelijnszones in Vlaanderen, België. Deze zones werden geïntroduceerd om de zorg meer toegankelijk en patiëntgericht te maken. Om deze elementen te realiseren en de kwaliteit van zorg te bewaken, is het belangrijk om de ervaringen van zorggebruikers te exploreren. Deze studie heeft dan ook als doel om te achterhalen hoe patiënten de zorg- en dienstverlening in hun eerstelijnszone ervaren en wat hun verwachtingen naar de toekomst toe zijn.

Methode: Een kwalitatieve, fenomenologische studie werd uitgevoerd in eerstelijnszone Kemp en Duin (België). Drie focusgroepen en acht semigestructureerde interviews werden uitgevoerd. Participanten werden voor beide methoden doelgericht geselecteerd. Data werd inductief geanalyseerd volgens Braun en Clarke en vervolgens deductief gestructureerd volgens het raamwerk van Wong en Haggerty.

Resultaten: De focusgroepen vonden plaats in drie verschillende gemeenten van de eerstelijnszone Kemp en Duin en includeerde in totaal 23 participanten. De interviews werden afgenomen bij acht patiënten in vier verschillende gemeenten van diezelfde eerstelijnszone. Thematische analyse resulteerde in 39 subthema's die de ervaringen van patiënten beschrijven, welke na zorgvuldige analyse gestructureerd werden volgens de zes kernthema's van het raamwerk van Wong en Haggerty; (1) 'toegankelijkheid', (2) 'interpersoonlijke communicatie', (3) 'continuïteit en coördinatie', (4) 'alomvattendheid van aangeboden diensten', (5) 'verwachtingen ten aanzien van zorgverleners' en als laatste (6) 'patiënt gerapporteerde impact van zorg'.

Conclusie: Patiënten in eerstelijnszone Kemp en Duin ervaren over het algemeen vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem, waarin zij een snelle toegang tot vertrouwde zorgverleners, empathie en relationele continuïteit als belangrijk ervaren. Hun verwachtingen voor de toekomst omvatten zaken zoals een betere toegang tot zorg buiten reguliere werkuren en preventieve zorgverlening die beter is afgestemd op de noden van patiënten. Daarnaast worden suggesties gedaan zoals interdisciplinaire overlegmomenten en het herverdelen van taken om wachttijden te verminderen.

Trefwoorden: Eerstelijnszone, eerstelijnszorg, primaire gezondheidszorg, kwalitatief onderzoek, fenomenologie, lived experiences

2 Introductie

De zorgverlening wordt steeds complexer en transitie nemen toe. Patiënten bewegen zich tussen verschillende geografische locaties en niveaus van zorg. In dit complexe kluwen is het dan ook belangrijk om de primaire zorgverlening zowel tussen zorgverleners onderling als op patiënten af te stemmen. Om deze afstemming te realiseren moet niet enkel worden gekeken naar de klinische aspecten van zorg zoals het optimaliseren van diagnostiek en behandeling, maar is het ook belangrijk de ervaringen van patiënten mee in rekening te nemen (1). Deze persoonsgerichte invulling van zorg is een steeds prominenter wordende verwachting bij patiënten, zorgverstrekkers en beleidsmakers (2).

In het Vlaamse Gewest van België vond een reorganisatie van het zorglandschap plaats na de zesde staatshervorming. Zo ontstond in 2019 het concept *Eerstelijnszone*, wat een samenwerkingsverband tussen alle eerstelijnszorgaanbieders binnen een geografisch begrensd gebied omvat. Dit niveau van zorg dient als toegangspoort tot het gezondheidszorgsysteem. De eerstelijnszones zijn verantwoordelijk voor het leveren van primaire zorg, wat het leveren van preventieve diensten, gezondheidsbevordering en/of sociale en medische curatieve zorg omvat (3). Bovendien spelen deze zones in op bestaande barrières. Zo beloven zij lokale zorg- en welzijnsnaden aan te pakken en beogen ze de multidisciplinaire en intersectorale samenwerking van zorgdiensten te stimuleren (4).

Dankzij het invoeren van dergelijke eerstelijnszones zou de primaire gezondheidszorg meer toegankelijk en afgestemd op de patiënt moeten worden. Bovendien faciliteert dit primaire niveau doorverwijzing, coördinatie, transitie en continuïteit van zorg (1, 5). Sterk uitgebouwde eerstelijnszorg belooft namelijk de gezondheidszorg van een land kosteneffectief, responsief, patiëntgericht en kwalitatief te maken (6). Echter bestaat de trend dat patiënten nog vaak kiezen voor gekende gezondheidszorg, zoals spoedeisende hulp of ziekenhuiszorg, alvorens de eerstelijnszorg wordt geraadpleegd (7). Patiënten lijken vaak het primaire zorgniveau over te slaan omwille van moeilijke bereikbaarheid, problemen met doorverwijzing of inadequate kennis hierover (8).

Ondanks de groeiende implementatie van dergelijke eerstelijnszones en de daarbij horende inspanningen om primaire zorg meer toegankelijk en afgestemd op patiënten te maken, ontbreekt het nog aan kwalitatief onderzoek dat de genuanceerde perspectieven van patiënten binnen de eerstelijnszones beschrijft. Een systematisch literatuuronderzoek uit 2023 poogde te achterhalen welke waarden patiënten belangrijk achten in primaire zorgverlening (3). Hieruit blijkt dat privacy en autonomie; empowerment en gedeelde besluitvorming; kennis en competentie van de zorgverlener; en continuïteit, doorverwijzing en toegankelijkheid elementen zijn die patiënten als belangrijk achten in primaire zorgverlening (3). Hoewel deze waarden betrekking hebben op het grote geheel van eerstelijnsgezondheidszorg, bestaat weinig kwalitatief onderzoek naar de beleefde ervaringen van patiënten ten aanzien van de specifieke eerstelijnszones in Vlaanderen.

Deze studie heeft als doel de ervaringen, percepties, behoeften en aanbevelingen van patiënten ten aanzien van zorg- en dienstverlening binnen hun eerstelijnszone te achterhalen. Door een uitgebreide verkenning van deze ervaringen, tracht dit onderzoek bij te dragen aan de verfijning en optimalisatie van de eerstelijnszones, wat uiteindelijk zal leiden tot meer patiëntgerichte, effectieve zorgverlening. De studie poogt een concreet antwoord te formuleren op de vraag 'Hoe ervaren patiënten de zorg- en dienstverlening in hun eerstelijnszone en wat zijn hun verwachtingen naar de toekomst toe?'.

3 Methodologie

3.1 Studie design

In deze studie werd een kwalitatief, fenomenologisch onderzoeksdesign gebruikt om de analyse van de onderzoeksdata te ondersteunen. Om individuele ervaringen van patiënten te begrijpen en interpreteren, werd een hermeneutische benadering gekozen (9, 10). Ervaringen werden achterhaald met behulp van focusgroepen en semigestructureerde interviews. De data werd thematisch geanalyseerd (11). De geconsolideerde criteria voor het rapporteren van kwalitatief onderzoek (COREQ) werden gebruikt om de onderzoeksresultaten te rapporteren (12).

3.2 Steekproef en rekruteren

Participanten werden doelgericht geselecteerd binnen één eerstelijnszone aan de hand van de volgende inclusiecriteria: (1) minimumleeftijd van 18 jaar, (2) woonachtig in eerstelijnszone Kemp en Duin, en (3) in het laatste half jaar in contact geweest met één (of meerdere) hulpverleners vanuit de eerstelijnszone in hun buurt. De eerstelijnszone Kemp en Duin beslaat de volgende gemeenten: As (3665), Bree (3960), Genk (3600), Oudsbergen (Opglabbeek 3660, Meeuwen-Gruitrode 3670) en Zutendaal (3690).

