

DE BURGER-HUISARTSRELATIE IN EEN VERANDERENDE SAMENLEVING

EEN KWANTITATIEF ONDERZOEK NAAR DE RELATIE TUSSEN BURGER EN HUISARTS ONDER INVLOED VAN
MAATSCHAPPELIJKE PROCESSEN



ANNE CHRISTINE MAKINJE

DE BURGER-HUISARTS RELATIE IN EEN VERANDERENDE SAMENLEVING

Masterthesis

Anne Christine Makkinje

Studentennummer 5489156

Universiteit Utrecht

Faculteit Sociale Wetenschappen

Master Sociology: Contemporary Social Problems

Eerste lezer: Joyce Delnoij

Tweede lezer: Leonard van 't Hul

Stageorganisatie: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Stagebegeleider: Margriet van Bokhorst

Datum: 28-06-2019



Universiteit Utrecht



VOORWOORD

Voor u ligt mijn masterscriptie over de relatie tussen burger en huisarts in een veranderende samenleving. Het vormt de afsluiting van mijn master *Sociology: Contemporary Social Problems* aan de Universiteit Utrecht. Tijdens mijn stage bij de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving heb ik de kans gekregen om deze scriptie te schrijven. De afgelopen vijf maanden bij de RvS zijn erg leerzaam geweest, zowel op academisch als persoonlijk vlak.

Toen mij werd gevraagd om mij bezig te houden met hoe de relatie tussen burger en huisarts eruit zag in onze huidige samenleving, raakte ik direct enthousiast. En dit enthousiasme is er, met soms een kleine dip, tot het einde in gebleven. Niet alleen bij mij, maar ook in mijn omgeving. Iedereen heeft een huisarts en daarmee ook een mening over hem of haar. Er was zelfs zo veel enthousiasme dat het uiteindelijke product een stuk groter is geworden dan dat ik, mijn scriptie begeleider, stage begeleider en de mensen om mij heen, van tevoren hadden bedacht. Aan motivatie in ieder geval geen gebrek. Ik geloof dat uit al ons enthousiasme een prachtig en interessant eindproduct is gekomen.

Zoals uit bovenstaande blijkt, ben ik zeker niet alleen geweest de afgelopen maanden. Allereerst wil ik de RvS bedanken. Niet alleen voor het laten zien hoe mooi het is om je in te zetten voor de Nederlandse samenleving en de zorg, maar ook voor de open armen waarmee jullie mij hebben ontvangen. Het ontroerd me hoe betrokken jullie zijn geweest. Dank daarvoor. In het bijzonder wil ik hier graag Margriet Bokhorst noemen, voor de kansen die zij me heeft gegeven, Aletta Winsemius, voor haar inzet en betrokkenheid, en als laatste Jeanine Graaff, voor de gezelligheid op kantoor.

Ook wil ik graag Joyce Delnoij bedanken, mijn scriptiebegeleider, voor haar kritische blik en constructieve feedback. Ook gaat dank uit naar Henrik Keijer, de onvermoeide ouder die zelfs in de Franse zon tijd wilde vrijmaken voor mijn vragen, onzekerheden en plotselinge ingevingen. Fleur Doorman en Jasper Makkinje wil ik graag bedanken voor hun geduld en lieve woorden. Dankzij jullie heb ik zelfs de, in mijn ogen, grootste berg kunnen verzetten. Als laatste wil ik studieceterum De Drie Uilen bedanken, voor de koffie, de gezelligheid en het vertrouwen. Met enthousiasme en motivatie kom je ver, maar door vertrouwen kun je dit blijven opbrengen.

Ik wens u veel leesplezier.

Anne Christine Makkinje

Den Haag, 28 juni 2018

SAMENVATTING

Door langdurige maatschappelijke processen is de Nederlandse huisartsenzorg sterk in beweging. Verschillende veranderingen, zoals de invoer van de marktwerking, de doorbraak van het Internet in het dagelijks leven en de steeds mondiger wordende burger, leiden ertoe dat de relatie tussen burger en huisarts verandert.

In het huidige onderzoek is onderzocht hoe maatschappelijke processen van invloed zijn op verschillende aspecten van de relatie tussen burger en huisarts. Een theoretische studie is uitgevoerd om inzicht te verkrijgen in de maatschappelijke processen die zich afspelen in de samenleving en in de verschillende aspecten die van belang zijn in de relatie tussen burger en huisarts. Voor de maatschappelijke processen is er uitgegaan van de vijf i's van Schnabel (2004): individualisering, informalisering, informatisering, internationalisering en intensivering. Deze processen spelen niet in isolatie af, maar houden verband met elkaar. Wat betreft de aspecten van de burger-huisarts relatie is er uitgegaan van de categorieën opgesteld door Lings et al. (2003): interactie, persoonlijke impact en vertrouwen in professionaliteit. Onder deze categorieën vallen verschillende aspecten. Ook hiervoor geldt dat de aspecten niet in isolatie zich afspelen, maar door elkaar beïnvloed worden. Door te kijken naar de processen en aspecten naast elkaar, kan er beter inzicht komen in hoe deze verbanden zich tot elkaar verhouden.

Door middel van een enquête onder inwoners van Nederland is gekeken in hoeverre de macroprocessen zoals beschreven door Schnabel (2004) terug te vinden zijn op individueel niveau. Vervolgens is onderzocht hoe de beïnvloeding door maatschappelijke processen impact heeft op de ervaringen die burgers hebben in het contact met de huisarts. In andere woorden, er wordt gekeken naar hoe processen op macroniveau invloed hebben op individuele ervaringen op microniveau.

Op basis van de verkregen data kan geconcludeerd worden dat alle processen, op individualisering na, een duidelijke impact hebben op de verschillende componenten van de relatie tussen burger en huisarts. Het voornaamste resultaat was dat internationalisering een sterk negatief effect heeft op ervaringen van burgers in het contact met de huisarts en dat informalisering een sterk positief effect heeft op deze ervaringen. Op basis van deze bevindingen zijn er twee aanbevelingen gedaan. Hierbij is gedacht vanuit de kernwaarden en –taken van de huisartsenzorg. Ten eerste kan het beleid rondom multiculturele zorg meer inspelen op de groep burgers van Nederland die zich hier niet permanent vestigen, zoals expats en internationale studenten. Dit kan bijdragen aan het bieden van persoonsgerichte en continue zorg voor deze groep. Dit kan meer vertrouwen kweken voor deze groep in het Nederlandse zorgsysteem. Ten tweede wordt reformalisering van de omgang tussen burger en huisarts aangemoedigd. Dit houdt in dat sociale gelijkheid tussen beide partijen wordt gehandhaafd en tegelijkertijd professionele en sociale grenzen worden bewaakt. Dit geeft kwetsbare burgers meer ruimte voor veiligheid en vertrouwen in het contact met de huisarts, wat uiteindelijk bijdraagt aan het kunnen bieden van continue zorg. Het nastreven van de kernwaarden en –taken zorg uiteindelijk voor betere gezondheidsuitkomsten.

Voorwoord.....	3
Samenvatting.....	4
1. Introductie	7
1.1 Algemene introductie	7
1.2 Onderzoeksdoel en Vraagstelling	8
1.3 Maatschappelijke relevantie.....	9
1.4 Wetenschappelijke relevantie	10
1.5 Leeswijzer	11
2. Contextueel Kader	12
2.1 Huisarts door de jaren heen	12
2.2 Huisarts in huidige samenleving	14
2.3 Kwetsbare burgers in de huidige samenleving	16
3. Literatuurstudie	18
3.1 Maatschappelijke processen.....	18
3.2 Aspecten patiënt-dokter relatie.....	25
3.3 Aspecten patiënt-huisarts relatie in het licht van maatschappelijke ontwikkelingen	38
4. Methodologie	50
4.1 Respondenten.....	50
4.2 Operationalisering	51
4.3 Procedure.....	58
4.4 Data analyse.....	60
4.5 Ethische overwegingen	61
5. Resultaten.....	62
5.1 Kernstatistiek	62
5.2 Resultaten	66
6. Discussie.....	81
6.1 Conclusie.....	81

6.2 Discussie.....	82
6.3 Validiteit.....	88
6.4 Limitaties.....	89
7. Beleidsadviezen	90
7.1 Focus op expats en internationale studenten	90
7.2 Informele omgang loont	93
Bronnen	95
Bijlage A: Kernwaardenkaart	108
Bijlage B: Kerntakenkaart	109
Bijlage C: Overzicht hypothese sets.....	110
Bijlage D: Aanvullingen respondenten op enquête	111
Bijlage E: Cronbach's alfa.....	115
Bijlage F: Informatieformulier begin enquête	116
Bijlage G: Overzicht wijken Nextdoor Platform	117
Bijlage H: Correlatiematrix onafhankelijke variabelen	118
Bijlage I: Spreidingsmatrix onafhankelijke variabelen	119
Bijlage J: VIF-waarden onafhankelijke variabelen	120
Bijlage K: hypothese aannames.....	121
Bijlage L: Tentkaart NIVEL (NIVEL, 2018)	122
Bijlage M: Fotostrips (Koop van 't Jagt, 2016)	123

1. INTRODUCTIE

1.1 ALGEMENE INTRODUCTIE

De Nederlandse gezondheidszorg is de laatste jaren meer dan ooit in beweging. De versnelde maatschappelijke processen beïnvloeden de gehele zorgsector. Ook in de huisartsenzorg zijn deze veranderingen merkbaar. De relatie tussen burgers en huisartsen komt met enige regelmaat in het nieuws (Delsink, 2019; Vermeulen, 2017; Steenbergen, 2016; Hoek, 2015). Door een veranderende samenleving komen de burger en huisarts in een andere relatie tot elkaar. Een interessante blik op deze veranderende relatie is die vanuit de burger. Alle Nederlandse inwoners hebben een huisarts en hebben allemaal hun eigen unieke ervaringen. Wat zijn de verwachtingen en belevingen van de burger over de huisarts in de huidige, veranderende samenleving?

Het doel is om het begrip van huisartsen en betrokken professionals op de verwachtingen en belevingen van burgers in de relatie met de huisarts te vergroten. Maatschappelijke processen kunnen de oorzaak zijn van deze veranderende verwachtingen en ervaringen. In dit onderzoek ga ik uit van de vijf i's van Schnabel (2004): individualisering, informalisering, informatisering, internationalisering en intensivering. Door het blootleggen van de verbanden tussen deze processen en aspecten van de patiënt-huisartsrelatie ontstaat een beter beeld over de relatie vanuit het patiëntperspectief. Dit kan de relatie tussen beide partijen verbeteren met als uiteindelijk doel een verbetering in de gezondheidsuitkomsten van patiënten.

In dit onderzoek gebruik ik zowel de term patiënt als burger. De term patiënt gebruik ik alleen voor de burger die zich tot de zorg wendt. De term burger omvat ook degenen die zorg vooral als kostenpost zien, en/of vooral zelf hun zorgbehoefte willen regisseren, zonder zich te wenden tot de reguliere gezondheidszorg. Ook is in dit onderzoek gekozen om de relatie tussen burger/patiënt en huisarts aan te duiden als burger/patiënt-huisartsrelatie in plaats van huisarts-patiëntrelatie omdat de focus van dit onderzoek op het perspectief van de burger/patiënt ligt.

Street Jr., Makoul, Arora & Epstein (2008) laten zien dat een sterke relatie tussen patiënten en zorgverleners een therapeutische werking kan hebben en de gezondheid van de patiënt kan beïnvloeden op twee manieren. Ten eerste wordt het emotioneel welzijn van de patiënt bevordert doordat hij of zij voelt dat iemand zorgzaam is, hen begrijpt en het gevoel geeft niet alleen te zijn. Ten tweede zorgt een goede relatie voor vertrouwen in zorgprofessionals en het zorgsysteem. De huisarts vervult een poortwachtersrol in het Nederlandse zorgsysteem en is dus vaak de eerstehulpverlener waar burgers bij terecht komen met hun zorgvraag. Vertrouwen in zorgprofessionals en het zorgsysteem begint dus bij een goede relatie met de poortwachter. Effectieve communicatie is essentieel in deze relatie.

De blik van de burger op de huisarts is niet samen te vatten in één perspectief. Dit komt omdat zowel “de burger” als “de huisarts” niet slechts één persoon zijn. Burgers hebben allemaal hun eigen unieke situaties en problemen, die elk hun eigen blik beïnvloeden. Waar de ene burger zelf de regie in handen wil houden, wil de andere juist zijn zorgen bij de huisarts kunnen leggen (Van Rijen & Van Der Kraan, 2004). Wat zij wel allemaal gemeen hebben is dat ze leven in een veranderende maatschappij welke bewust en onbewust invloed heeft op hun relatie met de huisarts.

1.2 ONDERZOEKSDOEL EN VRAAGSTELLING

Met dit onderzoek wil ik concreet inzicht verschaffen in de verwachtingen en ervaringen van burgers en patiënten ten opzichte van de huisarts. Inzicht kan de burger/patiënt en huisarts helpen om de hulpverleningsrelatie te verbeteren, met gezondheidswinst als gevolg. Ik verschaf dit inzicht door een analyse van de impact van maatschappelijke processen en aspecten van de burger/patiënt-huisartsrelatie.

Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is om de invloed van maatschappelijke ontwikkelingen op deze aspecten te onderzoeken. Dit kan de huisarts helpen om nog beter aan te sluiten bij de toenemende diversiteit van de patiëntenpopulatie.

Niet alle burgers worden namelijk op dezelfde wijze beïnvloed door deze ontwikkelingen. De ene inwoner heeft zijn hele leven in Nederland gewoond, heeft zeer weinig informatievaardigheden, zoekt dus weinig informatie op Internet over zijn symptomen en maakt het liefst deel uit van een collectivistische samenleving. De andere inwoner woont slechts 2 jaar in Nederland, heeft weinig verstand van het Nederlandse zorgstelsel, gebruikt voornamelijk het Internet als informatiebron voor zijn medische klachten en ziet zichzelf als zeer individualistisch. Deze twee burgers kunnen in zorg zijn bij dezelfde huisarts. Wat is het effect van deze opvattingen op hun individuele relatie met de huisarts? En hoe zorgen huisartsen ervoor dat zij beide patiënten de zorg bieden die zij nodig hebben?

Het onderzoeksdoel, inzicht in verwachtingen en belevingen van burgers, bereik ik als volgt. Met literatuuronderzoek beantwoord ik de volgende drie vragen

1. *Welke maatschappelijke processen beïnvloeden de relatie tussen burgers en hun huisarts?*
2. *Welke aspecten zijn van belang in de relatie tussen burgers en hun huisarts?*
3. *Welk effect hebben maatschappelijke ontwikkelingen op de relatie tussen burgers en hun huisarts?*

De eerste twee vragen zijn beschrijvend, de derde is verdiepend. De antwoorden op de laatste vraag zijn ondersteund met data-onderzoek middels een enquête.

Tenslotte kom ik ook tot een beleidsadvies-vraag voor de huisarts, in de context van de kernwaarden van zijn vak.

4. *Hoe kunnen huisartsen in de spreekkamer volgens de kernwaarden van hun vak zorg blijven bieden aan verschillende groepen burgers, gegeven het samenspel van maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op de relatie en interactie tussen de burger en de huisarts?*

1.3 MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

De relevantie van dit onderzoek ligt in de nieuwe maatschappelijke vragen die een veranderende patiënt-huisarts relatie met zich meebrengt. Maatschappelijke processen als individualisering en informatisering zorgen ervoor dat de mondige burgers graag deze vrijheid en verantwoordelijkheid over hun eigen gezondheid nemen. De komst van het Internet heeft ertoe geleid dat burgers beter voorbereid kunnen zijn voordat zij hun huisarts bezoeken (Smit & Friele, 2005). Zo kan er informatie opgezocht worden over de klachten die burgers ervaren en eventuele ziektebeelden die hierbij passen, bijvoorbeeld via www.thuisarts.nl. In hoeverre is de rol van de huisarts als professional die met zijn kennis de burger adviseert en behandelt nog hetzelfde als burgers ook zelf kennis kunnen verwerven van het internet? De zorg is er niet noodzakelijkerwijs efficiënter van geworden. Want internet is natuurlijk niet waardenvrij, eerder vergeven van commercie en belangengroepen en zo willen veel burgers een commercieel aangeboden MRI-scan en is de vaccinatiegraad sinds 2016 een stuk lager dan voorheen (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2019). Meer kennis kan leiden tot meer discussie. Huisartsen hebben dan ook lang niet altijd meer genoeg aan 10 minuten per consult.

Daarbij heeft de invoer van marktwerking in de gezondheidszorg heeft ervoor gezorgd dat de burger meer keuzevrijheid heeft maar ook meer eigen verantwoordelijkheid moet nemen (Boot & Knapen, 2005; Van de Pol, 2005). Voor huisartsen is het maar de vraag of de invoer van marktwerking en meer eigen verantwoordelijkheid voor de burger waarde heeft toegevoegd – immers lang niet elke patiënt is een mondige burger die goed zijn eigen verantwoordelijkheid kan dragen (Tonkens, 2008). Daarom ageert huisartsen-actiegroep ‘Het Roer Moet Om’ al 4 jaar

“tegen het ‘product denken waarbij de patiënt gezien wordt als consument in een markt, en een zieke patiënt beschouwd wordt als schadelast voor de verzekeraar. (...) En de grenzeloze drang naar ‘transparantie’ (lees: de arts als inklopper van gevoelige data voor derden) van partijen die nooit bij patiëntenzorg betrokken zijn, tastte het vertrouwen in de dokter (en zijn beroepsgeheim) aan. Bovendien ontnam het veel tijd die aan patiënten besteed had kunnen worden. (...) De

gevolgen zijn intussen duidelijk en de minister ziet ze ook: grote tekorten aan personeel, gebrek aan fatsoenlijke zorg voor kwetsbare zieken, op lichamelijk en psychisch vlak. En een overdaad aan capaciteit voor medische hulp die lekker in de markt ligt.” (De Groof, maart 2019).

Mogelijk hebben de huisartsen thans hun buik vol van overheidsbeleid, laat staan dat zij behoefte hebben aan meer beleidsadvies. Huisartsen voelen zich door de marktwerking overbelast, omdat ze hun kwetsbare patiënten minder goed kunnen doorverwijzen naar zorginstellingen. (Lonkhuyzen, 13 juni 2019). Marktwerking heeft ertoe geleid dat er om financiële redenen veel van de huisarts wordt verwacht, maar tegelijkertijd er in verhouding bezuinigd is op complexere zorg. Zorginstellingen kampen met schaarste en selecteren zelf welke patiënten zij aannemen, waarbij YAVIS¹ patiënten eerder in zorg komen dan HOUND² (Stroeken, 2013): in de specialistische GGZ treffen we als patiënten dan ook vooral autochtone hoogopgeleide vrouwen. Als gevolg wordt de huisarts in verhouding overbelast met de zwaarste patiëntengroepen, zoals ouderen, mensen met een taalachterstand, verslaafden en complexe kansarme patiënten met zowel overgewicht, hoge bloeddruk als suikerziekte. De neoliberale ideologie van de markt, met zijn onderscheid van ‘winners’ en ‘losers’ (Verhaeghe, 2012) kan ook bijdragen aan schaamte en zorgmijding bij kwetsbare kansarme burgers die de zorg het meest nodig hebben.

Deze en andere vragen laten zien welk effect een veranderende maatschappij heeft op de patiënt-huisarts relatie.

1.4 WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Er is veel onderzoek gedaan naar de huisarts-patiëntrelatie, zowel vanuit het perspectief van de huisarts als die van de burger (Ha, Anat & Longnecker, 2010). Zo is er bijvoorbeeld onderzoek gedaan naar de verschillende aspecten van de relatie (Lings et al, 2003;), voorkeuren voor interactie tussen beide partijen (Van Rijen & Van Der Kraan, 2004) en de rol van de huisarts door de jaren heen onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen en beleidsveranderingen. In mijn onderzoek wil ik kijken naar hoe maatschappelijke processen specifieke aspecten van derelatie tussen burgers en hun huisarts beïnvloeden, vanuit het perspectief van de burger. Dit betekent dat het effect van macroprocessen op micro handelen wordt onderzocht. Er is bewust gekozen om te kijken naar meerdere processen samen, omdat in de samenleving deze processen zich naast elkaar afspelen, maar wel in samenhang impact hebben op de patiënt-huisarts relatie, zoals in sectie 1.3 met voorbeelden geïllustreerd. Wanneer er enkel wordt gefocust op een van de processen dan wordt slechts een stukje van de puzzel bekeken. Dit geldt ook voor de aspecten. Door een uiteenzetting te maken van verschillende componenten van de relatie ontstaat een beter beeld van hoe de verschillende aspecten elkaar aanvullen en beïnvloeden. Tot op heden is onderzoek naar het effect en

¹ Young, attractive, verbal, intelligent, successful (of social) (vertaling: jong, aantrekkelijk, verbal begaafd, intelligent, succesvol)

² Homely, old, ugly, non-successful, dull (vertaling: alledaags, oud, onantrekkelijk, niet verbal begaafd, dom)

interactie van verscheidene processen naast elkaar nog niet uitgevoerd. Dit beperkt het wetenschappelijk inzicht over de huisartsenzorg. Juist nu de kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg recentelijk zijn herijkt (De Argumentenfabriek, 2019) kan inzicht in het effect van maatschappelijke processen op de burger-huisarts relatie laten zien waar deze waarden en taken aansluiten bij de huidige, veranderende maatschappij. Ook kan het laten zien waar deze eventueel aangevuld moeten worden. Deze kernwaarden en –taken worden besproken in de volgende sectie. De processen zijn langdurig en zullen naar alle waarschijnlijkheid nog lange tijd doorwerken. Daarom geeft dit onderzoek ook inzicht in de belangen van burgers in de huisartsenzorg op de lange termijn.

1.5 LEESWIJZER

In hoofdstuk 2 zal een overzicht gegeven worden van de context van het huidige onderzoek. De rol van de huisarts door de jaren heen en in de huidige samenleving zal worden besproken. In hoofdstuk 3 volgt de literatuurstudie. Hierin zullen in de eerste subparagraaf de maatschappelijke processen worden besproken in het licht van de relatie tussen burger en huisarts. In de tweede subparagraaf worden de aspecten van de burger-huisarts relatie besproken. In de derde subparagraaf zullen de processen en aspecten worden verbonden en zullen er aan de hand hiervan hypothesen worden opgesteld. In hoofdstuk 4 worden de methode en analyse toegelicht, waarna in hoofdstuk 5 de resultaten besproken zullen worden. In hoofdstuk 6 volgt de conclusie en discussie. Ten slotte zal in hoofdstuk 7 twee beleidsaanbevelingen gedaan worden op basis van de resultaten.

2. CONTEXTUEEL KADER

2.1 HUISARTS DOOR DE JAREN HEEN

Door huidige maatschappelijke ontwikkelingen is de huisarts-patiëntrelatie aan het veranderen. Om te kunnen begrijpen wat deze veranderende relatie inhoudt, zal er eerst een context worden gegeven van hoe deze relatie er vanaf de jaren 50 tot begin 2000 uit heeft gezien. Tegenwoordig heeft de huisarts een poortwachters- en gidsfunctie, maar dit is niet altijd zo geweest.

Het specialisme “huisarts” zag na de Tweede Wereldoorlog een professionalisering en academisering (Goossens, 1988). Dit kan dan ook gezien worden als het begin van de huisartsengeneeskunde. Veranderingen in de relatie tussen patiënt en huisarts zijn niet nieuw. Onderzoek door Dwarswaard & Trappenburg (2012) geeft duidelijk de beroepsethiek van Nederlandse huisartsen van de jaren 50 tot 2008 weer. In dit onderzoek hebben zij gekeken naar de invloed van de veranderende patiënt, door stijgende opleidingsniveau van de bevolking en het steeds mondiger worden van de patiënt, en het veranderende overheidsbeleid op de beroepsethiek. Volgens Dwarswaard & Trappenburg (2012) kenmerkt de huisarts van de jaren 50 en 60 zich als een *paternalistisch vaderfiguur*. De huisarts levert psychosomatische zorg. Deze zorg richt zich op ziektebeelden die zich lichamelijk uiten, maar waarbij psychische factoren een belangrijke rol kunnen spelen. Een sterke relatie tussen huisarts en patiënt is van belang omdat de huisarts de patiënt begeleidt in het ziek-zijn; hij is er niet om het waarom van het ziek-zijn te begrijpen. Het kennen van de patiënt betekent in deze tijd ook dat de huisarts kan beslissen voor zijn patiënten. De kennis van de persoonlijkheid van de patiënt kan de huisarts doen beslissen of hij wel of niet de patiënt inlicht over de exacte diagnose: “in de jaren vijftig en zestig is het geven van hoop belangrijker dan het geven van volledige informatie” (Dwarswaard & Trappenburg, 2012). In deze jaren is de huisarts ook met name een gezinsarts. De huisvrouw stuurde haar gezin naar de huisarts, wie voor haar een vertrouwenspersoon was die advies gaf over de verzorging van het gezin (Van Daalen & Verbeek-Heida, 2010). Zij had aanzien voor haar huisarts en stelde zich afhankelijk op. Door deze rol als gezinsarts was het gemakkelijk om de volledige context van de patiënt te kennen. Patiënten kwamen immers van jongs af aan al bij dezelfde huisarts en zij konden een langdurige relatie opbouwen. Zorgzaamheid, geruststelling en het kennen van de context van de patiënt waren belangrijke aspecten in de relatie tussen burger en huisarts. Ook was er een hoge mate van vertrouwen in de medische competentie van de huisarts. Zoals Pauline Meurs het verwoord, “je geloofde de arts op zijn blauwe ogen” (Weeda, 2019).

De rol van de huisarts verandert in de jaren 70. Hoewel hij nog steeds een vaderfiguur en opvoeder is, zoals in de jaren 50 en 60, voedt hij de patiënt nu op tot eigen verantwoordelijkheid en zelfstandigheid. De huisarts is geen moraliserende, maar een professionele arts. Een voorbeeld is de ‘baas in eigen buik’ beweging. Zoals Hendrix stelt, “de arts moest niet preken of straffen, maar gewoon helpen. Maar dan wel professioneel, goed onderbouwd en volgens de nieuwste ontwikkelingen” (2004, p. 11). Er wordt verwacht dat de patiënt zelf keuzes kan maken en de

persoonlijke autonomie van patiënten belangrijker. Deze verandering kwam voornamelijk vanuit de huisartsen, die zich overbelast voelden door de grote hoeveelheden oneigenlijke problemen waarmee patiënten bij hen kwamen. Daarbij werd ook geacht dat de hulpverlening efficiënter zou worden, omdat de patiënt zich beter aan het behandelplan zou houden wegens betrokkenheid bij het stellen van de diagnose en het behandelplan. Uit recent literatuuronderzoek door de RVS is echter gebleken dat verhoogde betrokkenheid in de besluitvorming niet resulteert in betere therapietrouw (2013). Dat de patiënt nu meer persoonlijke autonomie wordt gegeven betekent overigens niet dat de huisarts niet meer de functie vervult van het geven van hoop. Geruststelling bleef, en is nog steeds, een belangrijke rol van de huisarts (Rowland, Irving, Maynard, 1989; Houben et al., 2005; Van Den Brink-Muinen, Van Dulmen, Jung, & Bensing, 2008). Daarnaast wordt het belangrijker dat de huisarts naar het verhaal van de patiënt luistert, voldoende uitlegt geeft over diagnose en behandelplan en dat er wederzijds begrip is tussen patiënt en huisarts.

Ook het gezinsleven verandert. Meer vrouwen gaan werken, het aantal gezinshuishoudens neemt af en het aantal alleenstaande moeders met kinderen neemt toe. Ook zijn er meer alleenstaanden. De rol van de huisarts als gezinsdokter lijkt te verdwijnen in de jaren 80 als gevolg van deze veranderingen (Van Daalen & Verbeek-Heida, 2010). Mensen maken meer gebruik van inzichten van deskundigen zoals artsen, psychologen en voedingsdeskundigen in hun dagelijks leven. Er ontstaat *protoprofessionalisering*. Swaan beschrijft dit concept als de vereenvoudiging van professionele kennis welke doorgegeven wordt aan cliënten, patiënten en het grote publiek. Professionals bieden hun cliënten en patiënten feiten, uitleg en advies. Sommige publiceren en delen hun kennis via nationale media, zoals kranten, populaire tijdschriften, televisie en radio. De kern van hun boodschap wordt vervolgens herhaald tussen leken. Door het uitgebreid bespreken van de professionele kennis wordt het verwerkt tot “een ongeschreven handleiding voor gebruikers van hulpverlenende beroepsgroepen” en nemen leken “professionele begrippen en houdingen over en [geven deze door] aan hun gezinsleden en kennissen” (Swaan, 1989, p. 252). Door deze individualisering en protoprofessionalisering is de huisarts niet langer de gezinsarts zoals hij was in de jaren ervoor. Dit maakt het lastiger voor de huisarts om de context van de patiënt goed te blijven kennen.

Dwarswaard en Trappenburg (2012) stellen dat er in de jaren 90 nog een dimensie werd toegevoegd aan het opvoedt aspect, namelijk terughoudend beleid. In dit beleid wordt verwacht dat de huisarts niet meteen overgaat op behandeling, maar meer afwachtend te werk gaat. Er wordt uitgegaan van dat klachten zichzelf helen. Dit moet zowel zorgen voor vermindering van schade aan de gezondheid als gevolg van medische behandeling, als kostenbesparing in de gezondheidszorg. Deze terughoudendheid botst in de jaren 90 met de opvattingen van patiënten. Patiënten worden mondiger, stellen soms buitensporige eisen aan de huisarts en verwachten zij een behandeling waar de huisarts niet mee in wil stemmen op grond van zijn medische kennis. Daarbij maken wervende boodschappen op internet en de marktwerking in de zorg het terughoudende beleid ook lastiger. Zo vinden

Dwarswaard & Trappenburg (2012) dat er angst is onder artsen dat er steeds meer ingegaan zal worden op de wens van patiënten vanwege financiële prikkels, en niet altijd omdat het de juiste zorg is. Huisartsen lijken vaker verrichtingen uit te voeren die ze voor de marktwerking als overbodig zagen, zoals ecg's of kleine chirurgische ingrepen. Door deze marktwerking ontstaan er vragen over de belangenprioriteiten van de huisarts. Naast het belang van de patiënt zijn er nu ook financiële prikkels waar het handelen van de huisarts door beïnvloed kan worden. Daarbij zorgt marktwerking er ook voor dat patiënten kritischer worden. Als consument willen zij de best mogelijke zorg voor het minste geld. Het liefst dan ook nog van een huisarts die zij zelf leuk vinden.

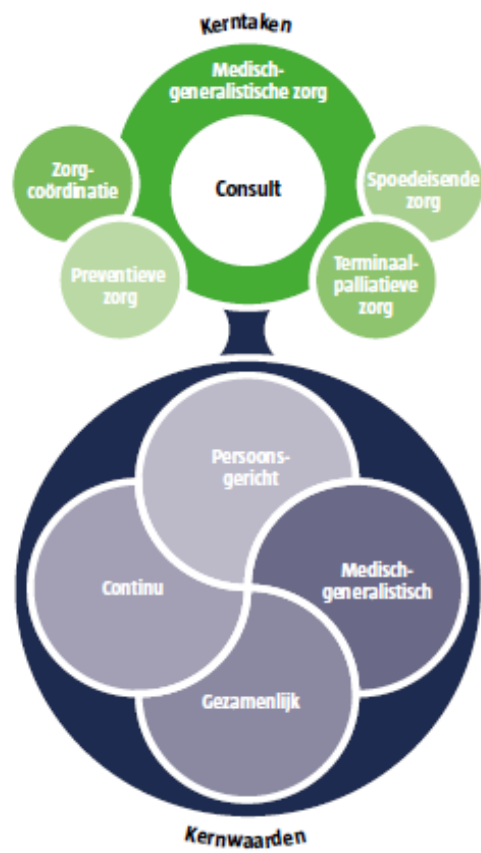
Om samen te vatten, de beroepsethiek van de huisarts is in de afgelopen halve eeuw veranderd onder invloed van maatschappelijke processen wat effect heeft gehad op de relatie tussen burgers en huisartsen door de jaren heen.

2.2 HUISARTS IN HUIDIGE SAMENLEVING

In 1959 zijn kernwaarden van de huisartsenzorg vastgesteld. Huisartsen lijken tegenwoordig onder steeds meer druk te staan om hun vak uit te voeren. Daarbij hebben ook de uitbreiding van taken door een toename van behandel mogelijkheden en medische kennis, een toenemende verschuiving van taken naar de eerste lijn van de tweede lijn en veranderingen in het Nederlandse zorgsysteem invloed op de toenemende druk van huisartsen (De Argumentenfabriek, 2019). Vanwege veranderingen in de gezondheidszorg in de afgelopen jaren, zijn in 2018 tijdens het project 'Toekomst huisartsenzorg' deze kernwaarden herijkt door een inhoudelijke commissie en een stuurgroep met vertegenwoordigers van acht huisartsenorganisaties (LHV, NHG, InEen, LOVAH, VPHuisartsen, het Roer Moet Om, IOH en LHOV). Figuur 1 geeft schematisch de kernwaarden en –taken weer. Zoals kan worden afgeleid zijn de kernwaarden van de huisartsenzorg persoonsgerichte, medisch-generalistische, continue en gezamenlijke zorg. Persoonsgerichte zorg houdt in dat de focus van huisartsenzorg niet alleen ligt op de ziekte of beperkingen van de patiënt, maar dat de hele mens centraal staat. Er wordt gekeken per individu welke zorg passend is en er is een mogelijkheid om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Medisch-generalistische zorg gaat uit van het kunnen bieden van allesomvattende zorg, voor zowel lichamelijke en psychische klachten, van jong tot oud. De huisarts wordt gezien als de constante factor in de medische zorg van patiënten en daarom biedt de huisartsenzorg continue zorg. Langdurige patiënt-arts relaties dragen bij aan deze continue zorg. Met gezamenlijke zorg wordt bedoeld op het samen met de patiënt bepalen wat nodig is om deze passende zorg te kunnen bieden. In bijlage A kan de kernwaardenkaart worden gevonden en in bijlage B de kerntakenkaart.

Zoals afgeleid kan worden uit figuur 1 is een van de kerntaken van de huisartsenzorg het bieden van medisch-generalistische zorg door middel van consult (De Argumentenfabriek, 2019). Daarbij bieden huisartsen spoedeisende huisartsenzorg, welke 24 uur per dag beschikbaar is. Ook terminaal-palliatieve zorg wordt geboden aan de eigen

Figuur 1: Visualisatie kerntaken en kernwaarden van de huisartsenzorg (De Argumentenfabriek, 2019)



patiënten, evenals preventieve zorg aan individuele patiënten. Als laatste biedt de huisartsenzorg zorgcoördinatie, en zijn zij eindverantwoordelijk voor de zorg die hun huisartsteam levert.

In dit onderzoek wordt aandacht besteed aan de vier kernwaarden en de kerntaak “medisch-generalistische zorg”.

Om volgens de bovengenoemde waarden de kerntaken te kunnen realiseren is een sterke relatie tussen patiënt en huisarts nodig (De Argumentenfabriek, 2019). De keuze voor het zorgaanbod is de verantwoordelijkheid van de burger, die zo veel keuzevrijheid krijgt. Op deze manier wordt de markt gestuurd. Zorgaanbieders onderling en zorgverzekeraars onderling moeten concurreren om de beste prijs-kwaliteit verhouding te leveren. Alhoewel burgers geregeld van zorgverzekeraar switchen, is het de vraag of zij ook zo naar hun contact met de huisarts kijken.

2.3 KWETSBARE BURGERS IN DE HUIDIGE SAMENLEVING

De relatie tussen burger en huisarts is inherent asymmetrisch (Ten Have, 1991). De patiënt heeft namelijk een afhankelijke positie. Door ontwikkelingen in de samenleving neemt deze symmetrie deels af. Patiënten krijgen meer eigen verantwoordelijkheid en zij worden steeds mondiger (Tonkens, 2008). Maar niet alle burgers zijn in staat om de actieve houding aan te nemen die van hen verwacht wordt. Ruim één op de drie Nederlanders heeft lage gezondheidsvaardigheden (NIVEL, 2018). Een belangrijke oorzaak hiervan is laaggeletterdheid (World Health Organisation, 2013). Van het totale aantal autochtone Nederlanders, is 8,2% laaggeletterd (Buisman, Allen, Fouarge, Houtkoop & Van Der Velden, 2013) en dit aantal stijgt. Mannen, ouderen (65+), mensen met een lager opleidingsniveau en mensen die hun gezondheid als slechter beoordelen hebben vaker lage gezondheidsvaardigheden. Burgers met lage gezondheidsvaardigheden kunnen vaker fouten maken met het innemen van geneesmiddelen, meer moeite hebben met het begrijpen van de informatie die zij krijgen van de zorgverlener en minder goed omgaan met ziekte. Daarbij komt dat hun kwetsbare positie weer risico op ziekte doet toenemen.

In dit onderzoek wordt gekeken naar hoe verschillende maatschappelijke processen een invloed hebben op de relatie tussen burger en huisarts. Er dient echter bedacht te worden dat niet alle burgers op dezelfde wijze mee kunnen komen door deze processen. Voor burgers met lage gezondheidsvaardigheden is het ingewikkeld om zelf informatie op te zoeken en deze in te brengen in het gesprek met de huisarts. Zij hebben vaak meer moeite om hun weg te kunnen vinden binnen de zorg. Daarom is juist voor deze groep de relatie met de huisarts belangrijk, omdat dit de persoon is die hen kan helpen om de weg te vinden in het verdere zorgstelsel. Maar daarbij is het ook de groep die het moeilijker vindt om in een consult met de huisarts een actieve partij te zijn. Het vragen naar onbegrepen informatie is lastig, omdat het gepaard kan gaan met gevoelens van schaamte (Parikh, Parker, Nurss, Baker & Williams, 1996; Koops Van 'T Jagt et al, 2016). Voor mensen met een lager inkomen kan de drijfveer achter keuzes

geld zijn en niet een goed gevoel. Voor ouderen kan het moeilijk zijn om snelle ontwikkelingen bij te houden, het was immers 50 jaar geleden totaal anders. Dit zijn enkele voorbeelden van hoe kwetsbare burgers andere verwachtingen hebben van hun huisarts. Er worden in het onderzoek kanttekeningen geplaatst om de lezer eraan te herinneren dat niet alle burgers hetzelfde zijn en niet iedereen op dezelfde manier kan meekomen.

3. LITERATUURSTUDIE

In dit hoofdstuk worden de eerste twee, beschrijvende deelvragen over maatschappelijke processen en aspecten van de patiënt-huisarts relatie beantwoord. De bestaande literatuur rondom maatschappelijke processen in de huidige samenleving en aspecten van de patiënt-huisartsrelatie is in kaart gebracht. Na uiteenzetting van een aspect wordt deze gelinkt aan de maatschappelijke veranderingen, om te zien hoe deze een invloed hebben op het desbetreffende aspect.

3.1 MAATSCHAPPELIJKE PROCESSEN

De veranderende relatie tussen burger en huisarts is deels toe te schrijven aan veranderingen op maatschappelijk niveau (Landelijke Huisartsen Vereniging & Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012). De vijf i's van Paul Schnabel (2004) vatten goed samen welke processen er in de huidige Nederlandse samenleving spelen. In deze sectie zal er dieper ingegaan worden op deze processen. Volgens Schnabel zijn deze processen beeldbepalend en daarmee ook voor een deel beleidsbepalend. De vijf i's staan voor internationalisering, individualisering, informatisering, informalisering en intensivering.

3.1.1 INDIVIDUALISERING

Het proces van individualisering is al een half millennium bezig en lijkt nog lang niet aan zijn einde te komen (Schnabel, 2001; Centraal Bureau voor de Statistiek, 2017). Een definitie van individualisering is lastig te stellen. Duyvendak (2004) beschrijft drie hoofdelementen die vaak genoemd worden in de verschillende definities. Het eerste hoofdelement is *“decollectivering: een andere Wij-Ik-balans”*. Het eigenbelang wordt belangrijker dan dat van de gehele groep (Moorman & Blakely, 1995). Relaties zijn vrijblijvender en sociale verbanden en instituties, zoals religie of het huwelijk, verliezen hun belang. Hierdoor worden we vaker als autonoom individu gezien, in plaats van onderdeel van een familie, dorp of kerk. Het tweede hoofdelement is dat de decollectivering op individueel niveau leidt tot letterlijk en figuurlijk meer ruimte voor individuen en meer individuele keuzevrijheid. De toegenomen letterlijke vrijheid is te zien in de toename van eenpersoonshuishoudens (Planbureau voor de Leefomgeving, 2016). Met figuurlijke ruimte wordt bedoeld dat er meer ruimte voor non-conformiteit ontstaat in zowel familie- als groepsverbanden. Individualistische waarden, zoals zelfontplooiing en keuzevrijheid worden van groter belang. Het derde hoofdelement is dat de decollectivering op maatschappelijk niveau leidt tot een grotere diversiteit in opvattingen en gedragingen. Volgens Schnabel zien individuen in onze samenleving zich *“als ontwerpers en uitvoerders van hun eigen leven op basis van de keuzen die ze zelf hebben gemaakt”* (2004, p.53).

Dit betekent overigens niet dat elk individu moet verschillen van anderen. Het is goed mogelijk dat de keuzen en opvattingen van mensen sterk overeenkomen met die van anderen. Individualisering uit zich in de samenleving door het streven naar emancipatie (Schnabel, 2004). Dit houdt niet alleen de gelijkheid in rechten in, maar ook de

gelijkheid in kansen en mogelijkheden. Om alle groepen in de samenleving deze kansen en mogelijkheden te bieden, is er collectieve samenwerking ten behoeve van de zwakkere groepen, zoals ouderen, zieken, en gehandicapten. Al met al gaat het om het hebben van persoonlijke autonomie van elk individu en het kunnen vormgeven van het eigen leven in plaats van te leven onder de controle van anderen (Entwistle, Carter, Cribb & McCaffery, 2010). Het is belangrijk om in acht te nemen dat niet alle groepen in de samenleving even goed in staat zijn om deze persoonlijke autonomie zelf te kunnen vormgeven. Voor kwetsbare burgers kan de trend van individualisering en de roep om autonomie juist een belasting betekenen. Hoewel er collectieve samenwerking is, is dit niet altijd voldoende.

3.1.2 INFORMALISERING

Door emancipatie als gevolg van individualisering ontstaan er meer egalitaire omgangsvormen in de samenleving (Schnabel, 2004). Wouters (2011) beschrijft informalisering als het proces waarbij manieren versoepelen en meer gedifferentieerd en gevarieerd worden voor een breder en meer gedifferentieerd publiek. De vermindering van hiërarchie in de samenleving laat het proces van informalisering goed zien. . De eerdergenoemde asymmetrie in de relatie tussen burger en patiënt neemt af. Het besef van gelijkheid en gelijkwaardigheid leidt ertoe dat verhoudingen informaliseren. Dit is merkbaar in het gebruik van “je” en de voornaam als aanspreekvorm, maar ook in de normalisering van het dragen van vrijetijds- en sportkleding in bijna alle situaties, behalve de meest formele. Formele verhoudingen vragen afstand, zowel fysiek als sociaal en emotioneel.

In sommige gevallen is er daarentegen behoefte aan een “reformalisering”, omdat informele nabijheid niet altijd gemakkelijk is. Er wordt gevraagd naar een combinatie tussen traditie en informalisering. Dit komt neer op het zoeken naar een vorm waarin er meer respect is voor de omgangsvormen maar mét het behoud van de sociale gelijkheid. De relatie tussen burger en huisarts is inherent hiërarchisch en functioneel. De formaliteit is nodig om efficiënt en effectief een bepaald resultaat te bereiken (Schnabel, 2004), in dit geval verbetering van gezondheid. Vanwege de afhankelijkheid van de patiënt zal er altijd een mate van asymmetrie blijven bestaan tussen de patiënt en de huisarts. De burger heeft de kennis van de huisarts nodig en vanwege de poortwachtersrol kan de burger alleen via de huisarts verder komen in het zorgstelsel. De reformalisering is te zien in de functionaliteit van het uniform, welke laat zien dat het gaat om een formeel moment. Het dragen van ‘gewone’ kleding hieronder laat doorschemeren dat er wel een persoon is waarmee de vertrouwensband en het informele contact opgebouwd kan worden. Zo wordt er informaliteit toegelaten tot op zekere hoogte en blijft de relatie tegelijkertijd formeel en functioneel. Hier moet bij vermeld worden dat het uniform als symbool niet langer automatisch respect oproept. Schnabel stelt dat het respect verdiend moet worden en dat kan strijd impliceren (2004).

3.1.3 INFORMATISERING

Informatisering is een relatief jong proces. In dit onderzoek wordt met informatisering bedoeld op het gebruik van het Internet in het dagelijks leven. De komst van het Internet heeft geleid tot een bijna onuitputtelijke bron van informatie die altijd en overal beschikbaar is. Ook biedt het mogelijkheden om bijna altijd met bijna iedereen in contact te zijn (Schnabel, 2004; Sociaal Cultureel Planbureau, 2017). Beide veranderingen hebben invloed op de gezondheidszorg. De bijna onbeperkte toegang tot kennis verschaft burgers de mogelijkheid om zelf kennis op te doen over hun gezondheid. Voor de komst van het Internet moest deze kennis voornamelijk komen van professionals, vakbladen of studieboeken. Een bezoek aan de huisarts was logischerwijs de eerste stap wanneer burgers gezondheidsklachten ervaarden. Nu kan er op het Internet gezocht worden naar wat de klachten zouden kunnen betekenen en of een bezoek aan de huisarts nodig is. Websites zoals www.thuisarts.nl of www.apotheek.nl kunnen helpen bij het maken van een geïnformeerde keuze. Voor Nederlanders is het Internet de eerste bron van informatie over de gezondheid (Van De Belt et al, 2013). Als tweede volgt informatie verkregen via zorgprofessionals. Het vergaren van kennis via het Internet kan leiden tot protoprofessionalisering.

Gezondheids- of medische informatie opzoeken op Internet kan zowel positieve als negatieve gevolgen hebben. Enerzijds kan het burgers helpen bij het goed voorbereiden van een bezoek aan de huisarts en het helpt bij het maken van een geïnformeerde keuze over de eigen gezondheid.

Er is echter ook een keerzijde aan kennis op het Internet. Niet alle informatie die te vinden is, is even betrouwbaar. Zo zijn er commerciële websites die bezoekers proberen te beïnvloeden om een bepaald medicijn te verkopen, waarbij het bedrijfsbelang boven het patiëntbelang staat. Daarnaast kan het mensen ook angstig maken. Zoeken op Internet naar symptomen en klachten kan leiden tot het zelf stellen van een verkeerde, veel ernstigere diagnose. Wanneer er bijvoorbeeld wordt gezocht via Google op “tintelende vingers” kom je al snel terecht op de website www.mens-en-gezondheid.info. Hierop lopen de mogelijke oorzaken van tintelende vingers uiteen van “te lang in dezelfde positie blijven” of “overbelasting” tot “nekhernia” of “abnormale druk van een tumor” (Tartuffel, 2019). Hoewel wetenschappelijke referenties gegeven worden, is het niet duidelijk wat de ernst van de klacht precies is. Ook is stress vaak een oorzaak van symptomen, maar wanneer er gezocht wordt op mogelijke oorzaken van symptomen komt dit niet altijd naar voren.

Een ander mogelijk probleem met informatie op Internet is de kans op onbetrouwbare informatie. Een recent voorbeeld is desinformatie rondom vaccinaties. Websites zoals VaccinVrij en de Vaccinatieraad noemen vaccinaties gevaarlijk en onderbouwen dit met voorbeelden van kinderen die ernstige aandoeningen gekregen zouden hebben als gevolg van vaccinerend (Stichting Vaccin Vrij, n.d.; Vaccinatieraad, 2014; Vaccinatieraad, 2014; Vaccinatieraad,

2013). Hoewel dit overtuigend lijkt, is er geen zekerheid dat de aandoeningen een gevolg zijn van vaccineren. Er kan dus sprake zijn van onbetrouwbare informatie welke grote gevolgen kan hebben voor de volksgezondheid.

Een andere keerzijde van het Internet is het ontstaan van sociale ongelijkheid. Aan het begin van het informatiserings-proces was er een utopische blik op de komst van het internet (Katz & Rice, 2006; Corten, 2018). Het leek het erop dat het zou zorgen voor een grotere sociale gelijkheid in de samenleving. Het was immers niet meer nodig om bijvoorbeeld een studie gevolgd te hebben om kennis te vergaren. Maar er zijn ook critici die juist een dystopisch beeld hebben van de komst van het Internet. Zij stellen dat informatisering juist leidt tot sociale ongelijkheid, welke ontstaat als gevolg van verschillen in vaardigheden om met technologie om te kunnen gaan (Gunaratne, 2001; Corten, 2018). Met name in de gezondheidszorg is deze tweedeling te zien. Veel medische informatie is op het Internet te vinden en veel medische zaken worden via Internet geregeld, zoals het invullen van formulieren. De grotere nadruk op eigen verantwoordelijkheid van burgers in combinatie met de verplaatsing van zaken naar Internet maakt het voor mensen met lage technologische vaardigheden maakt dit het steeds lastiger om mee te komen (Robinson et al., 2015).

3.1.4 INTERNATIONALISERING

Nederland heeft steeds meer inwoners met een migratieachtergrond, expats en internationale studenten. In 2016 had 12.3% van de bevolking een niet-westerse, en 9.8% een westerse migratieachtergrond (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2016). Met name in de randstad is het percentage mensen met een migratieachtergrond hoog. Zo is bijvoorbeeld in Amsterdam in 2018, 53% van de nieuwkomers een immigrant (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2019), voornamelijk expats en internationale studenten. Veel van hen zijn Britten, als gevolg van Brexit, Amerikanen en Indiërs. Hoewel het internationaliseringsproces al een halve eeuw bezig is, lijken de effecten ervan nu naar boven te komen (Harmsen & Bruijnzeels, 2005). Redenen daarvan zijn volgens hen de aantallen migranten, het aantal verschillende landen van herkomst en veranderingen in gedragingen en opvattingen bij latere generaties allochtone patiënten.

Er moet een kanttekening geplaatst worden bij de groep "burgers met een migratie-achtergrond". Deze groep is namelijk erg divers. Het Centraal Bureau voor de Statistiek hanteert een definitie waarbij gesteld wordt dat minstens één ouder in het buitenland geboren is (2016). Dit betekent dat een hoogopgeleide Iraanse arts die al twintig jaar in Nederland woont en vloeiend Nederlands spreekt dus ook onder deze groep valt. Den Dikken (2002) stelt dat het belangrijkste kenmerk is dat de morele uitwisseling stagneert als gevolg van een andere achterliggende levenswijze of cultuur.

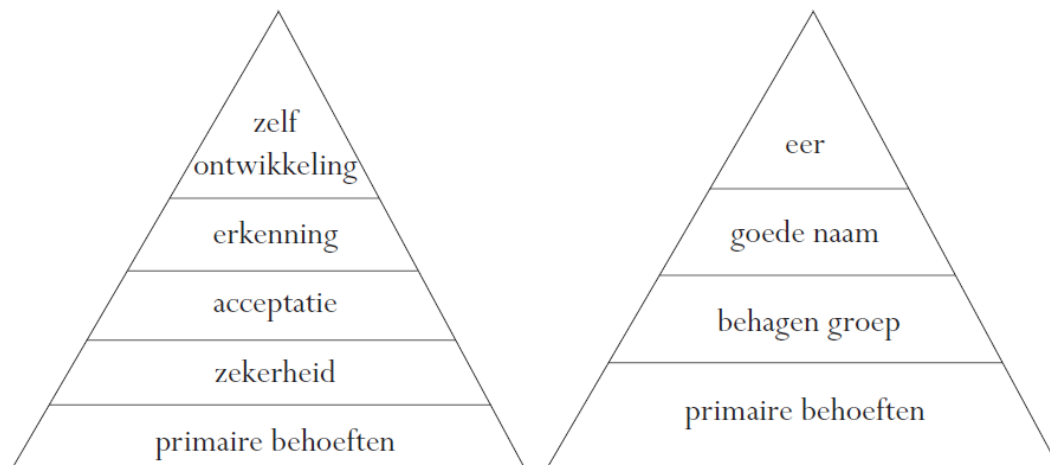
Door de toename van inwoners met een migratieachtergrond, expats en internationale studenten is er steeds vaker communicatie tussen patiënten en huisartsen met een verschillende etnische achtergrond. Dit wordt ook wel *interculturele medische communicatie* genoemd (Schinkel, 2015). Het is belangrijk om te beseffen dat zowel de patiënt als de huisarts een migratieachtergrond kan hebben. Interculturele medische communicatie geeft een verhoogde kans op miscommunicatie en irritaties en een verminderde kans op wederzijds begrip, als gevolg van het niet op de hoogte zijn van elkaars normen, waarden, gedragscodes en leefregels (Pinto, 2000). Ook leidt interculturele medische communicatie tot lagere patiënttevredenheid. Uiteindelijk resulteert het in slechtere gezondheidsuitkomsten onder inwoners met een migratie achtergrond, bijvoorbeeld vanwege lagere therapietrouw (Schinkel, 2015). Hoewel lage therapietrouw ook een risico is voor expats en internationale studenten, consulteren zij vaak het land van herkomst ook waardoor gezondheidsuitkomsten niet per se slechter zijn (Rullmann, Helder & Frijling, 2017).