3.2.1 Focusgroepen

Een maand voor iedere focusgroep bezorgde één van de onderzoekers (KB) een rekruteringsposter aan alle huisartsenpraktijken van de desbetreffende gemeente. Daarnaast verdeelde de eerstelijnszone Kemp en Duin een tiental posters aan andere zorg- en welzijnsactoren binnen de regio en verspreidden ze de poster op hun sociale media (LinkedIn en Facebook). Participanten die voldeden aan de inclusiecriteria konden via e-mail contact opnemen met een onderzoeker (KB) welke hen nadien op dezelfde manier contacteerde om praktische afspraken betreffende de focusgroep door te geven. Tegelijkertijd werd het informatie- en toestemmingsformulier aan de participanten bezorgd met de vraag om dit ondertekend mee te brengen naar de focusgroep. Bijkomend ontvingen de participanten een weblink waarop verschillende socio-demografische gegevens werden bevraagd (bv.; geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, beroepsstatus, woonplaats, en geloofsovertuiging). Ook het type zorgverlener waarmee de participanten het afgelopen half jaar in contact kwamen en de tevredenheid over deze contacten werden via deze weblink geïnventariseerd. De socio-demografische gegevens werden verzameld in Qualtrics (Provo, UT) en gepseudonimiseerd.

3.2.2 Interviews

Acht studenten van de Universiteit Hasselt (schakelprogramma van de master in de verpleegkunde en vroedkunde en de master in systeem- en procesinnovatie in de gezondheidszorg) verspreidden in het kader van een opdracht in hun opleiding een oproep tot deelname aan de studie in eerstelijnszone Kemp en Duin. Elke student rekruteerde hierbij één participant die voldeed aan de inclusiecriteria. Socio-demografische gegevens werden mondeling bevraagd tijdens het interview.

3.3 Data verzameling

3.3.1 Focusgroepen

De focusgroepen werden uitgevoerd in de periode van december 2023 tot en met april 2024. Deze vonden telkens plaats in een rustige ruimte, de duur varieerde van 56 minuten tot 78 minuten (gemiddelde 70 minuten). De focusgroepen werden gemodereerd door een vrouwelijke beginnende onderzoeker (student) van de Universiteit Hasselt (LV) met ervaring als verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg. Een mannelijke onderzoeker (KB) met ervaring als verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg en gevorderde ervaring in onderzoek nam de rol van notulist op zich en maakte veldnota's tijdens de focusgroepen. Een stafmedewerker van de eerstelijnszone was bij elke focusgroep aanwezig omwille van praktische overwegingen, maar nam niet deel aan de interacties. De focusgroepen werden opgenomen met behulp van audio-opnamen en letterlijk getranscribeerd door de interviewer (LV).

Een gestructureerde interviewgids met open vragen werd opgesteld en gebruikt om het gesprek te leiden. Deze werd opgesteld met behulp van relevante literatuur en overleg binnen het onderzoeksteam. Alle focusgroepen startten, na een korte introductie, met dezelfde openingsvraag, namelijk 'Neem mij eens mee in het laatste contact dat u had met een hulpverlener hier in de buurt. Hoe hebt u dat contact ervaren?'. Met behulp van vervolgvragen zoals 'Kan u mij daar iets meer over vertellen?' poogde de interviewer dieper inzicht te krijgen in hetgeen participanten vertelden. Domein-specifieke vragen werden bijgesteld en omvatten voornamelijk volgende onderwerpen: toegankelijkheid, samenwerking en communicatie tussen zorgverleners, mate van inspraak in de behandeling, informatieverlening, aanwezige zorgnoden en verwachtingen van de zorgverlening in de buurt. Gezien de ervaringen van participanten in de eerste focusgroep over het algemeen positief leken, werden voorafgaand aan de focusgroep nog hypothetische vragen toegevoegd zoals 'Stel, hypothetisch, dat je huisarts op pensioen gaat. Welke dingen zijn voor jou dan belangrijk bij het

kiezen van een nieuwe huisarts?'. Dit zodat ook verbeterpunten aan bod zouden komen. Na iedere focusgroep werd de interviewgids herbekeken en aangepast indien nodig. De gehele interviewgids is terug te vinden in bijlage 1.

3.3.2 Interviews

De semigestructureerde interviews werden uitgevoerd in de periode van oktober 2023 tot en met december 2023. De duur van de interviews varieerde van 30 tot 45 minuten (gemiddelde 34 minuten). Elk interview werd uitgevoerd op een rustige plaats in de thuiscontext van de participant waar enkel de participant en de onderzoeker aanwezig waren. Ieder interview werd uitgevoerd door een student uit de bovengenoemde schakelprogramma's aan de Universiteit Hasselt in kader van een examenopdracht. Deze was ook verantwoordelijk voor audio-opname en letterlijke transcriptie van het interview.

Dezelfde interviewgids (zoals initieel vastgelegd voor de focusgroepen) werd gebruikt voor de individuele interviews. Echter werd de interviewgids niet aangepast doorheen het proces en waren er dus geen hypothetische vragen aanwezig.

3.4 Data analyse

Transcripten en veldnota's van zowel focusgroepen als interviews werden geanalyseerd door de beginnende onderzoeker (LV) met behulp van thematische analyse in softwareprogramma NVivo® versie 14. Thematische analyse startte inductief met behulp van het raamwerk van Braun en Clarke (11). Initieel werd de verzamelde data verkend door de transcripten herhaaldelijk te lezen en hierbij memo's te maken, dit om een eerste overkoepelend begrip te verkrijgen. Vervolgens werden open codes toegekend aan de transcripten. Dit proces gebeurde initieel voor de eerste focusgroep en vier interviews en werd nadien herhaald voor de tweede focusgroep en vier volgende interviews, finaal werd de derde focusgroep toegevoegd. Herhaaldelijk werd gecontroleerd of de toegekende codes effectief de inhoud ervan omvatten, deze werden aangepast indien nodig. Nadien poogde de onderzoeker (LV) de verschillende codes te categoriseren in subthema's op basis van gelijkenissen en verschillen in betekenis. Vervolgens werden de inductief gevormde subthema's deductief gestructureerd in overkoepelende hoofd- en kernthema's bepaald door het raamwerk van Wong en Haggerty. Dit raamwerk omvat zes dimensies of kernthema's van patiëntenervaringen in de primaire gezondheidszorg (13). Waar nodig werden hoofd- en kernthema's uit het raamwerk besproken, aangepast en verfijnd naargelang de ervaringen uit het huidige onderzoek. Dit gebeurde tijdens drie overlegmomenten met het onderzoeksteam (LV, KB, JB). De vrouwelijke onderzoeker (LV) ging tussen de overlegmomenten iteratief aan de slag met het controleren of de thema's wel degelijk een nauwkeurige, bruikbare weerspiegeling van de data vormden.

3.5 Kwaliteitscriteria

De evaluatiecriteria van Lincoln en Guba (1985) werden toegepast om nauwkeurigheid en betrouwbaarheid te bereiken bij het verzamelen en analyseren van gegevens (14). Overdraagbaarheid (*transferability*) werd bereikt door de onderzoekscontext, participanten en methode grondig te beschrijven. De onderzoekers vergrootten de betrouwbaarheid (*dependability*) door het onderzoeksproces duidelijk te beschrijven, zodanig dat het besluitvormingsproces kan worden gevolgd. Daarnaast stelden zij een persoonlijk referentiekader op en reflecteerden zij over potentiële cognitieve vooroordelen om de bevestigbaarheid (*confirmability*) te vergroten. Geloofwaardigheid (*credibility*) werd bekomen door zowel aan data- als onderzoekstriangulatie te doen. Data-triangulatie werd bekomen door gebruik te maken van verschillende gegevensbronnen. Zo werden zowel individuele interviews als focusgroepen uitgevoerd om opkomende thema's en patronen te bevestigen en valideren. Deze benadering bevorderde het verkrijgen van een alomvattend begrip van patiëntenervaringen in de eerstelijnszone. Het neerschrijven en erkennen van persoonlijke ervaringen betreffende het onderzoek, het herhaaldelijk bespreken van vooroordelen en veronderstellingen met het onderzoeksteam en het gebruik van meerdere gegevensbronnen (interviews en focusgroepen) bevorderden de reflexiviteit van het onderzoek.

3.6 Ethische overwegingen

Ethische goedkeuring werd verleend door de bevoegde commissie voor Medische Ethiek van de Universiteit Hasselt (B1152023000020). Het doel, potentiële risico's, rechten en voordelen verbonden aan het onderzoek werden voorafgaand aan deelname schriftelijk en mondeling meegedeeld. Aan de deelnemers werd verzekerd dat ze op ieder moment vrijwillig het onderzoek konden verlaten. Allen ondertekenden een geïnformeerd toestemmingsformulier om hun vrijwillige deelname te bevestigen. Er werden geen materiële of financiële vergoedingen aangeboden aan de deelnemers.

4 Resultaten

In totaal werden drie focusgroepen en acht interviews uitgevoerd in vier verschillende gemeenten van eerstelijnszone Kemp en Duin. In Genk namen negen participanten deel aan de focusgroep, in As drie en in Bree waren dat elf participanten. De interviews omvatten acht individuele deelnemers en werden uitgevoerd in Genk, As, Bree en Zutendaal. Een overzicht van de karakteristieken van de participanten is terug te vinden in Tabel 1. Thematische analyse resulteerde in 39 subthema's die werden gecategoriseerd onder de verfijnde hoofd- en kernthema's van het raamwerk van Wong en Haggerty, weergegeven in bijlage 2. De zes kernthema's, (1) 'toegankelijkheid', (2) 'interpersoonlijke communicatie', (3) 'continuïteit en coördinatie', (4) 'alomvattendheid van aangeboden diensten', (5) 'verwachtingen ten aanzien van zorgverleners', en (6) 'patiënt gerapporteerde impact van zorg', worden besproken in het vervolg van de tekst. De resultaten worden onderbouwd met quotes uit het onderzoek, zie tabel 2.

4.1 Toegankelijkheid

Patiënten benoemen het belang van een snelle, gemakkelijke bereikbaarheid van vertrouwde zorgverleners. Bovendien geven ze de voorkeur aan zorgverleners dichtbij hun woonplaats. Ze melden dat ze het belangrijk vinden dat primaire zorgverlening altijd te bereiken is, vierentwintig op zeven, en dit passend bij de urgentie van het probleem. Hoewel patiënten over het algemeen relatief snel terecht kunnen bij vertrouwde zorgverleners in dringende omstandigheden, heersen bezorgdheden omtrent de toegang tot primaire zorg buiten de reguliere werkuren. Patiënten verwachten dat zowel de afstand tot primaire zorgverleners, als de bereikbaarheid van deze zorgverleners buiten de traditionele werkuren, inclusief in het weekend, verbeteren (Q1).

Naast bezorgdheden over de toegang tot zorg buiten de traditionele werkuren, vermoeden patiënten dat het huidige zorgaanbod in eerstelijnszone Kemp en Duin onvoldoende is afgestemd op de vraag van de bevolking. Patiënten vrezen dat ze in de toekomst niet tijdig de nodige zorg zullen ontvangen vanwege de moeilijke bereikbaarheid van nieuwe zorgverleners (Q2). Daarnaast ervaren patiënten een gevoel van onrust door de lange wachttijden, patiëntenstops en beperkte tijd van primaire zorgverleners. Echter zien zij wel een opportuniteit in het herverdelen van taken om deze wachttijden te omzeilen en bepaalde zorgverleners te ontlasten. Zij denken bijvoorbeeld aan een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk of mondhygiënist die bepaalde taken van (tand)artsen kan overnemen. Daarnaast suggereren ze wijkgezondheidscentra in de buurt om initiële opvang en doorverwijzing te faciliteren (Q3).

Tot slot rapporteren patiënten slechts beperkt de impact van financiële kosten op de toegang tot primaire gezondheidszorg. Waar enkele deelnemers aanhalen dat Belgische gezondheidszorg zeer toegankelijk is dankzij terugbetaling en het derdebetalerssysteem, ervaart een klein aantal deelnemers een tekort aan financiële steun betreffende zorgverlening. Zij melden dat ze hierdoor de gewenste frequentie van bepaalde zorg, zoals bezoeken aan de kinesist of psycholoog, verminderen.

4.2 Interpersoonlijke communicatie

Patiënten in de eerstelijnszone benoemen het belang van effectieve, eerlijke communicatie en duidelijke informatieverstrekking van zorgverleners. Zo hebben ze de verwachting dat zorgverleners de vertaalslag maken van medische terminologie naar begrijpbare informatie op maat van de patiënt. Naast communicatieve vaardigheden moeten zorgverleners ook respectvol zijn, aldus de patiënten. Respect wordt bereikt door empathisch te zijn, zorgvuldig om te gaan met patiëntgegevens en de privacy te bewaken. Patiënten ervaren pas empathie wanneer ze zich begrepen voelen doordat

zorgverleners de moeite doen om naar hen te luisteren, hen serieus te nemen. Zo meldt een participant een gevoel van opluchting toen ze eindelijk begrip ervaarde, na herhaaldelijke situaties van onbegrip (Q4).

Finaal rapporteren deelnemers het belang van betrokken te worden in het eigen zorgproces en zorgverleners die handelen naar hun voorkeuren. Hoewel de meerderheid het nodig vindt om betrokken te worden bij beslissingen in het zorgproces, vermoeden patiënten dat niet iedereen deze behoefte heeft. Ervaringen betreffende deze gedeelde besluitvorming variëren. Waar sommige patiënten tevreden zijn met de mate waarin ze mogen meebeslissen over hun zorgproces, stellen anderen de verwachting dat dit in de toekomst moet verbeteren (Q5).

4.3 Continuïteit en coördinatie

Patiënten rapporteren de nood aan efficiëntere systemen en procedures betreffende terugbetaling, ziekteattesten en (medicatie)voorschriften. Om de administratieve last te verlagen, geven ze de voorkeur om procedures voor terugbetaling bij de mutualiteit te standaardiseren en automatiseren. Ettelijke incidenten worden gerapporteerd betreffende digitale medicatievoorschriften. Patiënten vinden het lastig dat voorschriften geregeld niet in orde zijn, en zij geen zicht hebben op hetgeen wordt voorgeschreven. Daarnaast suggereren ze, gezien de lange wachttijden bij huisartsen, alternatieve manieren om ziekteattesten te verkrijgen, zoals via een verpleegkundige of telefonisch.

Binnen het zorgtraject ervaart het merendeel van de patiënten dat de huisarts fungeert als coördinator. Zij stellen de verwachting dat de huisarts effectief de spilfiguur vormt in het zorgproces. Dit houdt in dat deze doorverwijzing en opvolging faciliteert, en het totaalbeeld van de patiënt bewaakt (Q6). Echter ervaart een beperkt aantal patiënten de doorverwijsfunctie van de huisarts als een onnodige extra stap in het zorgproces. Verder verwachten patiënten dat continuïteit en coördinatie van zorg wordt bereikt door het faciliteren van effectieve samenwerking tussen zorgverleners binnen de verschillende zorgniveaus. Om deze samenwerking te verbeteren en een overkoepelend beeld te verkrijgen over de patiënt, suggereren patiënten om systematische interdisciplinaire overlegmomenten uit te voeren en een gedeeld elektronisch patiëntendossier te ontwikkelen. Tot slot melden bijna alle participanten dat ze over het algemeen een voorkeur hebben om steeds dezelfde zorgverleners te bezoeken, dit vanwege een therapeutische vertrouwensrelatie. Enkel in dringende omstandigheden krijgt de snelst beschikbare zorgverlener de voorkeur.