Suurmond & Seeleman (2006) hebben een viertal problemen vastgesteld die kunnen ontstaan bij interculturele medische communicatie. Als eerste spreken de patiënt en de arts niet dezelfde moedertaal. Als tweede delen de patiënt en de arts mogelijk niet dezelfde waarden wat betreft ziekte en gezondheid. Als derde hebben de patiënt en de arts niet dezelfde rolverwachtingen. En als laatste hebben de patiënt en de arts vooroordelen en spreken ze op een bevooroordeelde wijze met elkaar. Hier kan aan worden toegevoegd dat het zoekgedrag naar medische informatie verschilt tussen burgers met een andere etnische of culturele achtergrond (Schinkel, 2015). Hoewel het onmogelijk is om alle culturen van immigranten in Nederland te doorgronden, is het wel mogelijk om rekening te houden met mogelijke cultuurverschillen. Factoren die mogelijk een rol spelen in deze cultuurverschillen zijn individualiteit versus collectivisme, machtsafstand, rolpatronen van mannen en vrouwen, religie, onzekerheidsvermijding en gerichtheid op de korte of lange termijn (Stalenhoef, 2006). Pinto (2000) maakt onderscheid tussen *fijnmazige* (F) en *grofmazige* (G) culturen. In de F-cultuur zijn meer strikte regels op alle levenssterreinen dan de G-cultuur. Het relationele aspect van communicatie heeft in de F-cultuur een groter belang dan het inhoudelijke aspect. Voor de patiënt-arts relatie betekent dit dat in de F-cultuur behoefte is aan continuïteit van de relatie, de communicatie is formeler en de arts heeft een meer autoritaire positie dan in de G-cultuur (Stalenhoef, 2006). Vragen naar de eigen beleving van de klachten zijn niet relevant en kunnen als ongeleefd worden beschouwd. Ook de taboeonderwerpen in deze culturen verschillen van elkaar. Zeker bij seks gerelateerde klachten kunnen cultuurverschillen een obstakel vormen. De Nederlandse cultuur is een voorbeeld van een G-cultuur en de Marokkaanse cultuur een voorbeeld van een F-cultuur. In tabel 1 zijn een aantal factoren voor de verschillen tussen F- en G-culturen weergegeven. In figuur 2 zijn de verschillen in menselijke behoeften tussen F- en G-culturen weergegeven.

Tabel 1: Verschillen tussen G- en F-culturen wat betreft menselijke behoeften (Pinto, 2000 uit Stalenhoef, 2006)

Grofmazige cultuur	Fijnmazige cultuur
<i>Individualisme: ik-cultuur/persoon</i>	<i>Collectivisme: wij-cultuur/groep</i>
1. Gelijkheid, veel discussie en uitleg	1. Kennen van plaats in groep/leeftijd
2. Persoonlijke ontplooiing belangrijk	2. Eer belangrijker dan persoonlijk ontplooiing
3. Schuld belangrijker dan schande	3. Schande belangrijker dan schuld
4. Rolverschillen man-vrouw klein(er)	4. Rolverschillen man-vrouw groot
5. Beheersing van natuur	5. Afhankelijkheid van natuur
6. Directe expliciete communicatie	6. Indirecte impliciete communicatie
7. Drankcultuur	7. Eetcultuur
8. Scheiding persoonlijk/zakelijk	8. Bijna alles is persoonlijk
9. Agressiviteit is onbeschaafd	9. Agressiviteit is soms geoorloofd (wraak)
10. Ruzie werkt verstorend	10. Ruzie is soms functioneel
11. Taboes:	11. Taboes:
- Racisme en discriminatie	- Geleden vernedering
- Praten over cultuurverschillen	- Praten over seks

Figuur 2: Cultuurverschillen factoren (Pinto, 2000, uit Stalenhoef, 2006)



Piramide van menselijke behoeften in G-structuren (Maslow, 1970)

Piramide van menselijke behoeften in F-structuren (cf. Pinto, 1994-2000)

Expats en internationale studenten voelen zich vaak niet thuis bij de Nederlandse gezondheidszorg en hebben weinig vertrouwen in de huisarts (Rullmann, Helder & Frijling, 2017). Deze groep bestaat uit meer dan 800.000 mensen, voornamelijk woonachtig in de grote steden (Statline, 2018). Uit onderzoek is gebleken dat er een gat zit tussen de behoeften en verwachtingen van enerzijds de expats en internationale studenten en anderzijds het Nederlandse zorgsysteem (Rullmann, Helder & Frijling, 2017). Voorbeelden die worden gegeven zijn de beleving van ziekte en gezondheid (Kleinman & Eisenberg, 1987). In Nederland is het normaal om bij een griepje thuis uit te zieken, terwijl de griep in andere landen als levensbedreigend wordt ervaren. Niet in de letterlijke zin levensbedreigend, maar wel levensbedreigend voor de carrière of opleiding. De terughoudende aanpak bij medicatie of diagnostiek van het Nederlandse zorgsysteem zoals besproken in sectie 2.1 kan als problematisch worden ervaren. Volgens Rullmann, Helder & Frijling (2017) is deze groep het gewend om direct een specialist te bezoeken, in plaats van eerst langs de poortwachter te moeten alvorens te kunnen worden behandeld. Zo wordt ook de doktersassistente gezien als een lastige receptioniste. Het gebrek aan vertrouwen leidt tot lagere therapietrouw en vermijding van gebruik van zorg in Nederland (Rullmann, Helder & Frijling, 2017). In plaats daarvan kunnen expats of internationale studenten hun medicijnen laten opsturen door familieleden wanneer de huisarts hen de medicijnen niet wil geven. Vanuit het oogpunt van volksgezondheid is dit onwenselijk. Ook is het beschreven probleem een reden voor een op de drie expats om niet in Nederland te blijven.

3.1.5 INTENSIVERING

In de huidige Nederlandse samenleving komt een steeds grotere nadruk te liggen op “genieten” (Schnabel, 2004). Met intensivering wordt niet alleen deze nadruk bedoeld, maar ook dat alle belevingen intens en intensief moeten zijn. Er moet zo veel mogelijk gedaan een meegemaakt worden, en het dagelijkse leven mag niet eentonig of saai zijn. Relaties, werk, sport en vakanties moeten bijdragen aan de individuele behoefte aan spanning en ontspanning, belevenis en beleving, gevoel en emotie. Alles moet in positieve zin zijn, en er is een constante vraag of iets nog ‘lekker’ is en iemand nog ‘leuk’ is. Is het antwoord hierop negatief, dan is een verandering nodig. Ook stelt Schnabel dat het eigen gevoel een grotere normatieve waarde heeft gekregen: “ingaan tegen het eigen gevoel bij gewichtige zaken in het leven (...) wordt als een (te) groot risico voor de eigen geestelijke gezondheid gezien” (2004). Het gebruik van tijd verandert ook door intensivering. Tijd wordt gezien als iets wat beperkt is, en daarom moet tijd zo goed mogelijk besteed worden.

In de gezondheidszorg is er vaak sprake van niet-positieve momenten. Bezoek aan de huisarts is immers meestal omdat het niet goed gaat met de gezondheid. Het omgaan met negatief nieuws, zoals een slechte diagnose of advies voor ingrijpende veranderingen in de levensstijl, kan lastig zijn voor burgers die zijn beïnvloed door intensivering. Een mogelijkheid voor het omgaan met negatief nieuws, is door het aanvragen van een second-opinion. Het aantal second-opinion aanvragen is de afgelopen jaren sterk gestegen (Moerkamp, 2015). Een veelvoorkomende reden

voor de aanvraag is de hoop op een andere diagnose of advies (Wijers et al, 2010; Maaskant et al, 2009; Wieske et al, 2008; Mellink et al., 2003; van Dalen et al, 2001).

3.1.6 SAMENVATTING

In sectie 3.1 *Maatschappelijke Processen* is er antwoord gegeven op de derde beschrijvende hoofdvraag: Welke maatschappelijke ontwikkelingen beïnvloeden de relatie en interactie tussen burgers en hun huisarts? Hieruit is gebleken dat er individualisering, informalisering, informatisering, internationalisering en intensivering van de samenleving merkbaar is. Deze processen hebben elk hun eigen mogelijke effect op de huisartsenzorg en daarmee de relatie tussen burger en huisarts.

De beschreven processen spelen niet af in isolatie. Over de gehele samenleving spelen de processen in meer of mindere mate een rol. Burgers kunnen dan ook in meer of mindere mate door de verschillende processen beïnvloed worden. Onderling zijn er verbanden tussen de processen. Zo draagt individualisering bij aan de behoefte om zelf informatie op te zoeken over de eigen gezondheid zodat burgers zelf de touwtjes in handen kunnen houden wat betreft hun gezondheid. Dit opzoekgedrag wordt gefaciliteerd door de mogelijkheden van informatisering.

3.2 ASPECTEN PATIËNT-DOKTER RELATIE

In dit hoofdstuk zal gekeken worden naar de aspecten van de patiënt-huisarts relatie vanuit het oogpunt van de burger. In de relatie zijn er een aantal aspecten die kenmerkend en bepalend zijn voor de band tussen burgers en hun huisarts. Onderzoek door Lings et al. (2003) heeft deze aspecten samengevat in de volgende categorieën: interactie, persoonlijke impact en professionaliteit (zie figuur 3). Elk van deze categorieën bevat een aantal aspecten van de relatie. Positieve ervaringen van de verschillende aspecten dragen bij aan een positieve patiënt-huisarts relatie en daarmee aan patiënttevredenheid (Williams, Weinman & Dale, 1998). Na een uiteenzetting van elk aspect zal er een koppeling worden gemaakt tussen de eerder besproken maatschappelijke processen en het desbetreffende aspect.

3.2.1 INTERACTIE

De interactie tussen patiënt en arts is van groot belang, omdat het invloed heeft op de gezondheidsuitkomsten (Arora, 2003; Stewart, 1995; Kaplan, Greenfield & Ware Jr., 1989; Starfield et al., 1981). Literatuuronderzoek door Street Jr. et al (2008) laat zien dat de positieve relatie tussen effectieve interactie en gezondheidsuitkomsten kan leiden tot een verbetering van de fysieke gezondheid.

Figuur 3: Aspecten van de patiënt-dokter relatie (gebaseerd op Lings et al., 2003)

Interactie	Persoonlijke impact	Professionaliteit
Taal	Zorgzaamheid	Vertrouwen in persoonlijke integriteit
Luisteren	Begrip	Vertrouwen in medische competentie
Uitleggen	Context	
Geruststellen	“Mogen”	
Nazorg	Respect	

TAAL

Logischerwijs begint effectieve communicatie bij het kunnen begrijpen wat de ander zegt, zonder dat taalobstakels dit belemmeren. In Nederland beheersen ruim 2,5 miljoen inwoners de Nederlandse taal niet voldoende. Dit kunnen zowel inwoners van Nederland zijn wiens moedertaal Nederlands is en inwoners van Nederland wiens moedertaal niet Nederlands is, zoals expats, internationale studenten, vluchtelingen of andere migranten. Voor deze groep is het ingewikkeld om hun verhaal open en duidelijk te kunnen vertellen en het advies of de uitleg van de huisarts te kunnen begrijpen.

Een veel voorkomende oorzaak van lage gezondheidsvaardigheden is het niet of onvoldoende spreken van dezelfde taal als de huisarts (NIVEL, 2018). Door internationalisering is er een toename van de taalverscheidenheid in Nederland. Er is weinig onderzoek gedaan naar het aantal gesproken talen in Nederland. Volgens Multicultureel Opleiden (2012) worden er in de randstad worden er meer dan 110 talen gesproken. Voor effectieve communicatie is het niet per se nodig dat patiënt en huisarts beiden voldoende Nederlands spreken. Het is ook mogelijk dat beide partijen een andere zelfde taal voldoende beheersen.

LUISTEREN

Luisteren naar de patiënt is een aspect van de medische zorg dat steeds meer wordt gezien als essentieel in de relatie tussen patiënt en arts (Jagosh, Boudreau, Steinert, Macdonald & Ingram, 2011). Het is van belang dat de patiënt open en eerlijk kan communiceren met de huisarts. Luisteren is essentieel om de juiste medische informatie te verkrijgen van de patiënt en om de juiste diagnose te kunnen stellen. Patiënten geven aan dat zij het belangrijk vinden dat de arts luistert naar hun verhaal en hen ziet als een uniek individu met een verhaal dat telt, in plaats van voornamelijk uit te gaan van hun medische kennis uit boeken of andere informatie uit de tweede hand, zoals eerdere patiënt diagrammen en gegevens. Het kunnen vertellen van je verhaal en het gevoel hebben dat er naar je geluisterd wordt, zorgt voor een positief effect op de psychosociale gezondheid (Jagosh et al, 2011, Street Jr. et al., 2008).

UITLEGGEN

Uitleggen gaat om de overdracht van informatie vanuit de huisarts richting de patiënt. Correcte uitleg en begrip over de uitleg vanuit de patiënt is cruciaal voor het kunnen navolgen van het behandelplan en adviezen van de huisarts (Hagihara & Tarumi, 2006) Wanneer het behandelplan en bijhorende medicatie en andere levensstijl adviezen niet worden begrepen door patiënten als gevolg van onduidelijke uitleg, kan de gezondheid van de patiënt niet worden verbeterd. "Duidelijke uitleg" is hier een subjectief begrip.

Hagihara & Tarumi (2006) stellen een theoretisch kader voor waarin het begrip over de gegeven uitleg vanuit de patiënt en de arts tegen elkaar wordt afgewogen (figuur 4). Zowel patiënt als arts gaan na of de uitleg begrepen wordt door de patiënt en beoordelen op basis daarvan of de uitleg als voldoende wordt ervaren. Als deze beoordelingen overeenkomen is er sprake van concordance; als ze niet overeenkomen is er sprake van discordance. Waar concordance wordt geassocieerd met een goede patiënt-arts interactie, leidt discordance tot onbegrip of een misverstand. Positieve beoordelingen over de uitleg van de arts een positieve invloed op de medische en psychosociale gezondheid van de patiënt.

Het subjectieve begrip “duidelijke uitleg” kan aangevuld worden met het begrip “gewenste uitleg”. Onderzoek heeft aangetoond dat patiënten graag zo veel mogelijk informatie willen hebben (Deber, 1994). Echter, dit is niet altijd het geval (Dawes & Davison, 1994). Zo stellen Butow, Dowsett, Hagerty & Tattersall (2002) in hun onderzoek onder patiënten met metastase³ dat het belangrijk is om als arts na te gaan bij de patiënt welke informatie en uitleg gewenst is. In andere woorden, het krijgen van correcte uitleg heeft positieve effecten op de gezondheid van de patiënt en de patiënt-huisarts relatie, maar *welke* uitleg er gegeven moet worden hangt sterk af van de wens van de patiënt.

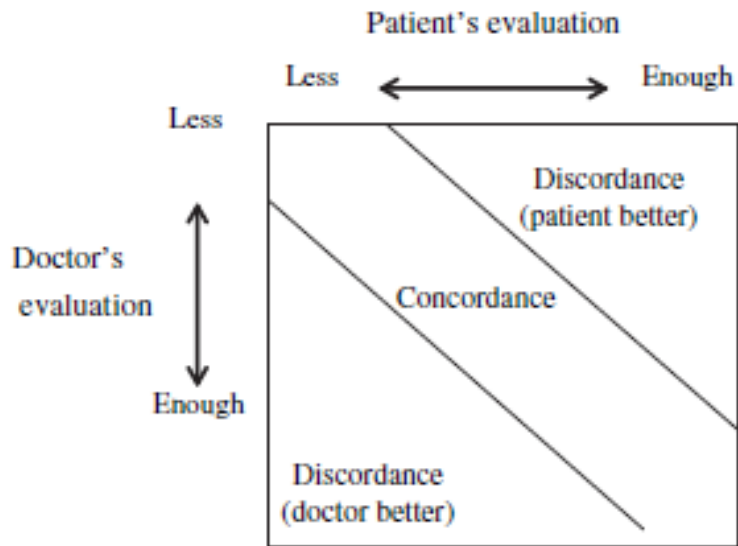
GERUSTSTELLING

Een belangrijke reden voor burgers om een bezoek te brengen aan de huisarts is om *geruststelling* te krijgen (Bügel, Meyboom-De Jong, Roordink, Van De Ven & Groenier, 2000; Barsky, 1981). Zeker in het weekend en in de avonduren wordt de huisartsenpost gebeld om geruststelling te krijgen. Onderzoek door IQ Health heeft gevonden dat 80% van de hulpvragen waarmee Nederlanders naar de huisartsenpost komt niet urgent is (Müskens, Smits, Mout & Giesen, 2013). De redenen voor het bezoeken van de huisartsenpost zijn met name ongerustheid en het gevoel met spoed een huisarts nodig te hebben.

Geruststelling tijdens het huisartsen consult draagt bij aan de gezondheid van de patiënt. Praten over hetgeen wat stress veroorzaakt, vermindert de ervaren stress. Wanneer de ongerustheid van de patiënt wordt vermindert, neemt het vermogen om informatie te kunnen begrijpen toe (Giroldi et al., 2014). Dit wordt ook wel de *talking-cure* genoemd. Onderzoek door Leibowitz, Hardebeck, Goyer & Crum (2018) toont aan dat slechts enkele geruststellende woorden al bijdragen aan de vermindering van ervaren klachten. De uitkomst is vergelijkbaar met het placebo-effect, waarbij de patiënt het idee heeft dat hij een behandeling krijgt die hij niet krijgt en er verbeteringen ontstaan in de gezondheid. Voor meer onderzoek naar het effect van geruststelling op de relatie, zie Winterberg & Krol (2005).

³ Uitzaaïngen van kwaadaardige tumoren elders in het lichaam

Figuur 4: Concordance - disconcordance beoordeling huisarts uitleg (Hagihara & Tarumi, 2006)



NAZORG

In de vernieuwde kernwaarden van de huisartsenzorg is geformuleerd dat huisartsen continue zorg en moeten bieden en naar een langdurige relatie met de patiënt moeten streven. Dat houdt in dat zij een constante factor moeten zijn in de medische zorg van de patiënt. Daarnaast is een van de kerntaken ook terminaal-palliatieve zorg. Deze kernwaarde en –taak laten het belang van goede nazorg zien.

Met name bij de groep chronisch zieken is nazorg van groot belang. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (2014) stelt dat de huisarts nazorg moet verlenen aan patiënten die met een (chronische) aandoening zijn ontslagen uit specialistische controle, bijvoorbeeld bij kankerpatiënten die nog lichamelijke restverschijnselen ervaren. Daarnaast kunnen patiënten te maken krijgen met emotionele en sociale problemen. Voor zowel fysieke als psychosociale problemen kunnen de patiënten bij de huisarts terecht. Hoewel de behandeling van de ziekte niet is gedaan door de huisarts, ligt de nazorg verantwoordelijkheid hier wel.

Hoewel nazorg een belangrijke taak is van de huisarts en het daarmee een essentieel onderdeel is van de patiënt-huisartsrelatie, wordt er in dit onderzoek geen verband gelegd tussen nazorg en de maatschappelijke ontwikkelingen. Hier is voor gekozen omdat de nazorg met name een rol speelt bij een specifieke groep patiënten. In dit onderzoek wordt niet gekeken naar de klachten waarmee patiënten naar hun huisarts gaan dus kunnen er geen juiste conclusies worden getrokken over het effect van maatschappelijke ontwikkelingen op de nazorg van patiënten.

3.2.2 PERSOONLIJKE IMPACT

In deze sectie zullen de aspecten besproken worden die betrekking hebben op de persoonlijke aspecten van de huisartsenzorg, de emotionele betrokkenheid.

ZORGZAAMHEID

Het geloof dat iemand die jij belangrijk acht naar je luistert en meeleeft wanneer jij je verhaal vertelt en zorgen uit, heeft een helende werking op lichaam en geest (Adler, 2002). De huisarts is onze samenleving vaak de eerste persoon waar burgers heen gaan met hun (medische) zorgen. Het aspect *luisteren* is eerder besproken. Het aspect “meeleven” wordt hier besproken en wordt aangeduid als *zorgzaamheid*. Deze aspecten liggen dicht bij elkaar. Patiënten ervaren *zorgzaamheid* wanneer zij het gevoel krijgen dat hun arts emotioneel betrokken was, naar hen luisterde en actief zijn best wilde doen om de gezondheid van de patiënt te verbeteren (Jagosh et al., 2011; Lings et al., 2003)

Figuur 5: Aspecten van de patiënt-dokter relatie (gebaseerd op Lings et al., 2003)

Interactie	<i>Persoonlijke impact</i>	Professionaliteit
Taal	<i>Zorgzaamheid</i>	Vertrouwen in persoonlijke integriteit
Luisteren	<i>Begrip</i>	
Uitleggen	<i>Context</i>	Vertrouwen in medische competentie
Geruststellen	<i>“Mogen”</i>	
Nazorg	<i>Respect</i>	

Met name in situaties waar ernstig nieuws gedeeld moet worden, is zorgzaamheid van groot belang. Onderzoek heeft aangetoond dat bij kankerpatiënten zorgzaamheid belangrijker werd gevonden dan de uitleg of geruststelling die gegeven werd (Roberts, Cox, Reintgen, Baile & Gibertini, 1994). Het geven van uitleg is echter wel een component van zorgzaam gedrag. Zo stellen Quirk et al. (2008) dat het geven van de juiste hoeveelheid informatie en uitleg geven een manier is om zorgzaam gedrag te vertonen. Andere componenten van zorgzame communicatie zijn luisteren, direct maar niet bot zijn, consistent zijn in zowel verbaal als non-verbaal gedrag en spreken met een zachte maar zelfverzekerde toon (Quirk et al., 2008). Ook het helpen met zorgbehoeften is een manier om zorgzaam te zijn jegens de patiënt, bijvoorbeeld door het bieden van nazorg. Daarnaast is respect essentieel in een zorgzame relatie. De huisarts moet de patiënt kennen, hoop geven maar wel realistisch blijven en wanneer er een fout gemaakt wordt moet deze toegegeven worden. Als laatste is empathie een component van zorgzaam gedrag welke patiënten op prijs stellen (Quirk et al., 2008). Er is dus veel overlap met andere aspecten in de patiënt-huisartsrelatie.

BEGRIP

Wederzijds begrip is een belangrijk aspect in de relatie tussen patiënt en huisarts. Hier komen de aspecten luisteren en uitleggen tot op zekere hoogte bij elkaar. Wederzijds begrip volgt namelijk uit het kunnen doen van je verhaal als patiënt, het goed luisteren vanuit de huisarts naar het verhaal van de patiënt en het correct uitleggen van nieuwe informatie vanuit de huisarts op een begrijpbare manier voor de patiënt. Ook het aspect taal komt hier deels in terug. Taalbarrières kunnen wederzijds begrip belemmeren.

Aangezien de huisarts een poortwachtersrol heeft is het van groot belang dat er wederzijds begrip is tussen de patiënt en de huisarts. De zorg begint immers hier. Wanneer er vanaf het begin van de poort onjuist wordt begrepen wat de klachten zijn, kan de patiënt naar een verkeerde kant van de zorg gestuurd worden. Wanneer de patiënt niet voldoende begrijpt wat de vervolgstappen zullen zijn, kan hij de nodige zorg mislopen. Volgens onderzoek is wederzijds begrip tussen patiënt en huisarts de beste voorspeller van therapietrouw (Safran et al., 1998; Van Wieringen, Harmsen, Bruijnzeels, 2002). Het bekende cliché “een goed begin is het halve werk” is hier dus zeker van toepassing. Daarbij leidt wederzijds begrip ook tot hogere patiënttevredenheid (Harmsen, Meeuwesen, Van Wieringen, Bernsen & Bruijnzeels, 2003).

CONTEXT

Ziekte en ziek-zijn zijn tot op bepaalde hoogte sociale constructen, wat betekent dat er een relatie is tussen de ziekte/ziek-zijn en de leefomgeving van de patiënt (Van Weel, 2001). Het is de complexiteit van de medische zorg in de context van de patiënt die de huisartsenzorg kenmerkt (Heath, Evans & Van Weel, 2000).

De context is de volledige persoonlijke situatie van de patiënt. Lucassen, Stortenbeker & Van Den Muijsenbergh (2019) bespreken vier vormen van context: de klachtcontext, de context van de therapeutische relatie, de psychosociale context en de sociaaleconomische context. De klachtcontext zijn alle symptomen, ideeën, gevoelens en gedragingen die te maken hebben met de klacht. Ook de invloed van de klacht op het dagelijks leven valt hieronder. (Lucassen, Stortenbeker & Van Den Muijsenbergh, 2019). De context van de therapeutische relatie heeft betrekking op de patiënt-huisarts relatie. De psychosociale context van de patiënt heeft betrekking op zaken in de geschiedenis van de patiënt, zoals misbruik in het verleden en belangrijke levensgebeurtenissen in het heden zoals het overlijden van naasten, ontslag van werk en de kwaliteit van sociale relaties (of het gebrek daaraan). Vaak vormen psychosociale klachten de achtergrond van klachten. Het is daarom van groot belang dat de huisarts kennis heeft van de psychosociale context van de patiënt om een verband te kunnen zien tussen klachten, zowel lichamelijk als mentaal, en de psychosociale context. Als laatste speelt de sociaaleconomische context een belangrijke rol in de relatie tussen patiënt en huisarts. Hierbij gaat het om wonen, opleiding, inkomen, migratie of geletterdheid. Deze factoren hebben invloed op de algehele gezondheid van mensen. Zo heeft opleiding een negatieve invloed op gezondheidsvaardigheden en komt multimorbiditeit, het hebben van twee of meer chronische ziekten tegelijk, vaker en eerder voor bij mensen met een lagere sociaaleconomische status.

Het op de hoogte zijn van de persoonlijke situatie kan klachten verklaren. Wanneer een patiënt werkloos is kan dit zorgen voor stress, wat de basis kan zijn voor veel andere klachten. Maar het kan ook de noodzaak voor aandacht aan klachten benadrukken. Een rijke man van veertig met pijn op de borst heeft immers een duidelijk lagere kans op myocardinfarct dan een arme man van veertig met dezelfde klacht. En als laatste kan de persoonlijke context een indicatie zijn van de gezondheidsvaardigheden. De kans op het maken van fouten bij het nemen van medicatie is groter bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Dus voor deze groep is het extra belangrijk om na te gaan of er concordance tussen patiënt en huisarts.