4.4 Alomvattendheid van aangeboden diensten

Deelnemers lijken een voldoende groot aanbod van diagnostische en curatieve zorgverlening te ervaren in eerstelijnszone Kemp en Duin. Daarnaast hechten ze veel belang aan een preventief aanbod. Maar ervaren ze dat dit specifieke aanbod zowel te beperkt als moeilijk te bereiken is. Een participant voegt hieraan toe dat deze preventieve zorgverlening voor de kwetsbare populatie, die amper tot geen gebruik maken van primaire zorgverlening, zeker tekort schiet (Q7).

In lijn met deze bevinding, heerst een zekere mate van onbekendheid met het volledige aanbod van geleverde zorg- en welzijnsdiensten van de eerstelijnszone, dit weerspiegelt zich bijvoorbeeld in een gevoel van radeloosheid bij een participant die niet weet welke instanties kunnen worden ingeschakeld na een ziekenhuisopname. Wat betreft individuele zorgverleners, ervaren patiënten over het algemeen wel de aanwezigheid van preventieve zorg en gezondheidsbevordering in de vorm van informatieverlening. Echter verwachten ze een meer stimulerende houding van zorgverleners betreffende preventieve onderzoeken, dit om aandoeningen te voorkomen (Q8).

4.5 Verwachtingen ten aanzien van zorgverleners

Patiënten in de eerstelijnszone verwachten van zorgverleners dat ze flexibel, betrokken, bekwaam, punctueel, te vertrouwen en vriendelijk zijn. Ze ervaren een gevoel van vertrouwen als de zorgverlener de indruk geeft te beschikken over de gepaste vaardigheden en kennis om de gezondheidstoestand van de patiënt te verbeteren. Tegenovergesteld vertellen participanten wantrouwen te ervaren wanneer zorgverleners de indruk scheppen niet de gepaste capaciteiten te hebben voor de uitoefening van het beroep. Vertrouwen in zorgverleners vormt bovendien een basis voor het delen van persoonlijke informatie en het nemen van beslissingen in het zorgproces, voornamelijk bij ernstige medische aandoeningen (Q9).

4.6 Patiënt gerapporteerde impact van zorg

Patiënt gerapporteerde impact van zorg geeft de mate waarin patiënten vertrouwen hebben in het primaire gezondheidssysteem weer. Patiënten in eerstelijnszone Kemp en Duin ervaren over het algemeen relatieve zekerheid en vertrouwen in de aanbieders van zorg. Slechts een beperkt aantal participanten melden dat ze weinig vertrouwen hebben, zij wijten dit meestal aan een enkele negatieve ervaring met (de toegang tot) primaire zorgverlening. Echter merken ze zelf op dat de steekproef voornamelijk uit gezonde participanten bestaat en vermoeden ze dat je vertrouwen in het systeem pas echt kan inschatten wanneer je meer uitgebreide zorgverlening ontvangt (Q10).

5 Discussie

De thematische analyse, die inductief gevonden subthema's deductief structureerde in hoofd- en kernthema's van het raamwerk van Wong en Haggerty, resulteerde in zes kernthema's die de ervaringen en verwachtingen van patiënten ten aanzien van zorg- en dienstverlening in hun eerstelijnszone beschrijven (13). Vijf kernthema's uit het raamwerk werden behouden in dit onderzoek; (1) 'toegankelijkheid', (2) 'interpersoonlijke communicatie', (3) 'continuïteit en coördinatie', (4) 'alomvattendheid van aangeboden diensten', (5) 'patiënt gerapporteerde impact van zorg'. Het zesde thema uit het initiële raamwerk, 'vertrouwen', werd uitgebreid in dit onderzoek tot (6) 'verwachtingen ten aanzien van zorgverleners'. Dit laatste thema omvat *bekwaamheid, betrokkenheid, flexibiliteit, punctualiteit, vriendelijkheid en vertrouwen* als onderliggende verwachtingen van patiënten ten aanzien van zorgverleners. Voornamelijk bekwaamheid werd vaak genoemd als belangrijke eigenschap. Dit betekent en bevestigt dat zorgverleners de nodige vaardigheden, kennis en competenties moeten hebben om patiënten adequaat te behandelen (3).

De bevindingen in dit onderzoek komen overeen met eerdere studies die uitwezen dat patiënten belang hechten aan een vlotte, directe toegang tot primaire gezondheidszorg (3, 15-18). Patiënten melden voornamelijk nood te hebben aan zorgverlening dichtbij huis, die vierentwintig op zeven te bereiken is, naargelang de urgentie van het probleem. Bovendien meldt ons onderzoek dat hoewel de bereikbaarheid van primaire zorgverleners in dringende omstandigheden acceptabel is, de wachttijden en bereikbaarheid in niet-dringende omstandigheden of buiten de reguliere werkuren minder positief worden ervaren. Waar in het huidige onderzoek verschillende ervaringen worden benoemd betreffende de invloed van financiële kosten op de toegang tot zorg, toont een literatuuronderzoek uit 2023 duidelijk aan dat *out-of-pocket* betalingen de toegang tot zorg ernstig belemmeren. Zij tonen aan dat patiënten in bepaalde landen de verwachting stellen dat de toegang tot primaire gezondheidszorg zelfs gratis moet zijn (3). Hoewel dit niet specifiek wordt benoemd in ons onderzoek, suggereren de positieve ervaringen met minimale kosten, de bezorgdheden over de kwetsbare populatie die moeilijk wordt bereikt en ervaringen met beperkte terugbetaling, waardoor zorg wordt uitgesteld, potentieel diezelfde verwachting.

Daarnaast omvatten de onderliggende thema's van het tweede kernthema 'interpersoonlijke communicatie' grotendeels dezelfde inhoud als deze van het raamwerk (13). Een studie uit 2003 toonde aan dat voornamelijk jongere patiënten en deze met een hoger economische status belang hechten aan waarheidsgetrouwe, uitgebreide informatieverlening en betrokkenheid bij beslissingen, terwijl oudere patiënten meer nood zouden hebben aan zorgverleners die beslissingen nemen in hun plaats (19). Dit komt niet volledig overeen met de bevindingen uit ons onderzoek, waar de gehele steekproef verwacht dat zorgverleners eerlijk communiceren, begrijpbare informatie verstrekken, respectvol omgaan met gegevens en hun betrekken in beslissingen omtrent het zorgproces. Daarnaast komt de nood aan empathie in de zorgverlening sterk naar voren. Volgens Wiseman bestaat empathie uit vier componenten, waarbij de persoon de wereld probeert te zien door de ogen van de ander, op een niet-veroordelende wijze probeert de emoties te begrijpen en hierover poogt te communiceren (20). Met dit in gedachten kan empathie in ons onderzoek wellicht gezien worden als het gevoel dat ontstaat wanneer zorgverleners proberen patiënten te begrijpen en hierover te communiceren door zich in te leven in hun situatie zonder te oordelen. Volgens Sampson et al. draagt empathie bovendien bij aan vertrouwen, openheid en bereidheid om bezorgdheden te delen (8). Dit lijkt ook in het huidige onderzoek het geval te zijn. Ten slotte benoemt het onderzoek van Pratiwi et al. het belang van een niet-discriminerende houding en inclusiviteit om een gunstige zorgervaring te

faciliteren (3). Waarschijnlijk werd dit onderwerp niet aangehaald in ons onderzoek omdat de kwetsbare populatie slechts beperkt tot niet werd bereikt.

Het derde thema uit het raamwerk 'continuïteit en coördinatie' wordt onderbouwd door de nood aan een coördinerende zorgverlener, efficiënte procedures en systemen voor terugbetaling, ziekteattesten en (medicatie)voorschriften, en samenwerking tussen zorgverstrekkers. Deze coördinerende zorgverlener wordt voornamelijk belangrijk geacht voor doorverwijzing, opvolging en het bewaren van het totaalbeeld van de patiënt. Echter ervaart een beperkt aantal deelnemers dat deze doorverwijsfunctie een onnodige extra stap vormt in het zorgproces. Vermoedelijk hebben zij het gevoel dat deze doorverwijsfunctie bijdraagt aan de lange wachttijden en patiëntenstops bij huisartsen, die meestal de rol van coördinator op zich nemen. Dit hangt samen met eerder onderzoek dat uitwees dat de tevredenheid van huisartsenzorg samenhangt met een groter aantal rechtstreeks toegankelijke zorgverleners (18). Pratiwi et al. voegen hieraan toe dat patiënten vaak onbegrip vertonen wanneer artsen doorverwijzing weerhouden, dit omwille van de onbekendheid met de poortwachtersfunctie van de huisarts (3). Daarnaast benadrukken onze bevindingen het belang van een gedeeld elektronisch patiëntendossier en systematische interdisciplinaire overlegmomenten om een overkoepelend beeld van patiënten te verkrijgen. Inzetten op samenwerking binnen interprofessionele eerstelijnssteams belooft namelijk gunstig te zijn voor patiënten, voornamelijk bij complexe zorgbehoeften (21). Het behouden van een langdurige relatie tussen zorgverlener en patiënt werd in een onderzoek uit 2005 als fundamenteel aspect van eerstelijnszorg benoemd en wordt zowel door ons onderzoek als door recente studies bevestigd (3, 5, 8, 17).

Opmerkelijk is dat het aanbod van preventieve diensten niet ter sprake komt in recent literatuuronderzoek, terwijl ons onderzoek het belang van preventieve gezondheidszorg sterk aantoonde (3). Een ouder systematisch literatuuronderzoek, uit 2003, benoemt dat voornamelijk jongere patiënten en personen met een hogere economische status belang hechten aan preventie in de vorm van zowel informatieverlening als onderzoeken (19). Patiënten uit de eerstelijnszone ervaren dat hier nog te weinig wordt op ingezet. Zowel de beschikbaarheid en/of bereikbaarheid van een preventief dienstenaanbod als de preventieve zorgverlening van individuele zorgverleners kan volgens hun beter. Zij verwachten dat ze actief worden aangezet tot en opgevolgd door zorgverleners betreffende preventie. Hoewel het belang hiervan duidelijk naar voren wordt geschoven, wijst het onderzoek niet volledig uit wat preventie precies betekent voor patiënten. Uit overleg met de eerstelijnszone blijkt bovendien dat een bepaald aanbod van preventieve zorgen de patiënten moeilijk lijkt te bereiken.

Een opvallende bevinding uit dit onderzoek is dat het thema 'patiënt gerapporteerde impact van zorg' aangeeft dat patiënten, ondanks de genoemde verbeterpunten, over het algemeen vertrouwen hebben in het primaire gezondheidszorgsysteem. Het is echter belangrijk op te merken dat de steekproef voornamelijk uit gezonde deelnemers bestond, waardoor een realistische inschatting pas mogelijk is wanneer ook patiënten met grotere zorgbehoeften worden betrokken. Bovendien meldt voorgaand onderzoek dat toegankelijkheid van zorg een belangrijke factor speelt in de mate waarin patiënten vertrouwen hebben in het gezondheidszorgsysteem (15). Opmerkelijk is dat bepaalde participanten, die een negatieve ervaring met toegang tot zorg hadden, dit argument ook gebruikten om hun gebrek aan vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem te staven. Daarnaast identificeerden Wong en Haggerty de hoofdthema's 'patiëntveiligheid' en 'patiënt activatie', die in onze kwalitatieve studie niet ter sprake kwamen (13). Nochtans zou het relevant zijn om 'patiënt activatie', dat het vermogen en de bereidheid van patiënten om gezond gedrag te vertonen omvat, mee te nemen bij het optimaliseren van de zorgverlening. Integratie van deze aspecten kan een realistischer beeld geven van de capaciteiten van patiënten en helpen bij het ontwikkelen van effectieve interventies en beleidsmaatregelen.

Sterktes en limitaties

Een belangrijke sterkte van het onderzoek is de flexibele methodologische benadering. Hoewel de oorspronkelijke intentie was om de resultaten volledig inductief te analyseren, bleek tijdens deze analyse dat de ervaringen van patiënten sterk overeenkwamen met bestaande, recente literatuur. Deze bevinding stelde de onderzoekers in staat om een bestaand raamwerk te identificeren dat de inductief gevormde subthema's grotendeels omvatte. Het gebruik van een bestaand raamwerk biedt

meer structuur en consistentie met de literatuur, wat de validiteit en betrouwbaarheid van de bevindingen vergroot. Bovendien legt het een solide basis voor het vervolgonderzoek, dat een kwantitatieve bevraging zal omvatten, door een duidelijk en onderbouwd theoretisch kader te bieden. Daarnaast werd de geloofwaardigheid van het onderzoek versterkt door gebruik te maken van verschillende methodologische benaderingen, namelijk focusgroepen en interviews.

Enkele limitaties betreffende de steekproefmethode moeten worden benoemd. In de focusgroepen in Genk en Bree voldeden drie mannelijke participanten niet aan de inclusiecriteria. Één woonde buiten de eerstelijnszone en twee van hen hadden de afgelopen zes maanden geen contact met een zorgverlener. In de focusgroep in As annuleerde een vrouwelijke participant haar deelname omwille van gezondheidsredenen van haar dochter. Het beperkt aantal deelnemers kan de betrouwbaarheid beïnvloeden. Aangezien in Bree initieel geen deelnemers werden gerekruteerd, werd de focusgroep uitgevoerd tijdens de lokale seniorenadviesraad, wat de resultaten kan vertekenen. Inspanningen werden gedaan om diversiteit in de steekproef te garanderen, dit door huisartsen na de eerste focusgroep aan te moedigen om ook maatschappelijk kwetsbare personen in de samenleving aan te moedigen tot deelname, gezien deze initieel slechts beperkt of niet aanwezig waren. Echter bestond de finale steekproef van de focusgroepen nog steeds voornamelijk uit hoogopgeleide, gezonde, gepensioneerde mannen. De interviews hadden meer variatie in leeftijd, opleidingsniveaus en beroepsstatus, maar deze omvatten enkel vrouwen.

Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek, klinische praktijk en beleid

Toekomstig onderzoek moet zich richten op het betrekken van een bredere, meer waarheidsgetrouwe steekproef. Dit door zowel kwetsbare personen te betrekken via relevante instanties, als door rekrutering via andere zorgverleners. Ook patiënten uit de resterende gemeente, Oudsbergen, moeten worden bevestigd. Daarnaast moet toekomstig onderzoek uitwijzen wat preventieve zorgverlening precies betekent voor patiënten en hoe dit aanbod op hun noden kan worden afgestemd. Vervolgonderzoek dient te worden verricht om de kwalitatieve bevindingen te kwantificeren voor de verschillende eerstelijnszones. Want het meten van de kwaliteit van primaire gezondheidszorg vanuit het perspectief van de patiënt is essentieel om verbeterpunten te definiëren en de impact van verandering te monitoren (13). Een eerste stap hierin is het selecteren of opstellen van een kwantitatieve bevraging die de inhoud van de gevormde kernthema's omvat. Wong en Haggerty bieden een overzicht van de publiek beschikbare instrumenten die de ervaringen van patiënten met primaire gezondheidszorg meten, maar benoemen dat geen enkele vragenlijst alle dimensies die belangrijk zijn voor patiënten omvat. Hun onderzoek richtte zich op het ontwikkelen van een nieuwe vragenlijst, gebaseerd op bestaande instrumenten. Echter benoemen zij zelf dat bepaalde thema's, zoals 'coördinatie' nog verder moeten worden ontwikkeld om een volledig begrip van patiëntenervaringen vast te leggen (13). Met het gekozen of opgestelde instrument moet vervolgens kwantitatieve data worden verzameld. Dit bij een steekproef die de gehele populatie van de desbetreffende eerstelijnszone weerspiegelt. Finaal kan deze data worden gebruikt om het beleidsplan vorm te geven.