De verschillende contexten moeten worden meegenomen om de kernwaarde *persoonsgerichte zorg* te kunnen bereiken en de kerntaak *medisch-generalistische zorg* te kunnen uitvoeren. In praktijk blijkt het echter niet altijd makkelijk om rekening te houden met de volledige context van de patiënt, bijvoorbeeld door tijdgebrek (Boekraad, 2017).

“MOGEN”

De term “mogen” vergt enige uitleg. Het gaat hier om het positieve gevoel vanuit de patiënt jegens de huisarts. Het gevoel dat de patiënt zijn huisarts aardig vindt en gesteld is op hem. Anders gezegd, een “klik” hebben met de huisarts. Lings et al. (2003, p. 182) definiëren dit aspect als *“having an easy and comfortable relationship with the doctor”*. Chipidza, Wallwork & Stern (2015, p. 5) beschrijven hetzelfde concept met de term *regard: “ratings of a*

physician's friendliness, warmth, emotional support, and caring" (p. 5). Deze klik ontstaat onderbewust en vaak direct tijdens de eerste indruk (Lopez in Santé, n.d.). Het is gebaseerd op herkenning. Hoe meer je op elkaar lijkt en jezelf herkent in de ander, hoe groter de kans dat je met elkaar klikt. Uit onderzoek is gebleken dat een klik hebben met de huisarts een positief effect heeft op de patiënttevredenheid.

Hall, Horgan, Stein & Roter (2002) hebben onderzoek gedaan naar het aspect "mogen" in de patiënt-arts relatie. Er werd gevonden dat patiënten een betere klik hebben met hun huisarts wanneer zij een betere gezondheid hebben, zowel fysiek als mentaal. Ook als de emotionele toestand positiever is, mogen patiënten hun arts meer. In het follow-up onderzoek een jaar later bleek dat wanneer patiënten een goede klik hadden met hun huisarts, er een kleinere kans was dat zij gewisseld waren van huisarts. Daarnaast werd ook gevonden dat wanneer de patiënt het gevoel kreeg dat de huisarts hem mocht, de kans groter was dat de patiënt de huisarts ook mocht. Dit wordt *mutual liking* genoemd. Deze bevindingen laten zien dat YAVIS-patiënten een hogere kans hebben op een goede patiënt-huisartsrelatie en daarmee betere gezondheidssuitkomsten. De kwetsbare HOUND-patiënt, die juist zou moeten profiteren van de relatie, heeft minder kans op de directe goede klik.

Een van de kernwaarden van de huisartsenzorg is continuïteit. Hieronder valt dat huisartsen "de constante factor in de medische zorg voor hun patiënten zijn" en zij "hun patiënten kennen en streven naar de langdurige arts-patiëntrelaties" (De Argumentenfabriek, 2019, p. 2). Voor het creëren van deze langdurige relatie, is het wenselijk dat de patiënt een goede klik heeft met de huisarts. De huisarts heeft hier invloed op door patiënten het gevoel te geven dat hij hen mag. Omdat patiënten in staat zijn om in te schatten of de arts hen mag of niet (Hall et al, 2002) is nodig dat er oprechtheid zit in het overbrengen van het mogen van de patiënt. Een signaal dat kan aangeven dat de huisarts zijn patiënt mag is door goed te luisteren naar wat de patiënt zegt. Ook bereid zijn om meer uitleg te geven is een signaal van dat de huisarts de patiënt mag. Als laatste kan de huisarts laten zien aan zijn patiënt dat hij hem mag door hem bij te laten dragen in het beslissingsproces.

De continuïteitsfactor is wederkerig: *mutual liking* kan ontstaan wanneer er een continuïteit is in de relatie (Lings et al, 2003) en wanneer patiënt en huisarts elkaar mogen, is de kans groter dat er continuïteit in de relatie ontstaat (Hall et al., 2002). Door deze continuïteit en het positieve gevoel richting de huisarts, ontstaat er ook meer vertrouwen tussen de patiënt en de huisarts. Volgens Lings et al. (2003) leidt dit ertoe dat patiënten zich toleranter opstellen tegenover eventuele fouten gemaakt door de huisarts wanneer zij de huisarts mogen en vertrouwen.

Een valkuil welke meegenomen moet worden is de bevinding dat een wederkerige klik onder gezondere patiënten en hun arts vaker voorkomt dan onder patiënten met een slechtere gezondheid (Hall et al., 2002). Dit kan betekenen dat juist de groep die hard zorg nodig heeft wegens slechte gezondheid, een minder goede relatie kan hebben met

de huisarts. Het is mogelijk dat patiënten met een slechte gezondheid een negatievere houding hebben en dat dit de houding van de arts beïnvloedt volgens het principe van *mutual liking*.

RESPECT

Respect richting anderen kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden. Darwall (1977) onderscheidt twee soorten respect: *recognition respect*, wat verwijst naar respect voor mensen omdat zij simpel gezegd levende wezens, en *appraisal respect*, welke voortkomt uit het geloof dat een persoon karakteristieken heeft waardoor hij of zij een positieve beoordeling verdient.

In de relatie tussen burger en huisarts kan er vanuit beide kanten respect zijn naar de ander. Omdat dit onderzoek uitgaat van het burgerperspectief zal er gefocust worden op hoe de patiënt zich gerespecteerd voelt door de huisarts. Respect en status zijn tot op zekere hoogte met elkaar verbonden. Het is te verwachten dat degenen met een lagere hiërarchische positie respect hebben voor degenen met een hogere positie. Andersom is het aannemelijk dat wanneer iemand veel respect en sociale waardering ontvangt, hij of zij een hogere status verkrijgt. Het beroep huisarts heeft lange tijd een relatief hoge hiërarchische status gehad (Pronk, 2002; Lipworth, Little, Markham, Gordon & Kerridge, 2013). Daarmee was er dus een vanzelfsprekende vorm van respect voor de huisarts en zijn werk. Recentelijk lijkt de huisarts zijn hoge plek op de prestigeladder te moeten afgeven aan andere beroepen, zoals ondernemers (Sixma, 1991; Lipworth, Little, Markham, Gordon & Kerridge, 2013).

Het is belangrijk dat respect in de context van andere variabelen wordt beschouwd. Volgens Lings et al. (2003) werd respect ervaren door patiënten wanneer zij het gevoel kregen van hun arts dat ze ertoe doen, ongeacht hun achtergrond of manier van leven. Patiënten voelen zich gerespecteerd als autonoom en intelligent persoon wanneer hun arts op een duidelijke wijze met hen communiceert, vragen beantwoordt en informatie geeft (Elingson & Buzzanell, 2009). Eerder werd beschreven dat het voor patiënten van belang is dat hun huisarts naar hen luistert en dat er een relatie is tussen luisteren en zorgzaamheid. Echter, respect speelt hier een bepalende factor in. Enkel wanneer de patiënt het gevoel heeft dat de arts met respect naar hem luistert, krijgt hij het gevoel dat de arts zorgzaam en oprecht is (Jagosh et al., 2011). Luisteren moet gepaard gaan met respect voor de ideeën en waarden van de patiënt. Eerlijkheid en respect vormen de basis voor de juiste vorm van luisteren van de kant van de huisarts. Ook rekening houden met de tijd van de patiënt wordt gezien als respect hebben voor de patiënt. Patiënten geven aan dat zij willen ervaren dat niet alleen de tijd van de arts waardevol is, maar ook hun eigen tijd en dat zij niet onnodig lang moeten wachten (Lings et al, 2003).

3.2.3 PROFESSIONALITEIT

Vertrouwen vanuit burgers richting de huisarts is essentieel. Wanneer dit vertrouwen ontbreekt, kan het zijn dat burgers minder snel medische hulp zoeken wanneer zij dit nodig hebben. De poortwachtersrol van de huisarts maakt dat wanneer men de huisarts niet bezoekt wegens een gebrek aan vertrouwen, er een fundamenteel probleem ontstaat in het gehele zorgstelsel. Met integriteit wordt bedoeld dat de arts het belang van de patiënt vooropstelt (Raad voor Volksgezondheid & Zorg, 2007). Deze sectie kijkt kort naar het vertrouwen in de persoonlijke integriteit van de huisarts en gaat dieper in op vertrouwen in zijn medische competentie, oftewel de vakspecifieke kennis en kunde.

VERTROUWEN IN PERSOONLIJKE INTEGRITEIT

Persoonlijke integriteit betekent dat je de arts handelt in het belang van de patiënt en dat alle andere belangen daaraan ondergeschikt dienen te zijn. Bij het slagen voor het artsenexamen wordt de artseneed afgelegd, waarmee de arts zich hieraan verbindt (KNMG, 2009).

De marktwerking van de gezondheidszorg en de daarbij horende vraagstukken zijn een groot onderwerp in de huisartsenzorg. Dit is te zien aan het door huisartsen opgestelde manifest *Het Roer Moet Om*. Hierin bekritiseren huisartsen beleid gericht op de huisartsenzorg, welke volgens hen leidt tot het tussen wal en schip raken van patiënten. Er wordt gepleit voor meer focus op samenwerking, in plaats van concurrentie als gevolg van marktwerking: “maak samenhang door samenwerking het leidende principe in de zorg, voor én met de patiënt” is hun oproep aan politiek, verzekeraars en zorgverleners (Het Roer Moet Om, 2015). Het feit dat deze oproep wordt gedaan door een grote hoeveelheid professionals laat zien hoe erg het onderwerp speelt.

Hoewel de kwestie “persoonlijke integriteit” op dit moment een veel besproken onderwerp is, is ervoor gekozen om er niet dieper op in te gaan. De beweegreden hiervoor is dat het onderwerp dusdanig groot en complex is, dat het voorbij de scope van dit onderzoek gaat. Om een juist beeld te kunnen krijgen van hoe burgers de persoonlijke integriteit van de huisarts ervaren, is er veel informatie nodig van hen en het is niet haalbaar om deze informatie te verkrijgen. Daarbij is het ook de vraag of burgers een inschatting kunnen maken van de belangenprioriteit van de huisarts.

VERTROUWEN IN MEDISCHE COMPETENTIE

De huisarts vervult een poortwachters- en gidsfunctie in het Nederlandse zorgstelsel. Wanneer burgers klachten hebben of zich zorgen maken over fysieke of mentale signalen, gaan zij naar de huisarts in de hoop verder geholpen te kunnen worden. Het is dan van belang dat de huisarts een inschatting maakt van de aard van de klachten en vervolgens beslist of verder onderzoek of behandeling nodig is. Logischerwijs is de medische competentie van de

Figuur 6: Aspecten van de patiënt-dokter relatie (gebaseerd op Lings et al., 2003)

Interactie	Persoonlijke impact	Professionaliteit
Taal	Zorgzaamheid	<i>Vertrouwen in persoonlijke integriteit</i>
Luisteren	Begrip	<i>Vertrouwen in medische competentie</i>
Uitleggen	Context	
Geruststellen	“Mogen”	
Nazorg	Respect	

arts essentieel in deze poortwachtersrol. Volgens de kernwaarden van de huisartsenzorg moeten huisartsen medisch-generalistische zorg bieden, waaronder valt dat zij “brede medische kennis en vaardigheden hebben om gezondheidsklachten te beoordelen, te behandelen of patiënten te verwijzen” en “passende medische zorg aan hun patiënten bieden, niet te veel en niet te weinig” (De Argumentenfabriek, 2019).

Wanneer het vertrouwen in de medische competentie van de huisarts laag is, ontstaat er logischerwijs een fundamenteel probleem in het Nederlandse zorgstelsel.

3.2.4 SAMENVATTING ASPECTEN PATIËNT-HUISARTS RELATIE

In deze paragraaf is antwoord gegeven op de tweede beschrijvende deelvraag: *Welke aspecten zijn van belang in de relatie tussen burgers en hun huisarts?* In combinatie met het antwoord op de eerste beschrijvende vraag is er antwoord gegeven op de vraag welke maatschappelijke ontwikkelingen de verschillende aspecten van de relatie tussen burgers en hun huisarts beïnvloed. De drie belangrijkste aspecten van de patiënt-huisarts relatie zijn interactie, persoonlijke impact en professionaliteit.

Net zoals het geval is bij de maatschappelijke processen, zijn ook de besproken aspecten niet op zichzelf staand. Het ene aspect komt voort uit het andere of is een onderdeel van een ander aspect. Bijvoorbeeld, wanneer patiënten het gevoel hebben dat er naar hen geluisterd wordt (interactie), krijgen zij de indruk dat hun huisarts zorgzaam is en respect heeft voor hen (persoonlijke impact). Dit leidt er vervolgens toe dat het vertrouwen in de huisarts toeneemt. Zo zijn de aspecten onderling verbonden. Echter, de aspecten staan ook los van elkaar in de zin van dat zij apart van andere aspecten kunnen worden opgebouwd. Zo kan het zijn dat patiënten niet het gevoel hebben dat de huisarts naar hen wordt geluisterd, maar hebben zij wel *appraisal respect* voor de huisarts vanwege andere kwaliteiten die hij bezit.

3.3 ASPECTEN PATIËNT-HUISARTS RELATIE IN HET LICHT VAN MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN

3.3.1 INTERACTIE

TAAL

Taalbarrières als gevolg van internationalisering hebben een negatieve invloed op gezondheidsuitkomsten, bijvoorbeeld als gevolg van disconcordance (zie figuur 4; zie sectie 3.2.1 *Uitleggen*). Wanneer de huisarts de patiënt niet voldoende begrijpt, kunnen essentiële elementen in het verhaal gemist worden en kan een verkeerde diagnose gesteld worden. Andersom kan inefficiënte communicatie leiden tot lagere therapietrouw en verminderde algemene patiënttevredenheid (Jacobs et al., 2018). Een manier om taalbarrières te voorkomen is het gebruik van een tolk. Vaak maken mensen met een migratieachtergrond gebruik van een tolk uit de familiekring (Koninklijke Nederlandse

Akademie van Wetenschappen, 2018). Het gebruik van zulke informele tolken kan echter effect hebben op de kwaliteit van de vertalingen, met name het vertalen van medisch jargon. Uit onderzoek is gebleken dat informele tolken minder accuraat zijn dan formele tolken en dat zij vaker fouten maken in vertalingen die potentiële klinische gevolgen kunnen hebben (Flores et al., 2003; Flores, 2006). Daarbij kunnen informele tolken er ook voor zorgen dat taboezaken moeilijk of niet besproken kunnen worden vanwege schaamte (Zendedel, 2010). Al met al leidt dit tot de volgende hypothese: *H1a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan ervaren zij meer obstakels in de communicatie met de huisarts als gevolg van taalverschillen.*

Door informatisering kunnen taalobstakels juist verkleind worden. Protoprofessionalisering leidt ertoe dat burgers zich medische termen eigen maken. Zij kunnen voor en na het consult opzoeken wat bepaalde termen betekenen, waardoor de kans op concordance hoger is. Zelfs wanneer de huisarts medisch jargon gebruikt, hoeft dit niet een obstakel te zijn. Dit leidt tot de volgende hypothese: *H1b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, dan ervaren zij minder obstakels in de communicatie met de huisarts als gevolg van taalverschillen.* Hier moet echter wel een kanttekening bij geplaatst worden. Voor degenen die de huisarts niet begrijpen als gevolg van ingewikkeld taalgebruik van de huisarts is er kans op de ontwikkeling van schaamte (Parikh, et al, 1996; Paasche-Orlow & Wolf, 2007). Dit kan leiden tot het niet verder vragen van onbegrepen informatie, waardoor disconcordance juist toeneemt. Voor digitaal-vaardigen is het mogelijk om onbegrepen informatie of termen later op te zoeken op het Internet. Voor de niet-vaardigen is dit minder gemakkelijk. Dit kan zorgen voor een vergrote ongelijkheid in de samenleving. Terwijl een deel van de samenleving informatie op kan zoeken op het Internet en zich goed voor kan bereiden voor het bezoek aan de huisarts, is dit voor degenen met lage gezondheids, taal- en digitale vaardigheden lastig.

LUISTEREN

Het gevoel dat burgers zich gehoord voelen door de huisarts wordt beïnvloed door vier maatschappelijke processen: intensivering, internationalisering, informalisering en informatisering

Tijd is een belangrijke factor in de ervaring van luisteren volgens patiënten. Lings et al. (2003) stellen dat patiënten het aspect *luisteren* ervaren als het kunnen vertellen over hun problemen zonder tijdsdruk te voelen. Zowel verbale als non-verbale signalen, zoals lichaamstaal, moeten opgevangen worden door de huisarts. Deze ervaring staat in nauw verband met de intensivering van de samenleving. Volgens Schnabel (2004) wordt tijd ervaren als een beperkt goed, welke zo goed mogelijk besteedt moet worden. Een veelvoorkomend probleem in de huisartsenzorg is tijdgebrek in het consult (Boekraad, 2017). Burgers voelen vaak een tijdsdruk in het vertellen van hun verhaal wat mogelijk leidt tot het gevoel dat de huisarts niet naar hen luistert (Lings et al., 2003; zie sectie 3.2.1: *Luisteren*). De besteedde tijd aan het consult kan dan worden beschouwd als niet goed besteed. Hoe meer waarde burgers hechten

aan het goed besteden van tijd, hoe groter de kans dat zij tijdsdruk als probleem ervaren. Dit leidt tot de volgende hypothese: *H2a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door intensivering, dan voelen zij zich minder gehoord door de huisarts.*

Door internationalisering van de samenleving is er een grotere kans dat patiënt en huisarts niet dezelfde moedertaal hebben. Van het totale aantal inwoners in Nederland heeft 23.1% een migratieachtergrond (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2018). Immigranten kunnen verplicht worden een inburgeringscursus te volgen, waarbij wordt verwacht dat zij Nederlands op A2-niveau leren. Dit niveau blijkt echter niet voldoende om zelfstandig een doktersgesprek te kunnen voeren (Mennink & Bot, 2016). Dit heeft effect op de aspecten luisteren, uitleg en begrip.

Vertellen over fysieke of mentale klachten in een andere taal dan de moedertaal kan ingewikkeld zijn en bemoeilijkt het overdragen van informatie vanuit de patiënt. Voor huisartsen is het dan lastiger om een juiste diagnose te stellen met bijpassend behandelplan. Het gebruik van een tolk om deze taalbarrière te overkomen levert mogelijk problemen voor de open communicatie (zie sectie: Taal). De aanwezigheid van een tolk belemmert het open kunnen vertellen van je verhaal waardoor de huisarts niet voldoende informatie kan krijgen vanuit het verhaal. Hierdoor kunnen deze burgers zich niet gehoord voelen door de huisarts. Eerder is gesteld dat er vaker gekozen wordt voor een vertrouwde bekende als tolk, dan een onbekende professionele tolk, wanneer het gaat om beladen onderwerpen, zoals seksualiteit of psychische klachten (Tastan, 2014). Echter, zelfs met een vertrouwde bekende is het ingewikkeld om open te vertellen over deze onderwerpen. Als laatste kan ook de achtergrond van de patiënt of de huisarts een obstakel zijn in de communicatie. Vooroordelen kunnen beïnvloeden hoe de huisarts het verhaal van de patiënt interpreteert. Ook de achtergrond van de huisarts kan beïnvloeden hoe vrij de patiënt zich voelt om zijn verhaal te delen, bijvoorbeeld als gevolg van verschil in taboeonderwerpen (zie sectie 3.1.4 *Internationalisering*, tabel 1). Al met al leidt dit tot de volgende hypothese: *H2b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan voelen zij zich minder gehoord door de huisarts.*

Lossere omgangsvormen als gevolg van informalisering kunnen een positief effect hebben op het open communiceren met de huisarts. Informalisering geeft de mogelijkheid voor emotionele nabijheid. Dit maakt het makkelijker voor burgers om eerlijk en open te kunnen communiceren over de problemen die zij ervaren. In een formele relatie kan het lastig zijn om de vrijheid te voelen om persoonlijke situaties te bespreken, vanwege de afstand die de formaliteit teweegbrengt. Dit brengt het risico met zich mee dat patiënten zich zoveel vrijheid in de bejegening veroorloven, dat de hulpverlener zich geïntimideerd of bedreigd voelt (Twillert, 2018;). Een defensieve reactie van de hulpverlener kan ook de kwaliteit van het contact verminderen. Daarom luidt de volgende hypothese: *H2c: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informalisering, dan voelen zij zich meer gehoord door de huisarts.*

Als laatste kan informatisering een invloed hebben op hoe burgers zich gehoord voelen door de huisarts. Door informatisering kunnen burgers zich goed voor bereiden op het consult. Volgens huisarts Michiel Berenschot geeft dit huisartsen de mogelijkheid om samen met de patiënt gericht zoeken naar de oorzaak van de klachten en de oplossing en geeft het hen extra tijd. Informatisering kan dus bijdragen aan het verminderen van de ervaren tijdsdruk en daarmee een verhoging van het gevoel dat er geluisterd wordt naar het verhaal van de patiënt. Dit leidt tot de volgende hypothese: *H2d: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, dan voelen zij zich meer gehoord door de huisarts.* Een kleine kanttekening moet wel geplaatst worden bij het mogelijk positieve verband tussen informatisering en luisteren. Internet is namelijk ook beschikbaar voor de huisarts en vaak gebruiken huisartsen zoekmachines tijdens het consult om meer informatie te zoeken over de klachten waarover de patiënt vertelt (Dijkstra, Terpstra & Mookink, 2006). Hoewel patiënten voornamelijk een positief gevoel hebben bij het gebruik van Internet door de huisarts tijdens het consult, zijn er ook patiënten die aangeven dat de huisarts minder oogcontact maakt en minder persoonlijke aandacht heeft (Strayer, Semler, Kington & Tanabe, 2010). Daarbij kan het gebruik van Internet tijdens het consult kan worden gezien als gebruik van informatie uit de tweede hand, wat ertoe leidt dat patiënten zich minder goed gehoord voelen door de huisarts (Jagosh et al, 2011, Street Jr. et al., 2008). Dit verandert de hypothese niet omdat het bij informatisering in dit onderzoek gaat over het zoekgedrag van de patiënt en niet dat van de huisarts.

UITLEGGEN

De beoordeling van de uitleg van de huisarts door burgers wordt beïnvloed door individualisering, informatisering en internationalisering.

Door individualisering zien individuen zichzelf als de makers van hun eigen leven. De behoefte aan persoonlijke autonomie van geïndividualiseerde burgers is te zien aan de wens voor informatie die gegeven wordt (Deber, 1994). Burgers die hun eigen leven willen creëren op basis van zelfgemaakte keuzes hebben uitleg van de huisarts nodig om deze keuzes te kunnen maken. De gewenste uitleg hangt dus samen met de mate van gewenste autonomie. Uit onderzoek is gebleken dat huisartsen de informatiebehoefte van patiënten consequent onderschatten (Robinson & Thomson, 2001). Daarnaast is ook aangetoond dat patiënten minder (biomedische) vragen zijn gaan stellen tijdens het consult met hun huisarts (Brink-Muinen et al., 2008). Redenen hiervoor kunnen zijn tijdgebrek, onduidelijke informatie van de huisarts en te gespannen om vragen te kunnen stellen (Ellingson & Buzzanell, 1999). Het te kort aan informatie dat gegeven wordt door de huisarts zal door individualistische burgers als vervelender worden ervaren dan voor niet-individualistische. De eerste groep heeft immers deze informatie nodig omdat zij anders niet kunnen beslissen over hun eigen gezondheid. Dit leidt tot de volgende hypothese: *H3a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door individualisering, dan beoordelen zij de uitleg van de huisarts als slechter*

Ook informatisering speelt in rol in de ervaring van het verkrijgen van informatie van de huisarts. Op Internet kunnen burgers allerhande informatie vinden over hun symptomen, diagnoses en behandelingsmogelijkheden. Dit kan ertoe leiden dat burgers het idee hebben het “zelf beter te weten” (Bos, 2018). De volgende anekdote uit een artikel van de NRC illustreert dit:

“Charissa Meulemans (26) uit Bergschenhoek zat in 2014 bij een hoorcollege van haar studie sociaalpedagogische hulpverlening toen haar hand begon te ‘tintelen’. Aantekeningen maken lukte niet meer. Nu kent ze de termen die dokters voor dat gevoel gebruiken: ‘onderhuidse golfbewegingen’, ‘willekeurige trekken’. Bij de neuroloog reageerde haar arm niet op de ‘hamertjestest’: een tikje op de elleboog. Zo gleed ze de medische wereld in: het eerste jaar werd er geen officiële diagnose gesteld. De officiële vond Meulemans zélf al na een maand, zegt ze. Ze googelde symptomen en kwam, ‘eigenlijk vrij snel’ – uit op PSMA (Progressive Spinale Musculaire Atrofie), een ziekte van de zenuwcellen die de spieren aansturen. De zenuwcellen in het ruggenmerg en de hersenstam sterven af. Ze las erover in een studieboek voor neurologen, dat gratis te vinden was op Google Books. Daarna bevestigde alles wat zij op andere blogs en sites vond haar eerste bevinding. ‘Ik zei het eerst niet tegen de dokter omdat ik bang was om uitgelachen te worden.’ Na ongeveer een jaar begon ze aan te dringen bij haar arts, die uiteindelijk inderdaad de diagnose stelde. Of er samenhang is, weet zij niet zeker. Dat zij zelf de juiste diagnose stelde, kan een toevalstreffer zijn geweest. Maar sindsdien zou ze anderen ook aanraden een poging te doen.”

Kortom, de gegeven uitleg en informatie vanuit de professional was voor deze patiënt niet voldoende. Haar eigen zoekgedrag beoordeelt zij als positiever. Dus door informatisering kan de uitleg van de huisarts als slechter worden ervaren. Dit hoeft niet altijd het geval te zijn, maar hoe beter de informatievaardigheden van de burger, hoe groter de kans dat zij het gevoel krijgen zelf een betere inschatting te kunnen maken. Dit leidt tot de volgende hypothese: *H3b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, dan beoordelen zij de uitleg van de huisarts als slechter.* Hier moet het begrip *ziektewinst* als kritische kanttekening aan worden toegevoegd. Voor burgers kan de ziekerol soms de enige manier zijn om zich van aandacht en financiële middelen te verzekeren. Goede kennis van ziektebeelden, met overtuiging gebracht, kan zo ook leiden tot misbruik van de gezondheidszorg.

Internationalisering kan leiden tot disconcordance omdat patiënten moeite hebben met begrijpen wat de huisarts zegt als gevolg van taalverschillen. Deze disconcordance kan de slechtere gezondheidsuitkomsten, lagere therapietrouw en verminderde patiënttevredenheid onder burgers met een migratieachtergrond mogelijk verklaren (Schinkel, 2015; Jacobs et al., 2018). Dit leidt tot de volgende hypothese: *H2c: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan beoordelen zij de uitleg van de huisarts als slechter*

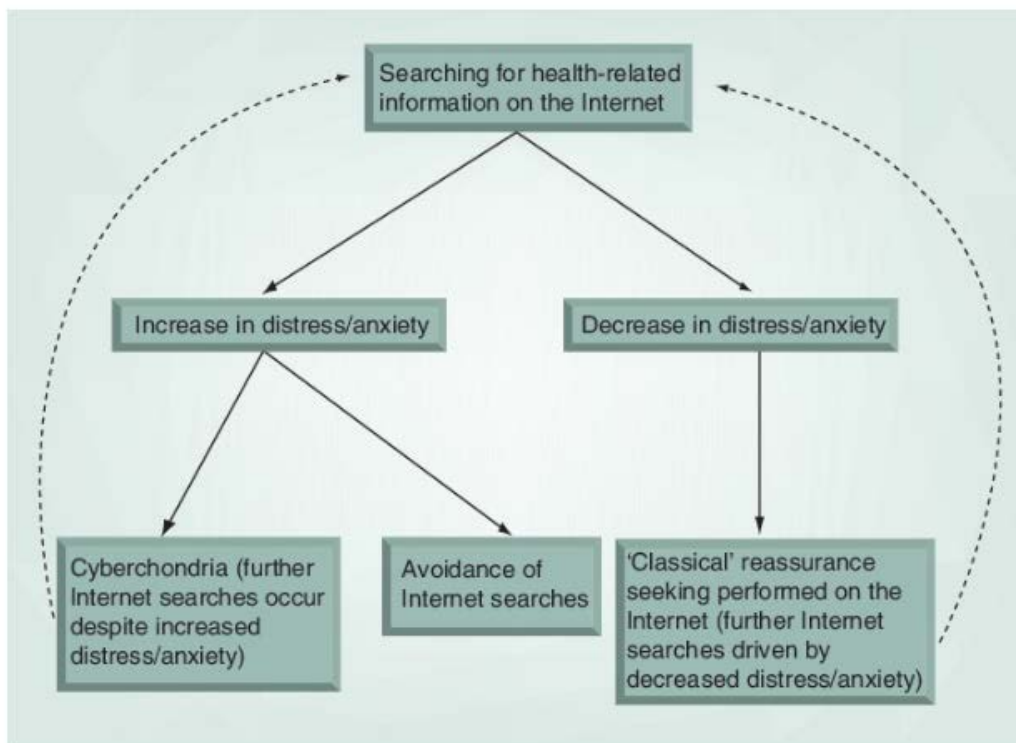
GERUSTSTELLEN

Het gevoel dat burgers geruststelling ervaren in het contact met de huisarts wordt beïnvloed door informalisering en informatisering.

Informalising, waarbij omgangsvormen vrijer zijn geworden, geeft meer ruimte voor emotionele nabijheid tussen patiënt en huisarts. Dit kan de huisarts de ruimte geven om meer empathie te tonen, maar kan de arts ook meer in het defensief dringen. Geruststelling is gelinkt aan deze emotionele nabijheid en ruimte voor empathie. Volgens McCormack et al. (2010) is het bieden van geruststelling een manier om de patiënt empathie te laten zien voor de situatie waar hij of zij in zit. In andere woorden, emotionele nabijheid kan gecreëerd worden door het bieden van geruststelling. Er kan gesteld worden dat door informalisering het mogelijk is om geruststelling, en daarmee emotionele nabijheid, te bieden. Dit leidt tot de volgende hypothese: *H4a: Als burgers sterker beïnvloed zijn informalisering, dan ervaren zij meer geruststelling in de relatie met de huisarts.*

Door de komst van het internet heeft geruststelling een nieuwe dimensie. Op het internet kunnen mensen zonder scholing in medische zorg informatie opzoeken over hun klachten en symptomen. Websites zoals www.gezondheidsplein.nl kunnen aan de hand van de aangegeven symptomen een lijst geven van mogelijke oorzaken. Het zoeken op internet naar symptomen kan mensen geruststellen en kan praktisch zijn voor het al dan niet beslissen of een bezoek aan de huisarts nodig is (Starcevic & Berle, 2013). Het kan echter ook leiden tot onnodige angst. Zo zijn veel symptomen een signaal van voorbijgaande stress, terwijl dit niet altijd als oorzaak genoemd wordt wanneer er gezocht wordt op de symptomen. Bij mensen die rationale verklaringen nodig hebben om angst en onzekerheid te verdringen is er kans op overmatig zoekgedrag naar gezondheid. De term *cyberchondria* verwijst naar deze relatie tussen het opzoeken van informatie op gezondheid op het internet en de hieruit voortkomende angst over de eigen gezondheid wanneer zij niet gerustgesteld kunnen worden (White & Horvitz, 2009). Figuur 7 laat zien hoe mensen ofwel een geruststelling kunnen ervaren door het zoeken naar informatie over de symptomen, ofwel cyberchondria kunnen ontwikkelen. Cyberchondria is gerelateerd aan een onvermogen om gerustgesteld te worden (Starcevic & Berle, 2013). Informatisering van burgers kan dus leiden tot een verkleinde kans op geruststelling door de huisarts. Dit leidt tot de volgende hypothese: *H4b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, dan voelen zij zich minder gerustgesteld door de huisarts*

Figuur 7: Uitkomsten van het zoeken naar gezondheid gerelateerde informatie op internet bij personen met een hoge mate van angst voor de gezondheid. (Starcevic & Berle, 2013)



3.3.2 PERSOONLIJKE IMPACT

ZORGZAAMHEID

De ervaring van zorgzaamheid vanuit de huisarts door burgers wordt beïnvloed door informalisering.

Door informalisering is er grotere nadruk op mededogen en zorgzaamheid in de beoordeling van de kwaliteit van zorg (Brown & Flores, 2018). Zorgzaamheid wordt ervaren door patiënten wanneer zij voelen dat hun huisarts emotioneel betrokken is. Dit vraagt dus enige emotionele nabijheid van de huisarts. Zulke nabijheid verleidt tot informaliteit. Een van de kerntaken van de huisartsenzorg is het bieden van de mogelijkheid op een vertrouwensrelatie. Om dit te kunnen opbouwen is het nodig om de sociale en emotionele afstand tot op zekere hoogte te verkleinen. Dit leidt tot de volgende hypothese: *H5a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informalisering, dan ervaren zij meer zorgzaamheid vanuit hun huisarts*

BEGRIP

De ervaring van wederzijds begrip door burgers in het contact met de huisarts wordt beïnvloed door internationalisering en informatisering.

Huisartsen ervaren dat patiënten met een migratieachtergrond vaker een onduidelijke of oneigenlijke hulpvraag presenteren, een hogere contactfrequentie hebben en vaker contact in de avonduren of het weekend. Daarbij heeft maakt deze groep meer gebruik van de huisarts en juist minder van gespecialiseerde zorg (Stronks, Ravelli & Reijneveld, 2001; Uiters, Devillé, Foets & Groenewegen, 2006). Het is ook de groep die vaker ontevreden is over het contact met de huisarts en een slechtere gezondheid heeft (Stalenhoef, 2006). Onderzoek heeft aangetoond dat in interculturele medische communicatie meer miscommunicaties zijn en er minder wederzijds begrip is naar elkaar (Harmsen, 2003). Patiënt en arts kijken in het beginsel al verschillend tegen gezondheid en ziekte aan. Patiënten ervaren klachten en zorgen, terwijl artsen het biomedisch model hanteren. Beide opvattingen zijn cultureel bepaald. Cultuurverschillen leiden ertoe dat patiënt andere waarden kan hebben ten opzichte van ziekte en ziek-zijn. Wat in F-culturen tot reguliere geneeskunde hoort, kan in G-culturen behoren tot alternatieve geneeskunde. In G-culturen is er een geloof dat de natuur beheerst kan worden, terwijl in F-culturen er meer wordt geleefd volgens afhankelijkheid van de natuur (zie sectie: Internationalisering). Zo valt de natuurgeneeskunde onder alternatieve geneeskunde. Voor patiënten met een F-cultuur achtergrond kan het lastig zijn om te begrijpen waarom er pillen gebruikt worden om een ziekte – de natuur – te bestrijden, in plaats van kruiden om de ziekte te verdrijven. Enkel door open communicatie kan er zicht komen op de denk- en leefwereld van de ander. Voldoende op de hoogte zijn van elkaars opvattingen kan ingewikkeld zijn. De huisarts heeft slecht 10 minuten per consult heeft, waarin er niet altijd tijd is om naast het stellen van een diagnose en behandelplan, ook nog te achterhalen wat de invloed van de

culturele achtergrond van de patiënt is. Dit leidt tot de volgende hypothese: *H6a: als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan ervaren zij minder wederzijds begrip vanuit hun huisarts.*

Door informatisering voelen ervaren burgers minder obstakels in de interactie met de huisarts als gevolg van taalniveau (zie sectie *Taal*) en voelen burgers zich meer gehoord door de huisarts (zie sectie *Luisteren*). Daaruit volgt dat burgers ook meer wederzijds begrip ervaren vanuit hun huisarts. Door informatisering kunnen burgers beter hun eigen verhaal vertellen waardoor de huisarts hen beter begrijpt en kunnen zij ook beter begrijpen wat de huisarts hen vertelt, zelfs wanneer er lastige medische jargon gebruikt wordt. Dit leidt tot de volgende hypothese: *H6b: als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, dan ervaren zij meer wederzijds begrip vanuit hun huisarts.* Hier moet een kanttekening geplaatst worden. Door informatisering kunnen mensen ervan overtuigd raken dat zij het weten met het internet aan hun zijde, wat kan zorgen voor een kokervisie. Wanneer de huisarts iets zegt wat tegenstrijdig is met wat er op het Internet gevonden is, kan dit juist ervoor zorgen dat burgers voelen dat de huisarts hen niet begrijpt en er dus juist minder wederzijds begrip is. Bij hypothese 6b wordt uitgegaan van de flexibiliteit van de burger, waarbij hij of zij het Internet gebruikt als aanvulling op de huisarts en niet als vervangend (Stevenson, Kerr, Murray & Nazareth, 2007).

CONTEXT

Het gevoel dat de huisarts rekening houdt met de persoonlijke situatie, en daarmee context van de patiënt, wordt beïnvloed door internationalisering.

Burgers met een migratieachtergrond, expats en internationale studenten hebben vaak een andere sociale context dan inwoners van Nederland die geboren en opgegroeid zijn in de Nederlandse samenleving. Allereerst hebben burgers met een migratieachtergrond vaker een lagere sociaaleconomische status (Stronks, 2013) wat invloed heeft op hun gezondheidsuitkomsten. Daarbij zorgt het verschil in achtergrond voor verschillende opvattingen over ziekte en ziek-zijn. Andere verschillen in normen en waarden kunnen ook bijdragen aan het bemoeilijken van het begrijpen van de context van de ander. Zo is in F-culturen is schande belangrijker dan schuld, terwijl dit in G-culturen andersom is (zie sectie 3.2.4 *Internationalisering*, tabel 1). Wanneer in de F-cultuur een vrouw zwanger raakt zonder dat zij getrouwd is, kan dit betekenen dat zij haar familie te schande maakt. Het bespreken van de zwangerschap brengt dan meer met zich mee dan enkel de medische kant. Voor de huisarts kan het lastig zijn om zulke normen en waarden altijd te begrijpen en mee te nemen in het consult.

De psychosociale context van mensen met een migratieachtergrond is ook een belangrijk punt van aandacht. Zoals eerder gesteld heeft psychosociale gezondheid deels te maken met het gevoel van geborgenheid. Wanneer je weg gaat uit een vertrouwde maatschappij en je in een vreemd land vestigt, kan dit zorgen voor een verlies van

geborgenheid. Daardoor hebben mensen met een migratieachtergrond al snel een achterstand op hun psychosociale gezondheid. Ook voor expats en internationale studenten kan het niet-aanwezig zijn van naaste familieleden een extra stress-factor zijn. Juist in tijden van slechte gezondheid is het zwaar wanneer men niet in de buurt van de eigen kring is. In de korte tijd van een consult kan de grote invloed van context bij deze groep over het hoofd gezien worden.

Als laatste is de relatie tussen expats en internationale studenten en hun huisarts vaker van kortere duur. Deze inwoners blijven namelijk niet altijd voor langere tijd in Nederland, waardoor het opbouwen van een langdurige relatie waarin de huisarts de context van patiënt kan leren kennen niet mogelijk is. Dit bemoeilijkt het streven naar de kernwaarde van de huisartsenzorg om continue zorg te bieden.

Al met al leidt dit tot de volgende hypothese: H7a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, hebben zij minder het gevoel dat de huisarts rekening houdt met hun persoonlijke situatie

“MOGEN”

Het belangrijk vinden van een klik hebben met de huisarts wordt beïnvloed door intensivering.

Wanneer burgers zijn beïnvloed door intensivering dan is er een grotere kans dat zij het belangrijker vinden om een goede klik te hebben met hun huisarts. Dit is een gevolg van het feit dat er een behoefte is aan het leuk vinden van het leven (zie sectie 3.1.5 *Intensivering*). Contact met anderen moet een positief gevoel geven. Daarom moeten we direct een goed gevoel hebben, een klik hebben, met anderen. Zeker wanneer het gaat om medische zorg, aangezien burgers zich veilig willen voelen wanneer het gaat om hun gezondheid. Dit leidt tot de volgende hypothese: *H8a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door intensivering, dan vinden zij het belangrijker om een klik te hebben met de huisarts.*

RESPECT

Door informalisering komen patiënt in een meer symmetrische relatie tot elkaar (zie sectie: informalisering). De onthiërarchisering van de samenleving maakt namelijk dat de status die de arts eerder had, niet meer zo vanzelfsprekend is. De relatie is gelijkwaardiger dus het respect voor elkaar en elkaars kennis is dus ook gelijkwaardiger. Deze gelijkwaardigheid is terug te zien in het steeds gangbaarder wordende “shared decision making” model en patiëntgerichte zorg (De Boer, Delnoij & Rademakers, 2013). Hierin beslissen patiënt en huisarts samen beslissen wat het beste behandelplan is. De patiënt ontvangt zowel recognition als appraisal respect vanuit de huisarts. Er wordt naar de patiënt geluisterd en er is respect voor de ideeën en waarden van hem of haar. De input van de patiënt wordt meegenomen in de beslissing voor een behandelplan. Dit leidt tot de volgende

hypothese: *H9a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informalisering, dan voelen zij zich meer gerespecteerd door de huisarts*

Respect is cultuurafhankelijk. Zowel het uiten van respect als de zaken waar respect aan wordt toegekend verschilt per cultuur (zie sectie: internationalisering; Pinto, 2000). Zo zijn in fijnmazige culturen de machtsafstanden vaak groter. De hiërarchie zorgt ervoor dat patiënten met een F-cultuur achtergrond meer respect hebben voor de huisarts vanwege zijn status. Wat betreft het gerespecteerd voelen kunnen er echter problemen ontstaan. Uit sectie 3.2.1 *respect* is gebleken dat patiënten zich gerespecteerd voelen wanneer zij zich gehoord voelen, duidelijke uitleg krijgen en er respect is voor de ideeën en waarden van de patiënt. Echter, burgers met een internationale achtergrond voelen zich minder gehoord door de huisarts (zie sectie: luisteren), beoordelen de uitleg van de huisarts als slechter (zie sectie: uitleg) en er is minder wederzijds begrip als gevolg van verschillende waarden in G- en F-culturen (zie sectie: begrip). Zo kan de huisarts wellicht minder respect hebben voor de input van de patiënt wanneer hij of zij alternatieve geneeswijzen prefereert, omdat dit niet in lijn is met de ideeën en waarden van de huisarts. Dit leidt tot de volgende hypothesen: *H9b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan ervaren zij minder respect in de relatie met de huisarts.*

3.3.3 PROFESSIONALITEIT

VERTROUWEN IN MEDISCHE COMPETENTIE

Informatisering kan leiden tot een vermindering van vertrouwen in de medische competentie van de huisarts. Een van de kerntaken van de huisarts is het bieden van medisch-generalistische zorg. Dat betekent dat zij van veel medische zaken, veel kennis moeten hebben. Zeker omdat zij een poortwachtersrol hebben, is het essentieel dat de huisarts over genoeg medische kennis beschikt om een juiste inschatting te maken voor een eventuele vervolgstap in het zorgstelsel. Door informatisering is er de mogelijkheid om zelf kennis op te doen over medische zaken. Dit kan ertoe leiden dat protoprofessionalisering doorslaat en burgers het gevoel hebben het “zelf beter te weten” (Bos, 2015; zie verhaal Charissa Meulemans, p. 25). Wanneer burgers zelf informatie kunnen vinden op het Internet en hierbij een goede inschatting maken van de onderliggende oorzaak, kan dit leiden tot een vermindering van vertrouwen in de kennis van de huisarts. Want wat voegt hij precies toe, als je het ook zelf kan opzoeken. Dit leidt tot de volgende hypothese: *H10a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, hebben zij minder vertrouwen in de medische competentie van de huisarts.* Een kanttekening moet hier worden geplaatst. Dat leken denken het zelf beter te weten, hoeft niet te betekenen dat dit ook echt zo is. Een mooi voorbeeld hiervan is het televisieprogramma *Dokters vs. Internet*. Hierin neemt een team van drie dokters het op tegen een team van drie leken. Beiden proberen ze de juiste diagnose van de patiënt te stellen. Het eerste team maakt gebruik van eigen ervaring en kennis en het tweede team heeft toegang tot Internet. Het programma laat zien dat er veel medische

informatie beschikbaar is, dat het de leken helpt om een diagnose te stellen en dat zij vaak overtuigd zijn van hun eigen bevindingen. Maar uiteindelijk is het vaak het dokters team dat de juiste diagnose stelt en niet de leken.

4. METHODOLOGIE

Voor het beantwoorden van de hoofdvragen is gekozen voor kwantitatief onderzoek. De data is verzameld middels van een enquête. In dit hoofdstuk wordt uitgelegd hoe de enquête tot stand is gekomen, inclusief een beschrijving van de operationalisering van de afhankelijke, onafhankelijke en controle variabelen. Vervolgens komt aan bod hoe deze is verspreid en wat de ethische afwegingen zijn geweest. Tot slot wordt toegelicht hoe de analyses zijn uitgevoerd.

Aan de hand van de literatuurstudie is meer inzicht verkregen over aspecten in de patiënt-huisartsrelatie en de maatschappelijke processen die deze aspecten beïnvloeden. Op basis hiervan zijn hypothesesets opgesteld (zie bijlage C). Door middel van een enquête wordt gekeken in hoeverre de theorie terug te zien is in de praktijk. Met de kwantitatieve gegevens die hieruit worden verkregen kan gekeken worden naar de mate van invloed door de besproken maatschappelijke processen en de verwachtingen en ervaringen van burgers op het gebied van hun relatie met de huisarts. Aan de hand van de verkregen data kunnen verbanden gelegd worden tussen de maatschappelijke processen en de verwachtingen en ervaringen van de aspecten. In de enquête was er de mogelijkheid om zelf toevoegingen te doen wanneer de respondent dit wilde. Een aantal van deze toevoegingen zijn in de discussie gebruikt om een punt te illustreren. Een groot deel van de eigen toevoegingen geven wel inzicht in de relatie tussen burger en huisarts, maar hebben geen directe link met een van de besproken verbanden. Voor de volledigheid van het onderzoek is ervoor gekozen om deze antwoorden in de bijlage te voegen (zie bijlage D).

Het voordeel van het gebruik van een enquête is het relatief hoge respondentenaantal. Omdat er in dit onderzoek gekeken wordt naar de invloed van maatschappelijke processen is het van belang om een totaalbeeld te krijgen van de maatschappij. Ook wordt de kans op sociaal wenselijke antwoorden verkleind bij het invullen van een enquête ten opzichte van interviews. De patiënt-huisarts relatie is een asymmetrische relatie. Dit betekent dat de patiënt tot op zekere hoogte afhankelijk is van de huisarts. Daarom kan het zijn dat in interviews, wanneer patiënten niet volledig anoniem zijn, er meer sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven dan wanneer men alleen en anoniem een enquête kan invullen. Het nadeel van een enquête ten opzichte van diepte-interviews is dat er een minder goed beeld ontstaat over wat de achterliggende motieven zijn voor bepaalde antwoorden. Zo kan het zijn dat een burger een negatief beeld heeft over zijn huisarts vanwege een slechte ervaring.

4.1 RESPONDENTEN

Omdat alle inwoners van Nederland een huisarts hebben en de processen die worden bekeken zich op maatschappelijk niveau afspelen, vallen alle inwoners van Nederland in principe in de onderzoeksgroep. Echter, niet alle inwoners hebben (al) een mening over hun huisarts ontwikkeld. Daarom is ervoor gekozen om enkel respondenten ouder dan 18 jaar te betrekken in dit onderzoek. Het is mogelijk dat inwoners geen of zeer weinig

contact hebben met hun huisarts, omdat zij geen redenen hebben om hun huisarts te bezoeken. Omdat deze groep wel een mening kan hebben over hun huisarts, is het voor hen ook mogelijk om de enquête in te vullen. Er is de mogelijkheid om aan te geven dat men in het afgelopen jaar geen contact heeft gehad met de huisarts.

4.2 OPERATIONALISERING

Voor het creëren van de enquête en het analyseren van de data is de online tool *Qualtrics* gebruikt. In totaal heeft de enquête 25 vragen. Ten behoeve van de validiteit is de enquête opgesteld aan de hand van eerder gepubliceerde enquêtes en op basis van de literatuur. Alle eerder gepubliceerde enquêtes zijn vertaald naar het Nederlands. Als eerste zijn de stellingen van de PDRQ-9 (*patient-doctor relationship questionnaire*) ontwikkeld door Van Der Feltz-Cornelis, Van Oppen, Van Marwijk, De Beurs & Van Dyck (2004) gebruikt. Deze negen stellingen meten de therapeutische aspecten van de patiënt-dokter relatie in de eerstelijnszorg. Elk van de negen stellingen zijn gekoppeld aan een van de beschreven aspecten in de literatuur. Enkele van deze aspecten werden niet voldoende bevraagd. Voor deze aspecten zijn acht andere stellingen bedacht aan de hand van de literatuurstudie. Als tweede is de vragenlijst door Beisecker & Beisecker (1990) gebruikt welke meten welke informatie burgers graag krijgen van hun huisarts en wie zij verantwoordelijk achten voor bepaalde keuzes. Elk van de bovengenoemde vragenlijsten en stellingen geven ook inzicht in de effecten van maatschappelijke processen op de relatie tussen burgers en huisartsen. Waar nodig zijn de vragen en stellingen aangevuld, gebaseerd op de literatuurstudie. Niet alle vragen van de enquête zijn gebruikt in de uiteindelijke analyse. Achteraf is gebleken dat niet alle vragen relevant zijn voor dit onderzoek. Een overzicht van de gebruikte vragen, de concepten welke de vragen meten en de literatuur waar de vraag op gebaseerd is te vinden in tabel 2.

Een Cronbach's alfa analyse is uitgevoerd om de interne consistentie van de item-combinaties te testen. Hier kwam uit dat enkele items een lage interne consistentie hebben volgens de Cronbach's alfa test. Echter, volgens Sijstra (2009) is de Cronbach's alfa geen goede test om de interne consistentie van items te meten. De Cronbach's alfa is volgens dit artikel geen maat voor de interne consistentie van de test. Daarbij onderschat alfa de betrouwbaarheid van de items. Om deze reden is ervoor gekozen om toch deze stellingen te gebruiken als meting voor de afhankelijke en onafhankelijke variabelen. Hieronder wordt voor elke stelling beargumenteerd waarom deze is gebruikt. De Cronbach's alfa's van zowel de Nederlandse als Engelse schalen voor de afhankelijke en onafhankelijke variabelen zijn weergegeven in bijlage E.

Tabel 2: Overzicht concepten, gebruikte vragen en literatuur basis

Concept	Vraag	Gebaseerd op
Taal	Ik kan met mijn huisarts praten	Van Der Feltz, et al. (2004)
	Ik heb soms moeite met mijn huisarts begrijpen omdat de woorden die hij gebruikt ingewikkeld zijn	Directe vraag
Luisteren	Mijn huisarts heeft genoeg tijd voor mij	Schnabel (2004), Van Der Feltz, et al. (2004)
	Mijn huisarts en ik zijn het eens over de aard van mijn medische klachten	Van Der Feltz, et al. (2004)
Uitleggen	Ik krijg uitstekende uitleg van mijn huisarts over mijn hulpvraag, diagnose en verdere behandeling	Directe vraag
Geruststellen	Ik kan met mijn huisarts praten	Van Der Feltz, et al. (2004)
	Mijn huisarts helpt mij	Van Der Feltz, et al. (2004)
Zorgzaamheid	Mijn huisarts zet zich in om mij te helpen	Van Der Feltz, et al. (2004)
	Mijn huisarts is er als ik hem nodig heb	Van Der Feltz, et al. (2004)
Begrip	Mijn huisarts begrijpt mij	Directe vraag
	Mijn huisarts en ik zijn het eens over de aard van mijn medische klachten	Directe vraag
	Ik ben tevreden met de behandeling door mijn huisarts	Van Der Feltz, et al. (2004)
Context	Ik heb het gevoel dat mijn huisarts rekening houdt met mijn persoonlijke situatie	Directe vraag
“Mogen”	Ik vind het belangrijk dat ik een klik heb met mijn huisarts	Directe vraag
Respect	Mijn huisarts heeft genoeg tijd voor mij	Van Der Feltz, et al. (2004), Lings et al (2003) & Schnabel (2004)
	Ik kan met mijn huisarts praten	Van Der Feltz, et al. (2004)
	Mijn huisarts gaat bewust om met mijn tijd, bijvoorbeeld excuseert zich als hij te laat is of gestoord wordt tijdens ons gesprek	Lings et al (2003) & Schnabel (2004)

	Ik heb het gevoel dat mijn huisarts mij respecteert als persoon	Directe vraag
Vertrouwen in medische competentie	Ik vertrouw op het medisch inzicht dat mijn huisarts heeft	Directe vraag
	Ik heb het gevoel dat ik met behulp van informatie die ik op het internet heb gevonden een betere inschatting kan maken van mijn gezondheid dan dat mijn huisarts kan tijdens ons consult	Directe vraag
Individualisering	Ik ben tevreden met de behandeling door mijn huisarts	Directe vraag
	Als ik mij niet voldoende gehoord en gerespecteerd voel door mijn huisarts, maakt hij maar extra tijd voor mij om het vertrouwen te herstellen	
Informalisering	Ik wil graag dat mijn huisarts mij vrij laat om zelfstandig en onafhankelijk mijn behandelplan te kiezen	Van Rijen & Van Der Kraan (2004) & Schnabel (2004)
	Spreekt u uw huisarts over het algemeen aan met u of je?	Directe vraag
	Ik kijk op tegen mijn huisarts	Sociale afstandstheorie (Magee & Smith, 2013)
Informatisering	Ik zie mijn huisarts als gelijk	Sociale afstandstheorie (Magee & Smith, 2013)
	Ik zoek voor het bezoek aan mijn huisarts op internet informatie over mijn klachten	Directe vraag
Internationalisering	Ik heb het gevoel dat mijn huisarts een andere achtergrond heeft dan ik en dit heeft invloed op mijn contact met hem	Directe vraag
	Ik heb soms moeite met mijn huisarts begrijpen omdat Nederlands niet mijn eerste taal is	Directe vraag
Intensivering	Als ik het niet eens ben met mijn huisarts, vraag ik om een second-opinion	Schnabel (2004), Mellink et al. (2003)
	Ik ben bereid over te stappen naar een andere huisarts als ik het niet eens ben met de beslissing van mijn huisarts	Schnabel (2004), Hall, Horgan, Stein & Roter (2002)

4.2.1 AFHANKELIJKE VARIABELEN

Elk van de besproken aspecten werd gemeten aan de hand van een of meerdere stellingen. Respondenten konden op een 7- of 5-punts Likert schaal aangeven in hoeverre zij het eens waren met de stelling, waarbij 1 “heel er oneens” was en 7 “heel erg eens”. Enkele stellingen zijn gespiegeld, zodat uiteindelijk voor de analyse zodat alle stellingen het aspect op dezelfde manier meet. Vervolgens zijn alle waarden herrekend naar een waarde tussen 0 en 1, zodat alle data op dezelfde schaal was. Voor de aspecten waarbij er meerdere stellingen zijn gebruikt, is er een gemiddelde berekend voor elk van de respondenten. De score die zij toegekend krijgen voor een aspect geeft aan in hoeverre zij slechte ervaringen hebben (0) of goede ervaringen (1). Enkele stellingen zijn gebruikt om meerdere aspecten te meten. Hier is voor gekozen omdat dezelfde vraag verschillende componenten bevat. Deze componenten leggen verschillende aspecten uit.