Wat betreft de klinische praktijk moeten zorgverleners zich bewust zijn van het feit dat patiënten belang hechten aan specifieke kenmerken zoals bekwaamheid, betrokkenheid en te vertrouwen zijn. Daarnaast moeten zij blijven inzetten op preventieve zorgverlening op maat van de patiënt en patiënten betrekken in het besluitvormingsproces. Om een gepaste toegang tot individuele zorgverleners te voorzien, kunnen zorgverleners een afsprakensysteem ontwikkelen dat zowel inspeelt op de capaciteiten van patiënten als op de urgentie van het probleem.

Ook op beleidsniveau kunnen maatregelen worden genomen om de eerstelijnszones te optimaliseren. Het kwantitatieve vervolgonderzoek zal concreet uitwijzen welke elementen van het beleid moeten worden aangepakt. Echter lijken de patiëntenervaringen uit deze studie reeds te impliceren dat beleidsmakers in de toekomst moeten inzetten op het verbeteren van de toegang tot zorg buiten de reguliere werkuren, het preventieve zorgverleningsaanbod beter moeten afstemmen op de patiënt en samenwerking tussen zorgverleners verder moeten realiseren door bijvoorbeeld een effectief gedeeld elektronisch patiëntendossier (over de verschillende zorgniveaus heen) te voorzien.

6 Conclusie

Terwijl eerstelijnszones sinds 2019 pogen de primaire zorgverlening in Vlaanderen toegankelijker en meer patiëntgericht te maken, bestaat nog weinig onderzoek dat de patiëntenervaringen binnen deze zones exploreert. De bevindingen uit dit onderzoek suggereren dat patiënten een vlotte toegang tot vertrouwde zorgverleners dichtbij huis ervaren in dringende omstandigheden. Echter ervaren zij geregeld lange wachttijden in niet-urgente omstandigheden en zijn primaire zorgverleners buiten de traditionele werkuren minder vlot te bereiken. Wat betreft interpersoonlijke communicatie, dragen eerlijke communicatie, begrijpbare informatieverlening en empathie bij aan positieve ervaringen met zorgverleners. Alle participanten vinden relationele continuïteit, waarbij ze steeds dezelfde zorgverlener zien, belangrijk.

Patiënten stellen de verwachting van een betere toegang tot primaire zorg buiten de reguliere werkuren, efficiënte procedures en systemen voor terugbetaling, ziekteattesten en (medicatie)voorschriften, verdere inzet op gedeelde besluitvorming en een zorgverlener die effectief de spilfiguur vormt in het zorgproces. Daarnaast verwachten ze dat de eerstelijnszone hun aanbod van preventieve diensten meer afstemt op de noden van de patiënt en moeten ze samenwerking faciliteren. Bekwaam, betrokken, flexibel, punctueel, te vertrouwen en vriendelijk zijn, zijn essentiële kenmerken van zorgverleners, aldus patiënten. Suggesties worden gedaan om meer in te zetten het herverdelen van taken bij zorgverleners, zoals mondhygiënist en verpleegkundigen taken laten overnemen van (tand)artsen, of het inzetten op wijkgezondheidscentra voor initiële opvang en doorverwijzing, om wachttijden van drukbezette artsen te reduceren. Daarnaast suggereren patiënten dat een effectief gedeeld elektronisch patiëntendossier en interdisciplinaire overlegmomenten kunnen bijdragen aan effectieve samenwerking en betere kwaliteit van zorg. Desondanks de benoemde verwachtingen en suggesties, lijken de patiënten een algemeen gevoel van vertrouwen in het primaire gezondheidszorgsysteem van hun eerstelijnszone te ervaren.

TABEL 1 Socio-demografische karakteristieken van participanten

Karakteristieken	Genk n(9)	As n(3)	Bree n(11)	Int. n(8)	Totaal n(31)
Geslacht					
Vrouw	1	2	3	8	14
Man	8	1	8	0	17
Leeftijd					
18 – 29 jaar	0	0	0	2	2
30 – 44 jaar	0	1	0	2	3
45 – 59 jaar	1	1	1	3	6
60 – 75 jaar	7	1	4	1	13
76 – ... jaar	1	0	6	0	7
Diploma					
Secundair diploma	0	0	4*	4	8*
Specifieke beroepsopleiding (HBO5)	1	0	1*	0	2*
Bachelor diploma	3	2	4*	4	13*
Master diploma	5	1	1*	0	7*
Beroepsstatus					
Student	0	0	0	1	1
Werkzoekende	1	0	0	0	1
Actief werkend	3	2	1	5	11
Gepensioneerd	5	1	10	1	17
Langdurig in ziektewet	0	0	0	1	1
Woonplaats					
Genk	8	0	0	3	11
As	0	3	1	2	6
Bree	0	0	10	1	11
Zutendaal	0	0	0	2	2
Oudsbergen	0	0	0	0	0
Hasselt	1	0	0	0	1
Geloofsovertuiging					
Niet gelovig	2	1	2*	*	5*
Christendom	7	2	6*	*	15*
Aantal hulpverleners waarmee contact (laatste 6 maanden)					
0 hulpverleners	1	0	1*	*	2*
2 hulpverleners	3	1	4*	*	8*
3 hulpverleners	3	1	2*	*	6*
4 hulpverleners	1	0	0*	*	1*
5 hulpverleners	0	1	0*	*	1*
>5 hulpverleners	1	0	2*	*	3*
Type hulpverlener contact (laatste 6 maanden)					
Apotheker	8	3	8*	*	19*
Huisarts	9	3	8*	*	20*
Thuisverpleegkundige	1	0	1*	*	2*
Kinesist	3	1	2*	*	6*
Tandarts	1	0	2*	*	3*
Diëtist	1	0	0*	*	1*
Coach	0	0	1*	*	1*
In welke mate was u in de afgelopen 6 maanden tevreden over de kwaliteit van de geleverde zorg georganiseerd in uw buurt in het algemeen? (1 – niet tevreden, 5 – zeer tevreden)					
1	0	0	0*	*	0*
2	0	1	0*	*	1*
3	0	1	0*	*	1*
4	2	1	3*	*	6*
5	7	0	6*	*	13*
In welke mate was u in de afgelopen 6 maanden tevreden over de kwaliteit van de geleverde zorg door de hulpverleners waarmee u in contact kwam? (1 – niet tevreden, 5 – zeer tevreden)					
1	0	0	0*	*	0*
2	0	0	0*	*	0*
3	0	0	0*	*	0*
4	2	3	2*	*	7*
5	7	0	7*	*	14*