Het aspect taal is gemeten middels twee stellingen. De eerste stelling was “ik kan met mijn huisarts praten”. Deze stelling meet in hoeverre respondenten het gevoel hebben hun verhaal te kunnen vertellen, zonder dat taalverschillen een obstakel vormen. De tweede stelling was “ik heb soms moeite met mijn huisarts begrijpen omdat de woorden die hij gebruikt ingewikkeld zijn”. Deze stelling meet in hoeverre woordkeuze en het gebruik van taal van de huisarts een obstakel speelt in de interactie met de huisarts.

Het aspect luisteren is door twee stellingen gemeten. De eerste was “mijn huisarts heeft genoeg tijd voor mij”. Lings et al. (2003) stellen dat patiënten zich gehoord voelen wanneer zij geen tijdsdruk voelen. Als de respondent aangeeft dat de huisarts genoeg tijd heeft voor hem of haar, dan correspondeert dit met dat hij of zij zich gehoord voelt. De tweede stelling was “mijn huisarts en ik zijn het eens over de aard van mijn medische klachten”. Een positief antwoord hierop betekent dat de respondent het gevoel heeft dat de huisarts heeft geluisterd naar zijn verhaal, dit correct heeft begrepen en dat zij het uiteindelijk eens zijn geworden met elkaar.

Het aspect uitleggen is gemeten middels de stelling “ik krijg uitstekende uitleg van mijn huisarts over mijn hulpvraag, diagnose en verdere behandeling”. Dit item meet direct de beoordeling van de gegeven uitleg van de huisarts.

Het aspect geruststelling is gemeten middels twee vragen. De eerste was “ik kan met mijn huisarts praten”. Een positief antwoord op deze vraag betekent dat de respondent het gevoel heeft dat hij of zij open het verhaal kan doen en zich daarin gerustgesteld voelt. De tweede stelling was “mijn huisarts helpt mij”. Zoals eerder besproken is geruststelling een belangrijke reden voor een huisartsbezoek (Bügel et al., 2000). Wanneer respondenten aangeven zich geholpen te voelen, zal er ook een mate van geruststelling zijn. Wanneer zij zich niet voldoende geholpen voelen, zullen zij nog steeds onrust ervaren na het bezoek aan de huisarts.

Het aspect zorgzaamheid is gemeten middels de stelling “mijn huisarts zet zich in om mij te helpen”. Dit item meet in hoeverre respondenten voelen dat de huisarts zich actief inzet om de patiënt te helpen, waarmee hij zorgzaamheid toont (Jagosh, et al., 2011). De tweede stelling was “mijn huisarts is er als ik hem nodig heb”. Dit item meet in hoeverre patiënten het gevoel hebben dat de huisarts betrokken is met hen en hen helpt wanneer zij dit nodig achten.

Het aspect begrip is gemeten middels drie stellingen. De eerste was “mijn huisarts begrijpt mij”. Deze vraag meet direct in hoeverre respondenten het gevoel hebben dat de huisarts de patiënt begrijpt. Er is ruimte voor eigen interpretatie voor de respondenten. De stelling kan slaan op het begrijpen van het verhaal van de patiënt of het begrijpen van de situatie van de patiënt. De tweede stelling was “mijn huisarts en ik zijn het eens over de aard van mijn medische klachten”. Deze directe stelling bevraagt in hoeverre patiënten het gevoel hebben dat er wederzijds begrip is tussen hen en de huisarts. De derde stelling was “ik ben tevreden met de behandeling door mijn huisarts”. Dit item meet in hoeverre de respondent zich het gevoel heeft dat de partijen elkaar begrijpen en dat er een behandeling uit voort is gekomen waar de respondent zich prettig bij voelt. Dit berust op de bevinding dat wederzijds begrip leidt tot hogere patiënttevredenheid (Harmsen, et al., 2003).

Het aspect context is gemeten middels de stelling “ik heb het gevoel dat mijn huisarts rekening houdt met mijn persoonlijke situatie”. Dit item meet direct in hoeverre de respondent het gevoel heeft dat de persoonlijke context wordt meegenomen in het contact met de huisarts.

Het aspect “mogen” is gemeten middels de stelling “ik vind het belangrijk dat ik een klik heb met mijn huisarts”. Dit item meet direct of respondenten er belang bij hebben om een direct goed gevoel bij de huisarts te hebben.

Het aspect “respect” is gemeten middels vier stellingen. De eerste drie stellingen meten in hoeverre de respondenten het gevoel hebben dat de huisarts hen respecteert via het concept tijd. Het geven van tijd en aandacht is een manier van respect tonen (Bournes & Milton, 2000). Deze stellingen waren “mijn huisarts heeft genoeg tijd voor mij”, “ik kan met mijn huisarts praten” en “mijn huisarts gaat bewust om met mijn tijd, bijvoorbeeld excuseert zich als hij te laat is of gestoord wordt tijdens ons gesprek. Deze items meten in hoeverre respondenten het gevoel hebben dat de huisarts hen tijd en aandacht geeft, waarmee er respect wordt getoond richting de patiënt (Bournes & Milton, 2000). De vierde stelling was “ik heb het gevoel dat mijn huisarts mij respecteert als persoon”. Deze directe stelling meet in hoeverre respondenten voelen dat de huisarts recognition respect toont.

Als laatste is het aspect vertrouwen in medische competentie gemeten middels twee stellingen. De eerste was “ik vertrouw op het medisch inzicht dat mijn huisarts heeft”. Dit is een directe stelling die het aspect bevraagt. De

tweede stelling was “ik heb het gevoel dat ik met behulp van informatie die ik op het internet heb gevonden een betere inschatting kan maken van mijn gezondheid dan dat mijn huisarts kan tijdens ons consult”. Dit item meet in hoeverre respondenten vertrouwen hebben in de kennis van de huisarts tegenover de zelf-verworven kennis.

4.2.2. ONAFHANKELIJKE VARIABELEN

De vijf maatschappelijke processen zijn gemeten aan de hand van een aantal stellingen en vragen. Net zoals voor de afhankelijke variabelen is het grootste deel van deze stellingen gemeten op een 7-punts Likert schaal, waarbij 1 “heel erg mee oneens” was en 7 “heel erg mee eens”. Een aantal vragen zijn gemeten op een 5-punts Likert schaal. Hier is voor gekozen omdat voor deze stellingen minder nuance nodig was dan bij de andere stellingen. Voor enkele vragen waren er slechts 2 antwoord opties, zoals bij de vraag of de respondent de huisarts tutoyeert of niet. Alle scores zijn uiteindelijk herschaald naar 0 en 1. Vervolgens is het gemiddelde berekend van de scores voor elke onafhankelijke variabele. Een score van 0 betekende “helemaal niet beïnvloed door proces X” en een score van 1 betekende “heel erg beïnvloed door proces X”.

Individualisering is gemeten middels 2 stellingen. De eerste was “als ik mij niet voldoende gehoord en gerespecteerd voel door de huisarts, maakt hij maar extra tijd voor mij om het vertrouwen te herstellen”. Dit item meet in hoeverre de respondenten zichzelf als autonoom individu met individualistische waarden waarbij eigenbelang een grote rol speelt. De tweede stelling was “ik wil graag dat mijn huisarts mij vrijlaat om zelfstandig en onafhankelijk mijn behandelplan te kiezen”. Deze stelling meet in hoeverre respondenten de makers van hun eigen leven willen zijn.

Informalisering is gemeten middels een vraag en twee stellingen. De vraag luidde “spreekt u uw huisarts over het algemeen aan met u of je?”. Tutoyeren duidt op een informele relatie. Met deze vraag wordt dus direct gevraagd naar de mate van informaliteit in de relatie. De stellingen luidde “ik kijk op tegen mijn huisarts” en “ik zie mijn huisarts als gelijke”. Deze stellingen meten beiden hoe respondenten de sociale afstand ervaren (Magee & Smith, 2013), en daarmee informaliteit, in de relatie met de huisarts ervaart.

Informatisering is gemeten middels de stelling “ik zoek voor het bezoek aan mijn huisarts op internet informatie over mijn klachten”. Deze stelling meet in hoeverre respondenten gebruik maken van de beschikbare informatie. Dit is een goede indicatie van het proces van informatisering omdat dit onderzoek informatisering bespreekt in het licht van de steeds groter wordende, vrij beschikbare kennis op het internet.

Internationalisering is gemeten middels twee stellingen. De eerste was “ik heb het gevoel dat mijn huisarts een andere achtergrond heeft dan ik en dit heeft invloed op mijn contact met hem”. Dit item meet in hoeverre mogelijke taal- of cultuurverschillen invloed hebben op het contact tussen de respondent en de huisarts. Het kan zowel gaan

om een niet-Nederlandse achtergrond van de respondent als van de huisarts. De tweede stelling luidde “ik heb soms moeite met mijn huisarts begrijpen omdat Nederlands niet mijn eerste taal is”. Dit item werd enkel getoond aan respondenten die eerder aangaven een andere moedertaal dan Nederlands te hebben. Het item meet in hoeverre er taalobstakels zijn als gevolg van een andere achtergrond van de respondent.

Als laatste werd intensivering gemeten middels drie stellingen. De eerste was “als ik het niet eens ben met mijn huisarts, vraag ik om een second-opinion”. Dit item meet in hoeverre respondenten bereid zijn om naar een andere arts te stappen als zij niet horen wat zij willen horen. De tweede stelling was “ik ben bereid over te stappen naar een andere huisarts als ik het niet eens ben met de beslissing van mijn huisarts”. Dit item meet in hoeverre burgers stappen willen ondernemen wanneer zij ontevreden zijn over beslissingen van de huisarts. De laatste stelling was “ik ben bereid over te stappen naar een andere huisarts als ik het niet goed kan vinden met mijn huisarts”. Dit item meet in hoeverre burgers het belangrijk vinden om de huisarts “leuk” te vinden. Deze drie stellingen zijn gebaseerd op het principe van Schnabel (2004) dat intensivering ertoe leidt dat burgers willen dat hun contacten altijd “leuk” zijn en wanneer dat niet zo is, dan moet er verandering komen.

4.2.3 CONTROLE VARIABELEN

Naast de afhankelijke en onafhankelijke variabelen zijn er ook een aantal controle variabelen meegenomen. Deze variabelen zijn meegenomen omdat ze mogelijke invloed hebben op de afhankelijke variabelen en omdat ze samenhangen met de onafhankelijke variabelen. De meegenomen controlevariabelen zijn nationaliteit, occupatie, inkomen, opleiding, geslacht en leeftijd.

Nationaliteit is onderverdeeld in “Nederlands” en “niet-Nederlands”. Het item is meegenomen als controlevariabele omdat het logischerwijs samenhangt met de onafhankelijke variabele internationalisering. Het hebben van een niet-Nederlandse achtergrond kan invloed hebben op de manier waarop de patiënt-huisarts relatie ervaren wordt.

Occupatie is onderverdeeld in “werkend” en “niet-werkend”. Onder “niet-werkend” vielen respondenten die aangaven werkloos te zijn. Onder “werkend” vielen respondenten die aangaven student, werkende, vrijwilliger of gepensioneerd te zijn. Ook “anders” valt onder deze groep. Werkloosheid is namelijk een risicofactor voor slechte gezondheid (Mathers & Schofield, 1998).

Inkomen is onderverdeeld in “hoog inkomen” en “laag inkomen”. Onder “hoog inkomen” vielen respondenten die aangaven een modaal, boven modaal of twee keer modaal inkomen te hebben. Onder “laag inkomen” vielen meegenomen omdat is aangetoond dat inkomen groot effect heeft op de ervaren gezondheid en het psychisch

welzijn (Kooiker & Marangos, 2018). Daarbij komt dat zieke, HOUND-patiënten (Stroeken, 2013) vaak een minder goede relatie met de huisarts kunnen opbouwen (zie sectie 4.2.2: *Mogen*).

Opleiding is onderverdeeld in “hoogopgeleid” en “laagopgeleid”. Onder “hoogopgeleid” vielen respondenten die aangaven een HBO, WO-bachelor of WO-masterdiploma te hebben behaald of een PhD. Onder “laagopgeleid” vielen respondenten die aangaven een MBO of middelbare school te hebben behaald of geen diploma. Dit item is meegenomen als controlevariabele omdat, net zoals inkomen, opleiding een sterke invloed heeft op de gezondheidsbeleving en het psychisch welzijn (Kooiker & Marangos, 2018). Daarbij zorgt een laag opleidingsniveau ook voor lagere gezondheidsvaardigheden. Dit maakt dat deze groep andere ervaringen of verwachtingen heeft van de huisarts dan de respondenten die hoog opgeleid zijn.

Geslacht is meegenomen als controlevariabele en is onderverdeeld in “man” of “vrouw”. Er is gecontroleerd op geslacht omdat mannen en vrouwen op verschillende manieren omgaan met ziekte en ziek-zijn. Ook verschillen mannen en vrouwen in de manier waarop zij contact hebben met anderen. Dit heeft invloed op het contact met de huisarts en de waarden, verwachtingen en ervaringen die mannen en vrouwen hebben in het contact met de huisarts (Bertakis, 2009; Kooiker & Marangos, 2018)

Als laatste is leeftijd meegenomen als controlevariabele. Hier is voor gekozen omdat het contact met de huisarts verschilt in verschillende levensfasen. Wanneer burgers jong zijn, is de kans groter dat zij gezond zijn en niet vaak contact hebben met de huisarts. Naarmate men ouder wordt, ontstaan er meer gezondheidsklachten en hebben zij frequenter contact met de huisarts. Dit kan de ervaringen en verwachtingen van de relatie met de huisarts beïnvloeden.

4.3 PROCEDURE

De enquête was zowel online als op papier beschikbaar. Voordat respondenten de enquête starten werd een pagina met informatie getoond over het onderzoeksdoel (zie bijlage F). Hierin is ook vermeld dat de gegevens vertrouwelijk en anoniem zullen worden behandeld. Daarbij is vermeld dat hoewel in de vragenlijst de huisarts wordt aangeduid met “hij”, de huisarts ook vrouwelijk kan zijn. Er is gekozen voor “hij” wegens de leesbaarheid van de vragen. Als laatste werd vermeld dat wanneer de deelnemer de enquête start, hij of zij toestemming geeft voor de publicatie van de anonieme resultaten. In totaal duurt het invullen van de enquête ongeveer 10 minuten.

De enquête is op verschillende manier verspreid. Via Qualtrics is een link gemaakt naar de enquête welke is uitgezet op vier sociale media platforms: Facebook, Instagram, LinkedIn en NextDoor. Er is voor gekozen om deze vier kanalen te gebruiken om een zo groot en representatief mogelijk respons te krijgen. Facebook is het populairste

sociale media platform in Nederland. Met name in de leeftijdscategorieën 20–39 jaar en 40–64 jaar is het Facebookgebruik hoog. Respectievelijk maakt 89% en 77% van deze groepen gebruik van het medium (Van Der Veer, Boekee & Hoekstra, 2019). Echter, het dagelijkse gebruik van Facebook neemt af. Daarom is ervoor gekozen om de enquête ook via Instagram te verspreiden. Dit sociale media platform is sterk gestegen in alle leeftijdsgroepen. Met name in de leeftijdscategorieën 15–19 jaar en 20–39 jaar. Het percentage dagelijkse gebruikers is in 2019 respectievelijk 58% en 35% (Van Der Veer, Boekee & Hoekstra, 2019). Door zowel Facebook als Instagram gebruikers te benaderen, wordt de leeftijd representatie vergroot. Deze twee kanalen zijn echter voornamelijk recreatief en door enkel deze twee te gebruiken ontstaat het gevaar dat alleen de directe omgeving van de delers wordt benaderd. Dit komt omdat berichten op deze media voornamelijk op de *feeds* komen van vrienden en volgers van de deler. Om dit te vermijden is de link naar de enquête gedeeld in meerdere Facebookgroepen. De leden van deze groepen hoeven niet een directe connectie te hebben met de deler om het bericht met de enquête te kunnen zien. Naast Facebook en Instagram is ook het sociale media platform *Nextdoor* gebruikt. Voor dit platform moeten gebruikers zich aanmelden met hun postcode en kunnen zij alleen toegang krijgen tot de groep van hun eigen buurt. De enquête is gedeeld in de groepen van 18 verschillende buurten in het centrum van Utrecht. Voor een overzicht zie bijlage G. Het voordeel van het gebruik van dit platform is dat alle leden van de buurtgroepen het bericht met de enquête kunnen zien en de volledige buurt gemakkelijk benaderd kan worden. Het nadeel van het gebruik van deze groep is dat enkel gebruikers in het centrum van Utrecht benaderd kunnen worden, wegens gebrek aan toegang tot andere buurten. Als laatste kanaal is ook LinkedIn gebruikt. Dit platform wordt voornamelijk gebruikt als zakelijk netwerk, in tegenstelling tot Facebook en Instagram welke meer als “vrienden” netwerk gebruikt wordt.

Naast het verspreiden van de enquête via verschillende sociale media platformen, is er ook gebruik gemaakt van een oproep op prikborden. Een pagina met daarop korte uitleg over het doel van de enquête is opgehangen op twee locaties. Een QR-code die naar de enquête leidt stond afgebeeld op de pagina en papieren versies waren uitgedeeld bij recepties nabij de oproep op het prikbord. De ingevulde enquêtes kunnen ingeleverd worden bij de receptie, om de anonimiteit van de deelnemers te waarborgen. De eerste locatie waar de oproep is geplaatst is de wachtruimte van *Gezondheidscentrum Mariahoek Utrecht* Centrum. Er is gekozen voor deze locatie omdat verwacht wordt dat mensen in de wachtruimte kortgeleden contact hebben gehad met hun huisarts en daarom een goede indruk hebben van hun relatie tot hun huisarts. Veel van de patiënten van dit gezondheidscentrum zijn van buitenlandse afkomst. Dit heeft als voordeel dat er ook een respons komt welke inzicht kan geven in de ervaringen van niet-Nederlanders welke wel gebruik maken van het Nederlandse zorgstelsel. De tweede locatie is wooninitiatief *Kleurrijk Wonen* in Culemborg. De bewoners zijn starters, gezinnen, alleenwonenden en mensen met een zorgbehoefte, zoals ouderen. Het informatieblad is opgehangen op de begane grond en de papieren enquêtes waren afgegeven bij de receptie en verpleging. Daarbij vraagt de verpleging aan de bewoners of zij de enquête willen invullen. Dit voorkwam dat bewoners met weinig digitale vaardigheden werden uitgesloten van het onderzoek.

4.4 DATA ANALYSE

Voor het analyseren van de verbanden tussen de maatschappelijke processen en aspecten van de patiënt-huisartsrelatie is gebruik gemaakt van SPSS. Vervolgens zijn er meervoudige regressieanalyses uitgevoerd om verbanden te ontdekken tussen de mate waarin de invloed van maatschappelijke processen terug te vinden is in de verwachtingen van de deelnemers richting hun relatie met de huisarts. Vervolgens is er gecontroleerd op geslacht, leeftijd, inkomen, occupatie en opleiding.

4.4.1 VOORONDERSTELLING TESTEN

Voor de meervoudige regressieanalyse uitgevoerd kan worden moeten eerst vijf assumpties gecheckt worden. De assumpties voor continuïteit en normaliteit zullen in deze paragraaf besproken worden. De overige drie assumpties, de assumpties van homoscedastisiteit, multicollineariteit en lineariteit, zullen in de volgende subparagrafen besproken worden. Wanneer deze assumpties niet zijn getest kunnen de resultaten van het onderzoek mogelijk misleidend zijn. De onafhankelijke variabelen continu zijn en de afhankelijke variabelen continu en onbegrensd. De data voldoet aan deze assumptie. Zowel de onafhankelijke als de afhankelijke variabelen zijn van continue waarden. Een andere assumptie is dat de data een normale verdeling moet hebben. Echter, omdat er meer dan 30 waarnemingen zijn voor elke onafhankelijke variabele hoeft er geen normaliteitstest uitgevoerd te worden, volgens de Centrale Limiet Theorie (Field, 2009). Verder moet het verband tussen de onafhankelijk en de afhankelijke variabelen lineair zijn, moet er sprake zijn van homoscedastisiteit en mag er geen multicollineariteit zijn. Deze laatste drie assumpties worden in de volgende subparagrafen getest.

LINEARITEIT EN HOMOSCEDASTISITEIT

Voor het testen van de lineariteit zijn eerst de correlatiecoëfficiënten van de onafhankelijke variabelen berekend. De sterkte en richting van de lineaire samenhang tussen twee variabelen worden weergegeven in een correlatiematrix (zie bijlage H). Hierbij kan de waarde van de correlatiecoëfficiënt de waarde tussen -1.0 en +1.0 aannemen. Bij een waarde van +1 hebben de variabelen een perfecte positieve correlatie: de rangorde score op de ene variabele komt overeen met de rangorde op de andere variabele. Bij een waarde van -1 is er ook sprake van een perfecte samenhang maar dan is de rangordering tegengesteld. Bij een waarde van 0 is er geen lineaire samenhang. In de correlatiematrix is te zien dat zes van de tien onafhankelijke variabelen een significante correlatiecoëfficiënt hebben en dus een lineair verband hebben.

De variabelen individualisering & informalisering ($p = .229$), individualisering & informatisering ($p = .797$), individualisering & internationalisering ($p = .406$) en informalisering & informatisering ($p = .192$) hebben geen significante correlatie en de lineariteit is niet duidelijk. Daarom is er een spreidingsdiagram matrix gemaakt om te

achterhalen of de verbanden tussen deze variabelen niet-lineair zijn. Deze is weergegeven in bijlage I. Uit deze matrix blijkt dat er geen niet-lineaire verbanden zijn. De data voldoet daarom aan de lineariteits assumptie.

Uit de spreidingsdiagram matrix is ook af te lezen dat de data niet scheef verdeeld ligt. Daarom kan aangenomen worden dat de data voldoet aan de homoscedastisiteit assumptie.

MULTICOLLINEARITEIT

Multicollineariteit ontstaat wanneer tussen twee of meerdere onafhankelijke variabelen een sterke lineaire samenhang bestaat. Des te meer onafhankelijke variabelen, des te groter de kans op multicollineariteit. De betrouwbaarheid van de regressie neemt af wanneer er sprake is van multicollineariteit.

Omdat er geen correlatiecoëfficiënten zijn van onder de -0.9 of boven de 0.9 kan worden gesteld dat er geen indicatie is voor multicollineariteit. Via de Variance Inflation Factor (VIF) kan multicollineariteit worden gevonden. Volgens Myers (2000) is er bij een VIF-waarde van 10 reden om bezorgd te zijn. Alle VIF-waarden zijn onder de 10, wat betekent dat er geen sprake is van multicollineariteit (zie bijlage J).

4.5 ETHISCHE OVERWEGINGEN

De relatie tussen patiënten en hun huisarts is een zeer vertrouwelijke relatie. Het is daarom van belang om ethische overwegingen in acht te nemen. Allereerst is deelname aan de enquête anoniem geweest en is dit expliciet vermeld voordat respondenten hun antwoorden gaven. Ook is ervoor gekozen om de resultaten van de enquête niet te delen met de huisartsen van *Gezondheidscentrum Mariahoek Utrecht Centrum*. Dit is om te voorkomen dat de antwoorden van de deelnemers ongewild terecht komen bij de desbetreffende huisarts. De asymmetrische relatie tussen patiënten en hun huisarts is hier een overweging voor. Ten tweede is deelname aan de enquête volledig vrijwillig geweest. Deelnemers konden de deelname op elk gewenst moment afbreken. Antwoorden tot dan toe ingevuld zijn wel opgeslagen, maar niet-afgemaakte responses zijn niet meegenomen in de uiteindelijk analyse. Ten derde is de keuze voor een enquête ook een ethische keuze. Respondenten zijn niet verplicht geweest antwoord te geven op alle vragen. Wanneer zij bijvoorbeeld liever niet vertellen wat hun inkomen is, is er de mogelijkheid geweest om dit niet in te vullen. Wel zijn er reminders ingesteld om te voorkomen dat deelnemers per ongeluk een vraag misten.

5. RESULTATEN

Om de invloed van maatschappelijke processen op de interactie voorkeuren van burgers met de huisarts te meten worden tien meervoudige regressieanalyses uitgevoerd. De demografische factoren geslacht, leeftijd, opleiding en inkomen worden gebruikt als controlevariabelen. In de eerste paragraaf wordt de kernstatistiek beschreven. Daarna worden in de tweede paragraaf vooronderstellingen van meervoudige regressie getest. In de daaropvolgende paragraaf worden de resultaten van de regressieanalyses weergegeven.

5.1 KERNSTATISTIEK

In totaal hebben 316 deelnemers de enquête afgerond. Hiervan heeft een ruime meerderheid de enquête in het Nederlands ingevuld (95.25%). Van het totale aantal Nederlandse deelnemers identificeert 73.2% zich als vrouw (n=229), 26.8% als man (n=84). De meeste respondenten hebben een Nederlandse achtergrond (98.4%, n=303). Een aantal deelnemers (4.5%, n=14) gaven aan een andere nationaliteit te hebben, zoals Brits, Japans en Mexicaans. Wat betreft de leeftijd van de deelnemers is er een duidelijke spreiding te zien (zie tabel 3). In tabel 3 is te zien dat de gemiddelde leeftijd van deze deelnemers 44.5 is. De deelnemers bestonden voor het grootste deel uit werkenden (98.9%, n=430). De deelnemers zijn voornamelijk hoger opgeleid (85.3%, n=371) en hebben een hoog inkomen (94.3%, n=410) (zie tabel 13). Voor een overzicht van de beschrijvende statistieken van de respondenten, zie tabel 3.

De gemiddelde scores voor de maatschappelijke processen zijn weergegeven in tabel 4. Hieruit is duidelijk op te maken dat de respondenten zijn beïnvloed door de maatschappelijke processen. Op internationalisering na, liggen de scores rond het middelpunt. Dit betekent dat gemiddeld gezien de respondenten “deels beïnvloed” zijn door de processen, met een licht neiging naar “heel erg beïnvloed”. Met name voor intensivering is een duidelijke trend te zien. Respondenten geven aan dat zij bereid zijn om te wisselen van huisarts wanneer zij het niet eens zijn of niet goed kunnen vinden met hem of haar. Internationalisering lijkt het minst te spelen onder de respondenten. Dit betekent dat gemiddeld gezien de respondenten niet veel merken van verschil in achtergrond tussen henzelf en de huisarts.

Wat betreft de afhankelijke variabelen blijkt dat de respondenten voornamelijk positieve ervaringen hebben in het contact met hun huisarts. Alleen voor het aspect begrip ligt het gemiddelde rond de 0.5, wat aangeeft dat er deels wederzijds begrip is. Alle andere aspecten neigen naar een score van 1.0, welke aangeeft dat zij erg tevreden zijn over het desbetreffende aspect. Voor een overzicht van de beschrijvende statistieken van de afhankelijke variabelen, zie tabel 5

Uit een meervoudige regressieanalyse met de scores voor de maatschappelijke processen als afhankelijke en demografische factoren als onafhankelijke variabelen blijkt dat een aantal demografische factoren invloed hebben op de scores voor de beïnvloeding door maatschappelijke processen (zie tabel 6). Zo geven oudere respondenten aan zich meer individualistisch op te stellen in het contact met de huisarts. Werklozen stellen zich juist minder individualistisch op. Respondenten met een hoog inkomen geven aan informeler contact te hebben met de huisarts. Jongere respondenten en hoger opgeleiden geven aan vaker zelf medische informatie op te zoeken. Als laatste geven hoger opgeleiden aan minder beïnvloed te zijn door internationalisering in het contact met de huisarts. Dit kan komen doordat internationale studenten nog bezig zijn met het behalen van een HBO of WO-bachelor diploma. Zij vallen onder laag opgeleid omdat hun hoogst behaalde diploma lager is dan een HBO of WO-bachelor diploma.

Tabel 3: Beschrijvende statistieken respondenten

	Frequentie	Percentage
Niet-Nederlands	5	1,6
Nederlands	303	98,4
Werkende	430	98,9
Werkloos	5	1,1
Hoog inkomen	410	94,3
Laag inkomen	25	5,7
Hoog opgeleid	371	85,3
Laag opgeleid	64	14,7
Man	84	26,8
Vrouw	229	73,2

	N	Min	Max	\bar{x}	σ_x
Leeftijd (in jaren)	315	18,00	81,00	44,4429	15,98162

Tabel 4: Beschrijvende statistieken onafhankelijke variabelen

	N	Min.	Max.	\bar{x}	σ_x
Score individualisering	348	,08	1,00	,5378	,17299
Score informalisering	341	,00	1,00	,5403	,20446
Score informatisering	341	,00	1,00	,5650	,30265
Score internationalisering	341	,00	1,00	,2434	,21454
Score intensivering	341	,00	1,00	,6422	,17142

Tabel 5: Beschrijvende statistieken afhankelijke variabelen

	N	Min.	Max.	\bar{x}	σ_x
Score taal	370	,00	1,00	,6297	,23661
Score luisteren	370	,00	1,00	,7311	,19347
Score uitleggen	370	,00	1,00	,7340	,15288
Score geruststellen	370	,00	1,00	,7473	,20253
Score zorgzaamheid	370	,00	1,00	,7662	,21656
Score begrip	435	,00	1,00	,5080	,27815
Score context	370	,00	1,00	,6914	,25367
Score "mogen"	369	,00	1,00	,6468	,27743
Score respect	370	,00	1,00	,7122	,18884
Score vertrouwen medische competentie	370	,00	1,00	,6071	,14537

Tabel 6: Overzicht demografische factoren effect op maatschappelijke processen (N=301)

	Individualisering	Informalising	Informatisering	Internationalisering	Intensivering
Constante	,557 (.087)	,328 (.103)	,585 (.150)	,409 (.101)	,606 (.081)
Leeftijd (in jaren)	,151* (,001)	,054 (,001)	-,338**** (,001)	-,007 (,001)	,114 (,001)
Nationaliteit (Nederlands)	,000 (,073)	-,066 (,087)	,101 (,127)	-,063 (,086)	,017 (,068)
Occupatie (werkend)	-,121* (,039)	,047 (,046)	-,078 (,067)	-,021 (,045)	-,084 (,036)
Inkomen (hoger inkomen)	,094 (,024)	,155* (,028)	,087 (,041)	-,067 (,038)	,089 (,022)
Opleiding (hoger opgeleid)	-,096 (,024)	,044 (,028)	,174 (,041)**	-,170 (,028)**	,042 (,022)
Geslacht (man)	-,065 (,022)	-,106 (,026)	-,077 (,038)	,075 (,026)	-,103 (,021)

Noot: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .005$, **** $p < .001$

5.2 RESULTATEN

In deze paragraaf worden de resultaten van de meervoudige regressieanalyses weergegeven. Er is een meervoudige regressieanalyse uitgevoerd voor alle aspecten van de patiënt-huisarts relatie zoals besproken in de theorie. In de regressies zijn de aspecten de afhankelijke variabelen en de vijf maatschappelijke processen de onafhankelijke variabelen. Voor een volledig overzicht van de aangenomen hypothesen, zie bijlage K.

TAAL

Hypothese set 1 is getest door middel van een meervoudige regressieanalyse met het de score voor *taal* als afhankelijke variabele en de scores voor beïnvloeding door maatschappelijke processen als onafhankelijke variabelen. Uit deze analyse bleek dat de score voor taal voor 20.7% te verklaren valt door de scores voor maatschappelijke processen ($F(5,335) = 18.789, p=.000$). Ook wanneer de controle variabelen worden meegenomen is het model significant en verklaart het de score voor taal voor 16.2% ($F(11,290)=6.304, p=.000$).

De score voor internationalisering ($\beta=-.395, p=.000$) bleek een significant negatief verband te hebben met voor de score voor taal. Aan de hand van deze gegevens kan H1a worden aangenomen. De score voor informatisering heeft geen significant effect op de score voor taal ($\beta=.079, p=.171$). Daarom moet H1b worden verworpen. Hoewel er geen hypothese was gesteld voor het verband tussen de score voor informalisering en de score voor taal, bleek er een positief verband te zijn tussen deze twee scores ($\beta=.133, p=.016$). De controle variabelen hebben geen significant effect op de score voor taal.

LUISTEREN

Hypothese set 2 is getest door middel van een meervoudige regressieanalyse met de score voor luisteren als afhankelijke variabele en de scores voor beïnvloeding door maatschappelijke processen als onafhankelijke variabelen. Wanneer de controle variabelen niet werden meegenomen, bleek de score voor luisteren voor 5% te verklaren door de scores voor maatschappelijke processen ($F(5,335)=4.597, p=.001$). Wanneer de controle variabelen wel meegenomen verklaart het volledige model de score voor luisteren voor 4.8% ($F(11,290) = 2.390, p=.008$).

Uit model 2 bleek de score voor intensivering geen significante voorspeller te zijn voor de score voor luisteren ($\beta=-.078, p=.192$). Daarom wordt H2a verworpen. De score voor internationalisering bleek een significant negatief verband te hebben met de score voor luisteren ($\beta=-.169, p=.004$). Daarom wordt H2b aangenomen. Informalisering bleek geen significante voorspeller voor de score voor luisteren ($\beta=.072, p=.219$). Op basis van deze gegevens wordt H2c verworpen. Ook informatisering heeft geen significant verband in model 2 ($\beta=-.084, p=.174$). Op basis hiervan wordt H2d verworpen. De controlevariabelen hebben geen significant effect op de score voor luisteren.

Tabel 7: Overzicht hypothese set 1

1	H1a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan ervaren zij meer obstakels in de communicatie met de huisarts als gevolg van taalverschillen.
	H1b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, dan ervaren zij minder obstakels in de communicatie met de huisarts als gevolg van taalverschillen

Tabel 8: Regressieanalyse voor de score voor maatschappelijke processen als voorspellers van de score voor taal (N=340)

	Model 1	Model 2
Constante	,656 (,065)	,744 (,131)
Onafhankelijke variabelen		
Individualisering	,030 (,067)	,021 (,076)
Informalisering	,108* (,069)	,133* (,063)
Informatisering	,094 (,038)	,079 (,044)
Internationalisering	-,428**** (,056)	-,395**** (,064)
Intensivering	-,050 (,073)	-,027 (,083)
Controlevariabelen		
Nationaliteit		-,049 (,094)
Occupatie(werkend)		-,007 (,050)
Inkomen (hoger inkomen)		-,024 (,031)
Opleiding (hoger opgeleid)		,016 (,031)
Geslacht (man)		,065 (,028)
Leeftijd		-,031 (,001)
R²	,207**** (,205)	,162**** (,206)

Noot: *p < .05, **p < .01, *** p < .005, ****p < .001

Tabel 9: Overzicht hypothese set 2

2	H2a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door intensivering, dan voelen zij zich minder gehoord door de huisarts.
	H2b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan voelen zij zich minder gehoord door de huisarts.
	H2c: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informalisering, dan voelen zij zich meer gehoord door de huisarts.
	H2d: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, dan voelen zij zich meer gehoord door de huisarts.

Tabel 10: Regressieanalyse voor de score voor maatschappelijke processen als voorspellers van de score voor luisteren (N=340)

	Model 1	Model 2
Constante	,867 (,061)	-,780 (,121)
Onafhankelijke variabelen		
Individualisering	-,062 (,062)	-,056 (,070)
Informalisering	,072 (,052)	,072 (,075)
Informatisering	-,127* (,035)	-,084 (,040)
Internationalisering	-,207**** (,051)	-,169*** (,059)
Intensivering	-,055 (,066)	-,078 (,076)
Controlevariabelen		
Nationaliteit		,012 (,087)
Occupatie (werkend)		,012 (,046)
Inkomen (hoger inkomen)		,098 (,028)
Opleiding (hoger opgeleid)		-,039 (,029)
Geslacht (man)		,038 (,026)
Leeftijd		,083 (,001)
R²	,050**** (,190)	,048** (,190)

Noot: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .005$, **** $p < .001$

UITLEGGEN

Hypothese set 3 is getest door middel van een meervoudige regressieanalyse met de score voor *uitleggen* als afhankelijke variabele en de scores voor beïnvloeding door maatschappelijke processen als onafhankelijke variabelen. Uit deze analyse bleek dat de score voor uitleggen voor 4.1% valt te verklaren door de scores voor maatschappelijke processen ($F(5,335)=3.923, p=.002$). Wanneer de controlevariabelen worden meegenomen, verklaart het volledige model de score voor uitleggen voor 8.4% ($F(11,290) = 3.505, p=.000$).

De scores voor individualisering ($\beta=.055, p=.348$) en informatisering, ($\beta=.061, p=.314$) bleken geen significante voorspellers voor de score voor uitleggen. Op basis van deze gegevens moeten H3a en H3b worden verworpen. Internationalisering daarentegen heeft wel een significant negatief verband met de score voor uitleggen ($\beta=-.159, p=.006$). H3c kan dus worden aangenomen. Hoewel hier geen hypothesen over waren geformuleerd, bleken informalisering ($\beta=.137, p=.018$) en intensivering ($\beta=.175, p=.004$) een significant positief verband te hebben met de score voor uitleggen te hebben. De controlevariabele opleiding heeft ook een significant verband met de score voor uitleggen. Hoger opgeleid zijn leidt tot een lagere score voor uitleggen ($\beta=-.140, p=.017$).

GERUSTSTELLEN

Hypothese set 4 is getest door middel van een meervoudige regressieanalyse met de score voor *geruststellen* als afhankelijke variabele en de scores voor beïnvloeding door maatschappelijke processen als onafhankelijke variabelen. Uit deze analyse bleek dat de score voor geruststellen voor 6.3% te verklaren valt door de scores voor maatschappelijke processen ($F(5,335)=5,600, p=.000$). Ook wanneer de controle variabelen worden meegenomen is het model significant en verklaart het de score voor geruststellen voor 5.8% ($F(11,290) = 2.671, p=.003$).

De score voor informalisering bleek een significante voorspeller voor de score voor geruststellen ($\beta=.138, p=.019$). Op basis van deze gegevens kan H4a worden aangenomen. De scores voor informatisering bleek geen significant voorspeller te zijn voor de score voor geruststellen ($\beta=-.077, p=.208$) en dus moet H4b worden verworpen. Alhoewel er geen hypothese geformuleerd was over het verband tussen internationalisering en geruststellen, bleek internationalisering wel een significante negatieve voorspeller ($\beta=-.196, p=.001$). Ook over het verband tussen informalisering en geruststellen was geen hypothese geformuleerd, maar er bleek wel een significant negatief verband ($\beta=.138, p=.019$). De controlevariabelen hebben geen significant effect op de score voor geruststelling.

Tabel 11: Overzicht hypothese set 3

3	H3a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door individualisering, dan beoordelen zij de uitleg van de huisarts als slechter
	H3b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, dan beoordelen zij de uitleg van de huisarts als slechter
	H3c: Als burger sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan beoordelen zij de uitleg van de huisarts als slechter

Tabel 12: Regressieanalyse voor de score voor maatschappelijke processen als voorspellers van de score voor uitleggen (N=340)

	Model 1	Model 2
Constante	,652 (,042)	,597 (,074)
Onafhankelijke variabelen		
Individualisering	,098 (,042)	,055 (,043)
Informalising	,121* (,036)	,137* (,036)
Informatisering	-,032 (,024)	,061 (,025)
Internationalisering	-,107 (,035)	-,151** (,036)
Intensivering	,059 (,045)	,175*** (,047)
Controlevariabelen		
Nationaliteit		,013 (,054)
Occupatie(werkend)		,039 (,028)
Inkomen (hoger inkomen)		-,037 (,017)
Opleiding (hoger opgeleid)		-,140* (,018)
Geslacht (man)		-,069 (,016)
Leeftijd		,015 (,001)
R²	,041*** (,130)	,069*** (,118)

Noot: *p < .05, **p < .01, *** p < .005, ****p < .001

Tabel 13: Overzicht hypothese set 4

4	H4a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informalisering, dan voelen zij zich minder gerustgesteld door de huisarts
	H4b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, dan voelen zij zich minder gerustgesteld door de huisarts

Tabel 14: : Regressieanalyse voor de score voor maatschappelijke processen als voorspellers van de score voor geruststellen (N=340)

	Model 1	Model 2
Constante	,866 (,061)	,870 (,121)
Onafhankelijke variabelen		
Individualisering	,015 (,062)	,005 (,070)
Informalising	,125* (,052)	,138* (,058)
Informatisering	-,104 (,035)	-,077 (,040)
Internationalisering	-,213**** (,051)	-,196*** (,059)
Intensivering	-,136* (,066)	-,097 (,077)
Controlevariabelen		
Nationaliteit		-,015 (,087)
Occupatie(werkend)		-,033 (,046)
Inkomen (hoger inkomen)		,087 (,028)
Opleiding (hoger opgeleid)		-,029 (,029)
Geslacht (man)		,104 (,026)
Leeftijd		-,022 (,001)
R²	,063**** (,189)	,058*** (,191)

Noot: *p < .05, **p < .01, *** p < .005, ****p < .001

ZORGZAAMHEID

Hypothese set 5 is getest door middel van een meervoudige regressieanalyse met het de score voor *zorgzaamheid* als afhankelijke variabele en de scores voor beïnvloeding door maatschappelijke processen als onafhankelijke variabelen. Uit deze analyse bleek dat de score voor zorgzaamheid voor 3% te verklaren valt door de scores voor maatschappelijke ontwikkelingen ($F(5,335)=3.072$, $p=.010$). Wanneer de controlevariabelen worden meegenomen is het model niet significant ($R^2=.010$, $F(11,290) = 1.283$, $p=.233$)

De score voor informalisering is geen significante voorspeller voor de score voor zorgzaamheid ($\beta=-.097$, $p=.106$). Daarom moet H5a worden verworpen. Hoewel er geen hypothese geformuleerd is over het verband tussen internationalisering en zorgzaamheid, blijkt internationalisering wel een significante negatieve voorspeller voor de score voor zorgzaamheid ($\beta = -.129$, $p = .030$). De controlevariabelen blijken geen effect te hebben op de score voor zorgzaamheid

BEGRIP

Hypothese set 6 is getest door middel van een meervoudige regressieanalyse met het de score voor *zorgzaamheid* als afhankelijke variabele en de scores voor beïnvloeding door maatschappelijke processen als onafhankelijke variabelen. Uit deze analyse bleek dat de score voor begrip voor 3.4% valt te verklaren door de scores voor maatschappelijke ontwikkelingen ($F(5,335)=3.375$, $p = .004$). Wanneer de controlevariabelen worden toegevoegd, is verklaart het de score voor begrip voor 2.3% ($F(11,290)=1.635$, $p=.088$).

De score voor internationalisering bleek een significant negatief verband te hebben met voor de score voor begrip ($\beta = -.137$, $p = .021$). Op basis van deze gegevens kan H6a worden aangenomen. De score voor informatisering bleek geen significante voorspeller te zijn voor de score voor begrip ($\beta=-.047$, $p=.454$). Daarom wordt H6b verworpen. Verder is er een leeftijdseffect voor de score voor begrip ($\beta=-.142$, $p=.0343$). Hoe ouder burgers zijn, hoe minder wederzijds begrip zijn ervaren in het contact met de huisarts.

CONTEXT

Hypothese set 7 is getest door middel van een meervoudige regressieanalyse met het de score voor *context* als afhankelijke variabele en de scores voor beïnvloeding door maatschappelijke processen als onafhankelijke variabelen. Uit deze analyse bleek dat de score voor context voor 5.4% te verklaren valt door de scores voor

Tabel 15: Overzicht hypothese set 5

5	H5a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informalisering, dan ervaren zij meer zorgzaamheid vanuit hun huisarts
---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabel 16: : Regressieanalyse voor de score voor maatschappelijke processen als voorspellers van de score voor zorgzaamheid (N=340)

	Model 1	Model 2
Constante	,803 (,067)	,754 (,135)
Onafhankelijke variabelen		
Individualisering	,080 (,068)	,052 (,078)
Informalising	,075 (,070)	,097 (,065)
Informatisering	-,056 (,039)	-,043 (,045)
Internationalisering	-,170*** (,057)	-,129* (,066)
Intensivering	-,081 (,075)	-,049 (,085)
Controlevariabelen		
Nationaliteit		-,008 (,097)
Occupatie(werkend)		,000 (,051)
Inkomen (hoger inkomen)		,035 (,032)
Opleiding (hoger opgeleid)		,068 (,032)
Geslacht (man)		,061 (,029)
Leeftijd		-,019 (,001)
R²	,030* (,209)	,010 (,212)

Noot: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .005$, **** $p < .001$

Tabel 17: Overzicht hypothese set 6

6	H6a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan ervaren zij minder wederzijds begrip vanuit hun huisarts
	H6b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, dan ervaren meer wederzijds begrip vanuit hun huisarts

Tabel 18: : Regressieanalyse voor de score voor maatschappelijke processen als voorspellers van de score voor begrip (N=340)

	Model 1	Model 2
Constante	,709 (,067)	,712 (,120)
Onafhankelijke variabelen		
Individualisering	-,004 (,062)	-,018 (,069)
Informalising	,079 (,064)	,100 (,070)
Informatisering	-,026 (,035)	-,047 (,040)
Internationalisering	-,190*** (,052)	-,137* (,058)
Intensivering	-,134* (,068)	-,095 (,077)
Controlevariabelen		
Nationaliteit		,016 (,086)
Occupatie(werkend)		,004 (,045)
Inkomen (hoger inkomen)		,078 (,028)
Opleiding (hoger opgeleid)		-,001 (,029)
Geslacht (man)		,040 (,026)
Leeftijd		-,142* (,001)
R²	,034** (,190)	,023* (,188)

Noot: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .005$, **** $p < .001$

maatschappelijke processen ($F(5,335)=4.872, p=.000$). Wanneer de controlevariabelen worden toegevoegd, verklaart het model de score voor context voor 3.5% ($F(11,290)=2.002, p=.028$).

De score voor internationalisering ($\beta=-.152, p=.010$) bleek een significant negatief verband te hebben met de score voor context. Op basis van deze gegevens kan H7a worden aangenomen. Hoewel hier geen hypothese voor was opgesteld, bleek dat de score voor informatisering ($\beta=-.145, p=.020$) een significante negatieve voorspeller was voor de score voor context. De controlevariabelen hebben geen effect op de score voor context.

“MOGEN”

Hypothese set 8 is getest door middel van een meervoudige regressieanalyse met het de score voor “mogen” als afhankelijke variabele en de scores voor beïnvloeding door maatschappelijke processen als onafhankelijke variabelen. Uit deze analyse bleek dat de score voor “mogen” voor 11.9% te verklaren valt door de scores voor maatschappelijke processen ($F(5,334)=10.134, p=.000$). Wanneer de controlevariabelen worden toegevoegd, verklaart het model de score voor “mogen” voor 10.4% ($F(11,289) = 4.152, p = .000$).

De score voor intensivering ($\beta=-.132, p=.024$) bleek een significant negatieve voorspeller te zijn voor de score voor “mogen”. Daarom moet H8a worden verworpen. Hoewel hier geen hypothese waren opgesteld over het verband tussen informatisering en internationalisering en “mogen”, bleken er wel significante verbanden te zijn. De scores voor informatisering ($\beta=-.147, p=.014$), internationalisering ($\beta=-.220, p=.000$) bleken significante negatieve voorspellers voor de score voor “mogen”. De controlevariabelen hebben geen invloed op de score voor “mogen”.

RESPECT

Hypothese set 9 is getest door middel van een meervoudige regressieanalyse met het de score voor *respect* als afhankelijke variabele en de scores voor beïnvloeding door maatschappelijke processen als onafhankelijke variabelen. Uit deze analyse bleek dat de score voor respect voor 6% te verklaren valt door de scores voor maatschappelijke processen ($F(5,335)=5,374, p=.000$). Wanneer de controlevariabelen worden toegevoegd, verklaart het volledige model de score voor respect voor 6.0% ($F(11,290)=2.732, p=.002$).

Tabel 19: Overzicht hypothese set 7

7	H7a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, hebben zij minder het gevoel dat de huisarts rekening houdt met hun persoonlijke situatie
---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabel 20: : Regressieanalyse voor de score voor maatschappelijke processen als voorspellers van de score voor context (N=340)

	Model 1	Model 2
Constante	,851 (,077)	,994 (,151)
Onafhankelijke variabelen		
Individualisering	,061 (,078)	,030 (,087)
Informalisering	,032 (,066)	,067 (,073)
Informatisering	-,171*** (,044)	-,145* (,050)
Internationalisering	-,198*** (,065)	-,152* (,074)
Intensivering	-,093 (,083)	-,085 (,095)
Controlevariabelen		
Nationaliteit		-,059 (,109)
Occupatie(werkend)		-,026 (,057)
Inkomen (hoger inkomen)		,094 (,035)
Opleiding (hoger opgeleid)		-,044 (,036)
Geslacht (man)		,057 (,033)
Leeftijd		-,061 (,001)
R²	,054**** (,240)	,035* (,237)

Noot: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .005$, **** $p < .001$

Tabel 21: Overzicht hypothese set 8

8	H8a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door intensivering, dan vinden zij het belangrijker om een klik te hebben met de huisarts.
---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabel 22: Regressieanalyse voor de score voor maatschappelijke processen als voorspellers van de score voor "mogen" (N=339)

	Model 1	Model 2
Constante	,869 (,080)	,936 (,158)
Onafhankelijke variabelen		
Individualisering	,041 (,081)	-,012 (,090)
Informalisering	,122* (,068)	,110 (,076)
Informatisering	-,193**** (,046)	-,147* (,052)
Internationalisering	-,277**** (,067)	-,220**** (,076)
Intensivering	-,149** (,086)	-,132* (,099)
Controlevariabelen		
Nationaliteit		-,052 (,112)
Occupatie(werkend)		-,045 (,059)
Inkomen (hoger inkomen)		,087 (,037)
Opleiding (hoger opgeleid)		-,024 (,038)
Geslacht (man)		-,049 (,034)
Leeftijd		,076 (,001)
R²	,119**** (,248)	,104**** (,245)

Noot: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .005$, **** $p < .001$

De score voor informalisering bleek een significante positieve voorspeller voor de score voor respect ($\beta=.1293$, $p=.027$). Daarom kan H9a worden aangenomen. Hoe informeler de relatie tussen burger en huisarts, hoe meer burgers zich gerespecteerd voelen door de huisarts. De score voor internationalisering bleek een significant negatief verband te houden met de score voor respect ($\beta=-.189$, $p=.001$). Op basis van deze gegevens moet H9b worden verworpen. De controlevariabelen bleken geen significante voorspellers voor de score voor respect.