*Ontbrekende waardes

TABEL 2 Quotes ter illustratie van de resultaten

Q1	Verder vind ik ook dat de bereikbaarheid voor eerstelijnszorg, met name de huisartsen, na 19 uur beter kan. Wetende dat de huisartsenwachtposten in de toekomst gaan verminderen, waardoor mensen in het weekend en in de avond verre afstanden gaan moeten afleggen voor medische zorgen. Wij Belgen staan erom bekend een van de beste sociale vangnetten van de wereld te hebben maar ik merk dat zich dat niet vertaalt naar toegankelijkheid 's avonds of in het weekend. <i>(vrouw, 46j, interview)</i>
Q2	Want nu word je er op den duur onrustig over. Zal ik iemand kunnen aanspreken op het moment dat ik het nodig heb? Omdat het zo zoeken is, omdat er zo weinig aanbod is ten opzichte van de vraag die er is, dus daar zit echt een onevenwicht. <i>(vrouw, 43j, focusgroep)</i>
Q3	Ik weet in sommige landen, daar is een soort wijkverpleging, daar doen ze de eerste opvang van patiënten he, en die maken dan nog eventueel een selectie van kijk, wij kunnen u helpen. Iemand die gevallen is en die een paar open wonden heeft, die hoeft eigenlijk niet naar een dokter te gaan, die kan door een verpleegkundige geholpen worden en die kan dan eventueel nog een selectie maken of het wel nodig is dat ge verder gaat. En dat die dan ook eventueel de weg voorbereidt. <i>(man, 70j, focusgroep)</i>
Q4	En dat vond ik dus eigenlijk in heel mijn verhaal, in heel mijn zoektocht, was dat voor het eerst dat ik me precies zo honderd procent begrepen voelde. En dat vond ik wel heel belangrijk zo, dat die arts en die medewerkster, wie een biomedisch geschoold iemand was, echt de tijd namen. Het gesprek daarmee, het au sérieux genomen worden, dat was toch wel heel belangrijk, want ge stoot echt wel op muurtjes van onbegrip he. <i>(vrouw, 57j, focusgroep)</i>
Q5	Ja, die zelfbeschikking, dat is een mooi principe, dat in heel wat missie- en visieverklaringen mee is opgenomen, maar in de praktijk zie ik er weinig van. In mijn praktijk heb ik het te weinig ervaren. Maar heb aandacht voor de zelfbeschikking, maak uw patiënt ook partner in het verhaal he. <i>(man, 64j, focusgroep)</i>
Q6	Specifiek naar mijn situatie, wanneer ik het wil enten op het vlak van wat ik anders zou willen zien in de benadering, is dat iemand de rol van generalist opneemt. De zaken bij elkaar houdt, ook goed monitort, opvolgt en bespreekt ook. Iemand die het totaalbeeld heeft en die vanuit dat totaalbeeld wat doet, en voor wat mij betreft is dat de huisdokter die die rol moet opnemen. <i>(man, 64j, focusgroep)</i>
Q7	En wat gebeurt er dan met diegene die nooit naar de dokter gaan, die hebt ge ook nog rondlopen he. Die hebben preventie vaak nog meer nodig dan iemand die regelmatig gaat he. Tot die achterover valt, en dan, dan is het te laat he. Ahja, daar kan de dokter niet aan doen he. <i>(man, 62j, focusgroep)</i>
Q8	Wat ik in mijn omgeving zie, dat zijn leeftijdsgenoten, die nog nooit op die brug hebben gestaan. Ja, maar die dan in ene keer tot de vaststelling komen, ja, telaat. Ja en ik vind dat de huisarts daar ook een functie of een rol in kan spelen, met mensen ertoe aan te zetten, ja. Misschien niet actief, maar in ieder geval passief, mensen aan te zetten van <i>Jong, laat dat onderzoek eens doen</i> . <i>(man, 69j, focusgroep)</i>
Q9	Voor mij is het heel belangrijk, een sfeer van vertrouwen. Ja essentieel eigenlijk, de klik met de huisarts toch wel. Want lange tijd is het, ja zijn het de gewone kwaaltjes waar ge voor langsgaat. Maar als het dan wat ernstiger wordt, is dat toch wel heel belangrijk, dat ge, dat ge voelt van allee ja, ze willen mij echt helpen. <i>(vrouw, 57j, focusgroep)</i>
Q10	Ge weet pas, als ge echt iets aan de hand hebt hoe het loopt he, als ge vrij gezond zijt en ge hebt gewone dingen, ja dan zal dat wel allemaal goed lopen, maar ge weet pas als ge echt iets aan de hand hebt waar de mankementen zitten natuurlijk. Het feit dat er niet veel uitkomt is een teken dat we allemaal een goede gezondheid hebben denk ik. Anders zijt ge niet bij de seniorenbond. <i>(vrouw, 58j, focusgroep)</i> Of dat we content zijn van de zorgverlening. <i>(man, 86j, focusgroep)</i>

7 Erkenning

Dit onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van Eerstelijnszone Kemp en duin. Onze oprechte dank gaat uit naar de collega's van de eerstelijnszone, met name Katrijn Haers en Dr. Kaat Ieven, voor het delen van hun expertise over de eerstelijnszone, hun tijd en deelname aan de focusgroepen, en hun bereidheid tot voortdurende samenwerking. Daarnaast willen wij alle deelnemers hartelijk bedanken voor het delen van hun waardevolle ervaringen. Een bijzondere dankbetuiging gaat uit naar de begeleider, Kevin Berben, en promotor, Prof. dr. Jochen Bergs. Hun kritische blik, motiverende en toegankelijke aanpak hebben wezenlijk bijgedragen aan de kwaliteit van dit project. Dankzij hun vertrouwen kon de academische groei en zelfontplooiing van de beginnende onderzoeker worden gerealiseerd.

8 Referenties

1. World Health Organization. Transitions of care. Geneva: World Health Organization; 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252272>
2. Louw JM, Marcus TS, Hugo JFM. Patient- or person-centred practice in medicine? - A review of concepts. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2017;9(1):e1-e7.
3. Pratiwi AB, Padmawati RS, Mulyanto J, Willems DL. Patients values regarding primary health care: a systematic review of qualitative and quantitative evidence. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):400.
4. De Rop J. CS, Schraepen P., Derudder B., Voets J. Levende krachten en ontwikkelingen in de regio. In: Beleidsdomein Welzijn VeG, editor. Leuven2023.
5. Fan VS, Burman M, McDonnell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med*. 2005;20(3):226-33.
6. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract*. 2013;63(616):e742-50.
7. Lega F, Mengoni A. Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy*. 2008;88(2-3):326-38.
8. Sampson R, Cooper J, Barbour R, Polson R, Wilson P. Patients' perspectives on the medical primary-secondary care interface: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open*. 2015;5(10):e008708.
9. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-51.
10. Matua GA, Van Der Wal DM. Differentiating between descriptive and interpretive phenomenological research approaches. *Nurse Res*. 2015;22(6):22-7.
11. Clarke V, Braun V. *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*2013.
12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-57.
13. Wong ST, & Haggerty J. Measuring patient experiences in primary health care: a review and classification of items and scales used in publicly-available questionnaires. Faculty Research and Publications R, Centre for Health Services and Policy Research (CHSPR). 2013.
14. Lincoln Y GENINP, CA: Sage Publications. 1985.
15. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Room for improvement: patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms. *Can Fam Physician*. 2007;53(6):1057, 2001:e.1-6, 1056.
16. Sebo P, Herrmann FR, Bovier P, Haller DM. What are patients' expectations about the organization of their primary care physicians' practices? *BMC Health Serv Res*. 2015;15:328.
17. Schäfer WLA, Boerma WGW, Schellevis FG, Groenewegen PP. GP Practices as a One-Stop Shop: How Do Patients Perceive the Quality of Care? A Cross-Sectional Study in Thirty-Four Countries. *Health Serv Res*. 2018;53(4):2047-63.
18. Kroneman MW, Maarse H, van der Zee J. Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study. *Health Policy*. 2006;76(1):72-9.
19. Jung HP, Baerveldt C, Olesen F, Grol R, Wensing M. Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. *Health Expect*. 2003;6(2):160-81.
20. Wiseman T. A concept analysis of empathy. *J Adv Nurs*. 1996;23(6):1162-7.
21. Mulvale G, Embrett M, Razavi SD. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract*. 2016;17:83.

9 Bijlagen

Bijlage 1 Interviewgids – voorzijde

Als inleiding wordt de focus, het onderwerp van het gesprek geschetst:

Op dit moment doen wij onderzoek naar de kwaliteit van de eerstelijnszorg in de zone As, Bree, Genk, Oudsbergen en Zutendaal. Met eerstelijnszorg bedoelen we de rechtstreeks toegankelijke, lokale zorg die kort bij de patiënt staat. Wij zijn op zoek naar patiënten die iets kunnen vertellen over hoe ze de organisatie van de eerstelijnszorg in deze regio's ervaren, zodat we hiervan kunnen leren.

Om te kunnen leren doen we vandaag dus deze focusgroep. We nemen hier ongeveer een uur de tijd voor en stellen tijdens de focusgroep een aantal vragen. Halverwege de focusgroep onderbreken we mogelijk even kort (afhankelijk van de nood en de flow van de focusgroep).

- We gaan het vandaag vanuit een helikopterperspectief kijken naar de zorgverlening, dus probeer goed vanuit een breed perspectief naar de organisatie van zorgverlening te kijken
- Het gaat om jullie persoonlijke ervaringen, ideeën, meningen (wat jullie belangrijk ervaren);
- Er zijn geen goede of foute antwoorden;
- Jullie hoeven het niet met elkaar eens te zijn;
- Het gaat erom wat jij persoonlijk vindt en waarom jij dat zo vindt;
- Het is goed als jullie zoveel mogelijk onderling discussiëren;
- Ik ben er alleen om het tempo erin te houden en af en toe te sturen;
- Collega Kevin is er om nota's te nemen;
- We vragen de toestemming om de focusgroep op te nemen op audio;
- Er wordt nadien een anoniem verslag gemaakt van de bijeenkomst;
- Bij belangstelling geven we graag een terugkoppeling in een verslag.

Hebben jullie nog vragen vooraleer we beginnen?

Indien deelnemers geen vragen meer hebben, nu vragen of deelnemers instemmen met opname!

Ijsbreker:

Jullie mogen mij kort allemaal vertellen wie de laatste zorgverlener was waar je contact mee had, zonder daarover verder in detail te treden

Na de inleiding stelt de interviewer zijn/haar openingsvraag:

Neem mij eens mee in het laatste contact dat u had met een hulpverlener hier in de buurt. Hoe hebt u dat contact ervaren?

Er worden vragen gesteld om het verhaal van de participant te verdiepen:

1. Kunt u daar iets meer over vertellen?
2. Hoe heeft u dit ervaren?
3. Wat betekende dat voor u?
4. Op welke manier bent u daarmee omgegaan?
5. Kunt u daar een voorbeeld van geven?
6. ...

Er worden verbredende onderwerp-specifieke vragen gesteld als de participant niet meer spontaan andere elementen inbrengt:

Hier kunnen onderwerpspecifieke vragen gesteld worden.

1. Hoe ervaren jullie de toegankelijkheid (toegang) tot de zorgverleners in jullie buurt?
2. Hoe ervaren jullie de samenwerking tussen de zorgverleners in jullie buurt?
3. Hoe ervaren jullie het uitwisselen van informatie tussen de zorgverleners in jullie buurt?
4. Hoe ervaren jullie de communicatie tussen de zorgverleners in jullie buurt?
5. Wat zou er op vlak van (de organisatie van de) dienst -en hulpverlening in uw buurt nog verbeterd kunnen worden?
6. Op vlak van uitdagingen, waar dient de hulpverlening in uw buurt (nog) beter mee rekening te houden zodat ze klaar zijn voor de toekomst?
7. In welke mate ervaren jullie het gevoel dat jullie mee kunnen of mogen beslissen over jullie zorg?
8. In welke mate ervaren jullie dat jullie inspraak hebben in jullie behandeling?
9. In welke mate ervaren jullie dat jullie goed geïnformeerd worden?
10. Welke zorgnoden ervaren jullie nog op dit moment die bij jullie in de buurt onvoldoende kunnen behandeld worden?
11. Wat is uw mening over het feit dat de hulpverleners in uw buurt zich in 2020 gegroepeerd hebben in één eerstelijnszone?
12. Welke verwachtingen hebt u naar de zorgverlening in uw buurt in de (nabije) toekomst?

Hypothetische vragen:

1. Stel, hypothetisch, dat je huisarts op pensioen gaat. Welke dingen zijn voor jou dan belangrijk bij het kiezen van een nieuwe huisarts?
 2. Wat zou je graag verbeterd zien in de communicatie tussen zorgverleners?
 3. Waar zou je graag meer inspraak hebben?
 4. Ik hoor dat jullie overwegend positief zijn over het contact met de huisarts/de apotheker/..., we zullen samen eens het proces van een consultatie overlopen.
 - Bellen / online afspraak (wat zou hier verbeterd kunnen worden?)
 - Wachten op afspraak (wat heb je hier in tussentijd nodig?)
 - Wachtzaal (wat zou hier kunnen verbeteren?)
 5. Wat is er tijdens een consultatie nodig om buiten te gaan met een goed gevoel?
-

Bijlage 2 Overzicht van subthema's en hoofdthema's resulterende in een kernthema

Subthema	Hoofdthema	Kernthema
Afsprakenplanning en bereikbaarheid Nood aan vertrouwde zorgverlener dichtbij huis Herverdelen van taken om bereikbaarheid te verbeteren Beperkte tijd voor zorgvrager door drukte Keuzevrijheid zorgverlener Toegankelijkheid primaire zorgverleners buiten reguliere werkuren Toegankelijkheid primaire zorgverleners in dringende omstandigheden Wachttijden, beschikbaarheid primaire zorgverleners Beperkingen van toegang tot zorgverlening door financiële kosten Financieel toegankelijke primaire zorgverlening	Accommodatie Bereikbaarheid van het primaire contact Economische toegankelijkheid	Toegankelijkheid
Belang van effectieve, eerlijke communicatie door zorgverleners Nood aan duidelijke, begrijpbare informatie door zorgverleners Nood aan empathie in zorgverlening Nood aan privacy en gegevensbescherming Regie over de eigen gezondheid in handen nemen Weinig nood aan inspraak in zorgtraject Wens tot betrokken worden in besluitvorming Handelen volgens voorkeuren en persoonlijke noden patiënt	Algemene communicatie Respect Shared decision making Voorkeuren patiënt	Interpersoonlijke communicatie
Nood aan eenduidig, efficiënte procedure voor terugbetaling Nood aan efficiënt systeem voor ziekteattest Opmerkingen omtrent (digitale) (medicatie)voorschriften Nood aan effectief gedeeld elektronisch patiëntendossier Duidelijke rol van huisarts als coördinator Gebrek aan overkoepelend beeld over patiënt bij zorgverleners Voorkeur om steeds dezelfde zorgverlener te hebben In dringende omstandigheden tevreden met snel beschikbare zorgverlener Samenwerking en communicatie tussen zorgverleners	Administratie Continuïteit van informatie Coördinatie Relationele continuïteit Team functioneren	Continuïteit en coördinatie
Preventief aanbod Diagnose en behandelaanbod Onbekendheid met volledige aanbod geleverde gezondheids- en welzijnsdiensten Nood aan preventief aanbod van zorgverleners Aanwezige preventieve zorgverlening door individuele zorgverleners	Aangeboden diensten Gezondheidsbevordering en primaire preventie	Alomvattendheid van aangeboden diensten
Bekwaamheid Betrokkenheid Flexibiliteit Tijdigheid, punctualiteit Vertrouwen Vriendelijkheid	Bekwaamheid Betrokkenheid Flexibiliteit Tijdigheid, punctualiteit Vertrouwen Vriendelijkheid	Verwachtingen ten aanzien van zorgverleners
Vertrouwen in het primaire gezondheidszorgsysteem	Vertrouwen in het primaire gezondheidszorgsysteem	Patiënt gerapporteerde impact van zorg