VERTROUWEN IN MEDISCHE COMPETENTIE

Hypothese set 10 is getest door middel van een meervoudige regressieanalyse met het de score voor *vertrouwen in medische competentie* als afhankelijke variabele en de scores voor beïnvloeding door maatschappelijke processen als onafhankelijke variabelen. Uit deze analyse bleek dat de score voor vertrouwen in medische competentie voor 3.7% valt te verklaren door de scores voor maatschappelijke ontwikkelingen ($F(5,335)=3.581$ $p=.004$). Wanneer de controlevariabelen worden toegevoegd, verklaart het model 3% van de score voor vertrouwen in medische competentie ($F(11,299)=1.852$, $p = .045$).

De score voor informatisering bleek geen significante voorspeller te zijn voor de score voor vertrouwen in de medische competentie van de huisarts ($\beta=-.537$, $p=.592$). Op basis van deze gegevens moet H10a worden verworpen. Hoewel hier geen hypothese voor was opgesteld, bleken de scores voor internationalisering ($\beta=-.172$, $p=.004$) en intensivering ($\beta=-.129$, $p=.034$) beide een negatief verband te hebben met de score voor vertrouwen in de medische competentie. De controlevariabele inkomen bleek een significant positief effect te hebben op de score voor vertrouwen in medische competentie ($\beta = .144$, $p = .019$). Respondenten met een hoger inkomen hebben meer vertrouwen in de medische competentie van de huisarts dan respondenten met een lager inkomen.

Tabel 23: Overzicht hypothese set 9

9	H9a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informalisering, dan ervaren zij meer respect in de relatie met de huisarts
	H9b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan ervaren zij meer respect in de relatie met de huisarts

Tabel 24: Regressieanalyse voor de score voor maatschappelijke processen als voorspellers van de score voor respect (N=340)

	Model 1	Model 2
Constante	,853 (,058)	,838 (,117)
Onafhankelijke variabelen		
Individualisering	-,040 (,059)	-,035 (,067)
Informalisering	,105 (,050)	,129* (,056)
Informatisering	-,112* (,034)	-,063 (,038)
Internationalisering	-,218**** (,049)	-,189*** (,056)
Intensivering	-,110 (,063)	-,112 (,073)
Controlevariabelen		
Nationaliteit		-,018 (,083)
Occupatie(werkend)		-,038 (,044)
Inkomen (hoger inkomen)		,086 (,027)
Opleiding (hoger opgeleid)		-,035 (,028)
Geslacht (man)		-,013 (,025)
Leeftijd		,066 (,001)
R²	,060**** (,182)	,060*** (,182)

Noot: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .005$, **** $p < .001$

Tabel 25: Overzicht hypothese set 10

10	H10a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, hebben zij minder vertrouwen in de medische competentie van de huisarts
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabel 26: Regressieanalyse voor de score voor maatschappelijke processen als voorspellers van de score voor vertrouwen in medische competentie (N=340)

	Model 1	Model 2
Constante	,776 (,053)	,865 (,106)
Onafhankelijke variabelen		
Individualisering	,037 (,054)	,010 (,062)
Informalising	,012 (,045)	,031 (,051)
Informatisering	-,051 (,030)	-,033 (,035)
Internationalisering	-,204**** (,044)	-,172*** (,052)
Intensivering	-,164** (,057)	-,129* (,067)
Controlevariabelen		
Nationaliteit		-,040 (,076)
Occupatie(werkend)		-,024 (,040)
Inkomen (hoger inkomen)		,144* (,025)
Opleiding (hoger opgeleid)		-,029 (,026)
Geslacht (man)		,027 (,023)
Leeftijd		-,124 (,001)
R²	,037*** (,165)	,030 (,167)

Noot: *p < .05, **p < .01, *** p < .005, ****p < .001

6. DISCUSSIE

In dit hoofdstuk zal op basis van de uitkomsten van het onderzoek geconcludeerd worden dat maatschappelijke processen aspecten in de relatie tussen burger en huisarts veranderen op het gebied van interactie en emotionele betrokkenheid. Hoewel voor een deel van de verwachte verbanden geen bewijs is gevonden, zijn er wel veel verbanden naar voren gekomen die niet werden verwacht vanuit de literatuurstudie. In de eerste subparagraaf zal antwoord gegeven worden op de eerste drie hoofdvragen. In de tweede subparagraaf wordt dieper ingegaan op de gevonden verbanden en mogelijke verklaringen voor de niet-verwachte resultaten. In de derde subparagraaf wordt de validiteit van het onderzoek besproken en in de laatste subparagraaf worden de limitaties van het onderzoek besproken.

6.1 CONCLUSIE

Het doel van dit onderzoek was om de verwachtingen en ervaringen van burgers van hun relatie tot de huisarts in een veranderende samenleving te analyseren. Daarmee werd inzicht verkregen in hoe deze relatie verandert als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen. Processen met de meeste invloed zijn respectievelijk internationalisering, informatisering en intensivering van de samenleving. De resultaten laten zien dat deze drie processen veranderingen veroorzaken in de interactie met de huisarts, op de verwachting van emotioneel vlak van de relatie en op het vertrouwen in de professionaliteit van de huisarts.

Door het beantwoorden van de beschrijvende en verdiepende onderzoeksvragen is het onderzoeksdoel bereikt. De eerste beschrijvende deelvraag was *welke aspecten zijn van belang in de relatie tussen burgers en hun huisarts?* Volgens Lings, et al. (2003) zijn de belangrijkste aspecten onder te brengen in interactie, persoonlijke impact en professionaliteit. Deze drie aspecten bestaan uit elk uit verschillende componenten. Interactie omvat de aspecten taal, luisteren, uitleggen, geruistellen en nazorg. Persoonlijke impact, oftewel de emotionele betrokkenheid van de huisarts, omvat de aspecten zorgzaamheid, begrip, context, “mogen” en respect. Professionaliteit omvat de aspecten vertrouwen in persoonlijke integriteit en vertrouwen in medische competentie. De tweede beschrijvende deelvraag was *welke maatschappelijke processen beïnvloeden aspecten van de relatie tussen burgers en hun huisarts?* Vanuit het analyseren van verkregen data blijkt dat internationalisering, intensivering, informalisering en informatisering respectievelijk de sterkste invloed hebben.

De verdiepende deelvraag luidde als volgt: *welk effect hebben maatschappelijke processen op de relatie tussen burgers en hun huisarts?* Hierbij is er niet gekeken naar het effect op de aspecten nazorg en persoonlijke integriteit, wegens scope van het onderzoek. Het effect van de maatschappelijke ontwikkelingen loopt sterk uiteen. In deze subparagraaf worden de effecten kort benoemd. In de volgende subparagraaf wordt er dieper ingegaan op mogelijke verklaring voor de gevonden resultaten.

Individualisering bleek geen effect te hebben op de verschillende aspecten van de patiënt-huisarts relatie. Mogelijke verklaringen hiervoor worden besproken in sectie 6.3 *Validiteit*.

Internationalisering heeft een duidelijk en vooral negatief effect op de verschillende aspecten. Op alle aspecten heeft internationalisering een negatief effect. Er kan geconcludeerd worden dat door internationalisering er minder effectieve interactie is, er niet aan de verwachtingen op emotioneel vlak wordt voldaan en er minder vertrouwen is in de professionaliteit van de huisarts. Hierbij moet in gedachten genomen worden dat slechts een klein deel van de respondenten aangaf dat internationalisering een impact heeft op hun contact met de huisarts.

Informalisering heeft een duidelijk positief effect op de relatie. Bij informeler contact tussen patiënt en huisarts, voelen burgers zich meer gerustgesteld door de huisarts en voelen zij zich meer gerespecteerd door de huisarts. Ook leidt een informelere omgang met de huisarts tot minder ervaren obstakels in het contact met de huisarts als gevolg van taal en is er meer vertrouwen in de medische competentie van de huisarts.

Intensivering heeft een wisselend effect. Het zorgt voor een positievere beoordeling van de uitleg van de huisarts, maar het leidt er ook toe dat burgers minder vertrouwen hebben in de medische competentie van de huisarts en het minder belangrijk vinden om een goede klik te hebben met de huisarts.

Als laatste heeft informatisering heeft een negatief effect op de relatie tussen burgers en de huisarts. Als burgers meer informatie zelf opzoeken, hebben zij minder het gevoel dat de huisarts rekening houdt met hun persoonlijke situatie. Ook vinden zij het minder belangrijk om een goede klik te hebben met de huisarts.

Dit onderzoek heeft aangetoond dat macroprocessen in de samenleving een effect hebben op micro handelen van burgers in hun contact met de huisarts. De verschillende componenten van deze relatie blijken grote samenhang te hebben. Daarbij blijken ook de macroprocessen niet in isolatie af te spelen. Dit inzicht draagt bij aan hoe de kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg kunnen aansluiten bij deze macroprocessen. Passende zorg bieden aan individuen met elk hun eigen verhaal is niet altijd makkelijk. Door te begrijpen welke macroprocessen hun handelen beïnvloed, kunnen huisartsen de zorg nog beter aansluiten bij elk individu.

6.2 DISCUSSIE

Uit de conclusie blijkt dat een aantal maatschappelijke ontwikkelingen duidelijke maar verschillende effecten hebben op de relatie tussen burgers en huisartsen. In deze sectie wordt dieper ingegaan op de verklaringen achter deze resultaten.

Uit het huidig onderzoek blijkt dat internationalisering een negatieve invloed heeft op de relatie tussen burgers en huisartsen. Hoewel er minder respondenten waren die aangaven sterk beïnvloed te zijn door internationalisering in het contact met de huisarts, hebben degenen die dit wel aangaven duidelijk negatieve ervaringen op zowel het gebied van interactie, emotionele betrokkenheid en vertrouwen in de professionaliteit. Het is aannemelijk dat de aspecten met betrekking op interactie een onderling verband hebben. Door problemen in de communicatie als gevolg van taal- of cultuurobstakels, is het voor mensen met een internationale achtergrond ingewikkeld om hun verhaal open en duidelijk te kunnen overbrengen. Dit leidt ertoe dat zij zich minder gehoord voelen. Vervolgens kan de uitleg van de huisarts niet goed worden begrepen, als gevolg van taal- of cultuurobstakels. Wanneer de partijen elkaar niet goed begrijpen, wordt het bieden van geruststelling belemmerd. Al met al ligt het voornaamste probleem bij de taal- en cultuurobstakels.

De negatieve ervaringen op het gebied van emotionele betrokkenheid van de huisarts voor burgers beïnvloed door internationalisering zijn deels in lijn met de verwachtingen. Deze kunnen worden toegeschreven aan de obstakels als gevolg van interculturele communicatie (Schinkel, 2015). Eerder is gesteld dat luisteren en zorgzaamheid dicht bij elkaar liggen (zie sectie 3.2.2. *Zorgzaamheid*). Het gebrek aan zich gehoord voelen door de huisarts kan verband hebben met het gebrek aan ervaren zorgzaamheid vanuit de huisarts.

Een mogelijke uitleg voor de lage beoordeling van het meenemen van de persoonlijke situatie kan liggen in de verblijfsduur van respondenten die beïnvloed zijn door internationalisering. Inwoners van Nederland die hier maar tijdelijk verblijven, zoals expats of internationale studenten, bouwen mogelijk minder snel een band op met hun huisarts omdat zij voornemens zijn maar kort hier te blijven. Dit maakt het moeilijk voor de huisarts om de persoonlijke context van de patiënt te leren kennen. Een ander opvallend resultaat is dat beïnvloeding door internationalisering ertoe leidt dat deze groep zich minder gerespecteerd voelt door de huisarts. Dit zou een resultaat kunnen zijn van cultuurverschillen. De piramide van Maslow laat zien dat F- en G-culturen waarde toekennen aan verschillende zaken (zie sectie 3.1.3 *Internationalisering*). Zoals beschreven in sectie 3.3.2 *Respect* kan verschil in deze waarden er ook toe leiden dat de huisarts minder respect heeft voor de input van de patiënt. Dit sluit aan bij het gevoel dat de huisarts minder rekening houdt met de persoonlijke situatie. Als de huisarts meer op de hoogte zou zijn van de persoonlijke situatie en culturele achtergrond van deze patiënten, dan zou hij beter inzien waarom deze patiënten een andere behandeling prefereren. Het volgende citaat van een buitenlandse studente illustreert dit:

“My doctor does not always take my wishes seriously either due to his belief he knew best or because he had other stakes: i wanted to change therapists bc i had been on a waiting list for four months with no indication of this changing soon, and it was also an older man, which i indicated

not being comfortable with. I found a different therapist by myself and had to convince the doctor to sign me up with them because he was insistent on me going to the therapist he had chosen"

Dit sluit ook aan bij het vertrouwen in de medische competentie van de huisarts. Wanneer de huisarts een behandeling voorstelt welke aansluit bij zijn eigen culturele waarden, kan dit voelen alsof de huisarts geen verstand van zaken heeft als het niet aansluit bij de culturele waarden van de patiënt. Een andere mogelijke verklaring voor het gebrek aan vertrouwen in de medische competentie van de huisarts kan zijn dat expats en internationale studenten vaak hoge verwachtingen hebben, omdat zij als buitenlandse elite gewend zijn in hun eigen land ook direct de beste zorg te kunnen kopen. In Nederland moeten zij aansluiten bij de verplichte huisarts en terughoudende doorverwijzing. Dit blijkt ook uit onderstaand citaten van respectievelijk twee Amerikaanse studenten:

"Preventative healthcare is not a reality in NL in my experience. I need a reason to get my blood checked or have a general physical and otherwise it costs a lot of money."

"I usually figure out myself what's wrong and can access the medication myself if necessary (but in general I try to avoid overuse of medications and prefer to take rest)."

De citaten maken duidelijk de deze burgers in het eigen land bepaalde zorg gewend zijn, maar deze in Nederland niet krijgen. Nederland heeft relatief strenge regels wat betreft medicijn verkrijgbaarheid (Zorginstituut Nederland, 2018; Efting, 2012). Dit kan voelen alsof de huisarts geen verstand heeft van de noodzaak voor het krijgen van behandeling.

Ook Informalisering blijkt een sterk effect te hebben op de relatie tussen burgers en huisartsen, maar dan juist positief. Als eerste leidt informalisering tot minder ervaren obstakels in het contact met de huisarts als gevolg van taalverschillen. Dit kan verklaard worden door het versimpelde taalgebruik. Volgens Wouters (1990) leidt informalisering ertoe dat er een vermindering van sociale verschillen is in het taalgebruik; er ontstaat een stijgende waardering voor het 'volkse' (p.112). Volgens deze gedachtelijn zou de huisarts dus minder moeite hebben met taalgebruik wat beter aansluit bij de gemiddelde patiënt, in plaats van het gebruik van veel medisch jargon. Dit haakt in op de positievere beoordeling van de uitleg van de huisarts. Doordat de woorden simpeler zijn, kan er beter begrepen worden wat de huisarts uitlegt, resulterend in concordance. Een andere verklaring voor de hogere beoordeling van de uitleg van de huisarts is dat de huisarts op een gelijkwaardiger niveau communiceert met de patiënt. De ruimte die hierdoor gecreëerd wordt, zorgt ervoor dat het voor patiënten makkelijker kan zijn om vragen te stellen wanneer er onduidelijkheden zijn. Deze verkleinde afstand kan ook een verklaring zijn voor de sterkere

ervaring van geruststelling door de huisarts. Voortbordurend op het onderzoek door McCormack et al. (2010) laat dit resultaat zien dat empathie en emotionele nabijheid een positieve link heeft met het bieden van geruststelling (zie sectie 3.3.1 *Geruststellen*). Ook het gevoel van gerespecteerd worden vanuit de burger kan een effect zijn van de verkleinde sociale afstand. De burger voelt dat hij niet alleen respect heeft voor de huisarts, maar door de gelijkwaardigheid van de relatie, de huisarts ook respect heeft voor de patiënt. Vervolgonderzoek zou dieper in kunnen gaan op het effect van de verkleinde sociale afstand tussen burger en huisarts.

Het derde maatschappelijke proces met een duidelijke invloed is intensivering. Er werd verwacht dat hoe sterker burgers beïnvloed zijn door intensivering, hoe belangrijker zij het vinden om een klik te hebben met de huisarts. Dit volgde uit de stelling van Schnabel (2004) dat door intensivering, het gevoel een belangrijke maatstaf is geworden voor het maken van beslissingen. Hieruit zou moeten volgen dat bij belangrijke zaken, zoals de eigen gezondheid, het van groot belang is dat de huisarts een persoon is waar men een goed gevoel bij heeft; een klik mee heeft. Echter, uit de resultaten is gebleken dat sterkere beïnvloeding door intensivering juist leidt tot het minder belangrijk vinden van een goede klik hebben met de huisarts. Dit opvallende resultaat kan mogelijk verklaard worden door dat het makkelijk is om een second-opinion aan te vragen (Moerkamp, 2015) of te wisselen van huisarts wanneer de patiënt het niet eens is met de huisarts. De nadruk ligt dan niet op het leuk vinden van de huisarts, maar op het leuk vinden van wat de huisarts verteld. Deze verklaring wordt ondersteund door de bevinding dat sterkere beïnvloeding door intensivering leidt tot een betere beoordeling van de uitleg van de huisarts. Burgers willen vooral horen wat hen blij maakt en als ze dit niet krijgen, kunnen ze via een andere arts dit alsnog bereiken. Dit maakt dat zij op zoek zijn naar de huisarts met de, in hun ogen, beste uitleg. Vervolgonderzoek naar het belang van een klik hebben met de huisarts zou meer inzicht kunnen geven in dit opvallende resultaat.

Het laatste maatschappelijke proces met een duidelijke invloed op de relatie tussen burgers en de huisarts is informatisering. Hoewel hier geen verwachting voor was, bleek informatisering te leiden tot het gevoel dat de huisarts minder rekening houdt met de persoonlijk situatie. Een mogelijke verklaring hiervoor kan het online verdiepen in kennis en eventueel delen van persoonlijke verhalen zijn. Dit kan het gevoel geven voor burgers dat zij zelf meer rekening houden met de volledige context, waardoor zij een betere inschatting kunnen maken van de oorzaak van de klacht. Het volgende citaat van een van de respondenten kan dit illustreren:

“Er [is] weinig aandacht voor hoe ik in het leven sta en ik daardoor in een stramien geperst wordt waar ik niet mee uit de voeten kan. Vb. Arts zegt: Hoge bloeddruk is gevaarlijk. Dan moet je eerst 3 x terugkomen om te meten. Dat kost dan 6 weken en dan moet er medicijnen voorgeschreven worden. Had toen zelf ontdekt dat het van een tekort aan bepaalde vitamines kwam en het probleem was opgelost.”

Deze respondent geeft aan zelf altijd medische informatie op te zoeken voor het huisartsconsult. Het laat zien dat zij het gevoel heeft dat de huisarts geen rekening houdt met de persoonlijke situatie en dat zij door zoeken op het Internet zelf tot de juiste oplossing kan komen. Wanneer op Internet wordt gezocht naar klachten of symptomen, kunnen er ook verhalen van anderen voorbijkomen op blogs of fora. Hierin worden persoonlijke ervaringen verteld van mensen met soortgelijke problemen en wordt dus de persoonlijke situatie meegenomen. Door protoprofessionalisering kunnen burgers makkelijk denken hun problematiek zelf net zo goed te overzien. Zij kunnen immers informatie vinden over hun klachten, lezen ervaringen van lotgenoten en ze kennen hun eigen persoonlijke situatie het best. Dit kan tegenstrijdig voelen met het contact met de huisarts, wat voornamelijk lijkt te draaien om wat de klacht is en wat een mogelijke oorzaak is voor de klacht.

Een kanttekening moet hier worden geplaatst. Het gevoel dat lotgenoten op Internet beter de persoonlijke situatie begrijpen, kan slechts schijn zijn. De verschillende contexten zoals beschreven door Lucassen, Stortenbeker & Van Den Muijsenbergh (2019), worden in online contact niet meegenomen zoals dit wel getracht wordt in het consult met de huisarts. De context van de therapeutische relatie wordt als het ware online gesimuleerd. De huisarts is op de hoogte van de psychosociale context en sociaaleconomische context. De context van de klacht is waar de huisarts voor gestudeerd heeft. Hoewel het een opgave kan zijn om dit alles mee te nemen in de korte tijd die de huisarts heeft, sturen de kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg erop om deze verschillende contexten mee te nemen. De huisarts is zich namelijk bewust van hoe de verschillende contexten elkaar beïnvloeden. Voor de burger zelf is de link tussen stress en het symptoom niet altijd duidelijk. Figuur 8 weergeeft een aantal effecten van stress op het lichaam, de stemming en uiteindelijk op gedrag. Door de langdurige relatie waarin de huisarts de patiënt leert kennen, leert hij ook de psychosociale en sociaaleconomische context kennen. Ook moeten huisartsen volgens NHG-standaarden (Nederlands Huisartsen Genootschap, n.d.) handelen waardoor zij besluiten maken die mogelijk volgens de patiënt geen recht doen aan hun situatie. Ook werd niet verwacht dat er een verband zou zijn tussen informatisering en het belang van een goede klik hebben met de huisarts. Uit de resultaten blijkt echter dat informatisering zorgt voor het minder belangrijk vinden van het hebben van een klik met de huisarts. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat burgers met name zien als een bron van informatie of een poort naar het verdere zorgstelsel. Hierbij is het niet per se nodig om de huisarts te mogen. Er werd verwacht dat informatisering zou leiden tot een slechtere beoordeling van de uitleg van de huisarts, maar er is geen verband gevonden hiertussen. Dit zou kunnen komen omdat burgers informatie op internet als aanvulling zien op de uitleg van de huisarts (Stevenson, Kerr, Murray & Nazareth, 2007). De beschikbare informatie op het Internet vormt geen standaard waartegen burgers de uitleg van de huisarts afwegen, om deze vervolgens als “voldoende” of “onvoldoende” te beoordelen. Vervolgonderzoek kan dieper ingaan op de waarde die burgers toekennen aan de informatie die zij vinden op internet en welke implicaties dit heeft voor hoe de huisarts haar werk ziet in een tijd van toenemende informatisering.

Figuur 8: Veelvoorkomende effecten van stress (Mayo Clinic, 2019)

On your body	On your mood	On your behavior
Headache	Anxiety	Overeating or undereating
Muscle tension or pain	Restlessness	Angry outbursts
Chest pain	Lack of motivation or focus	Drug or alcohol misuse
Fatigue	Feeling overwhelmed	Tobacco use
Change in sex drive	Irritability or anger	Social withdrawal
Stomach upset	Sadness or depression	Exercising less often
Sleep problems		

6.3 VALIDITEIT

Het ontbreken van significante verbanden door individualisering kan een effect zijn van gebrek aan inhoudsvaliditeit. Individualisering is gemeten aan de hand van twee stellingen: “als ik mij niet voldoende gehoord en gerespecteerd voel door mijn huisarts, dan maakt hij maar tijd voor mij vrij om het vertrouwen te herstellen” en “Ik wil graag dat mijn huisarts mij vrijlaat om zelfstandig en onafhankelijk mijn behandelplan te kiezen”. Er is voor deze stellingen gekozen omdat de aanname was gedaan dat bij individualisme een bepaalde mate van egoïsme meekomt. Echter, zoals De Tocqueville bepleit is er eerder sprake van een ‘egoïsme intelligent’, waarmee hij

“een instelling [bedoelt] van de burger, waarin hij uit welbegrepen eigenbelang participeert in de publieke zaak. De burger zal nooit zijn eigen belangen in de steek laten om zich te wijden aan het algemeen belang, tenzij hij daartoe wordt gemotiveerd. Deze motivatie kan de burger putten, meent De Tocqueville, uit een voortdurende toetsing van eigenbelang aan algemeen belang en omgekeerd”. (Giebels, 2014)

In het contact met de huisarts is het eigen belang de eigenwaarde waarvan de burger voelt dat het niet voldoende wordt gezien door de huisarts. De huisarts heeft immers niet voldoende tijd en respect voor de burger. Het algemeen belang is het gezamenlijke doel van de huisarts en de burger om gezondheidsuitkomsten van de huisarts te verbeteren. De gebruikte stelling houdt mogelijk te weinig rekening met dit algemeen belang en legt teveel focus op het eigenbelang van de burger. Dit gebrek aan nuance leidt er mogelijk toe dat de individualistische waarden van burgers in het contact met de huisarts niet correct zijn gemeten.

Het onderzoek heeft een hoge mate van ecologische validiteit. De vragen van de enquête zijn gebaseerd op de dagelijkse praktijk. Dat maakt dat de resultaten ook een praktische waarde hebben voor de huisartsenzorg.

De interne validiteit van het onderzoek is gemiddeld. De anonieme online enquête heeft ervoor gezorgd dat respondenten waarschijnlijk minder sociaal wenselijke antwoorden geven. Dit is een groot gevaar voor specifiek dit onderwerp omdat mensen afhankelijk zijn van hun huisarts in hun gezondheidszorg. Door deze asymmetrische relatie kan er een angst zijn onder mensen om een eerlijke mening te geven over hun ervaringen van hun huisarts. De anonimiteit voorkomt dit.

Wat betreft de externe validiteit kan het volgende gezegd worden. Er was een groot aantal respondenten met een goede verdeling van leeftijd. Een aantal negatieve punten over de steekproef zijn de hoge aantallen vrouwen, hoger opgeleiden en respondenten met een boven modaal inkomen. In dat opzicht is dit onderzoek niet representatief. Ook het lage aantal respondenten met een internationale achtergrond is een negatief punt.

Tenslotte wordt de validiteit beperkt doordat de enquête voornamelijk via sociale media verspreid is. Dat kan een invloed gehad hebben op de score voor informatisering. Burgers die actiever zijn op Internet en meer gebruik maken van sociale media hadden een grotere kans om de enquête te kunnen tegenkomen. Wanneer mensen actiever zijn op Internet, is er een grotere kans dat zij het Internet ook gebruiken voor het opzoeken van informatie over hun gezondheid dan mensen die minder actief zijn op Internet.

6.4 LIMITATIES

Doordat er alleen naar vijf verschillende maatschappelijke processen is gekeken en naar meerdere aspecten in de patiënt-huisarts relatie, is er minder diep ingegaan op elk apart proces en of proces. Hoewel dit is bewust gedaan omdat er een totaalbeeld gemaakt werd van de veranderingen die de huidige maatschappelijke processen teweegbrengen in de patiënt-huisarts relatie, is het een potentieel probleem dat de scope van deze scriptie daarmee te breed is geworden. Het gevolg hiervan is dat er minder diep wordt ingegaan op de onderliggende mechanismen van de verbanden tussen maatschappelijke processen en het effect op de burger-huisarts relatie. Vervolgonderzoek kan focussen op de verklarende antwoorden van de gevonden verbanden.

Wat betreft de enquête zijn ook er enige punten waar de lezer rekening mee moet houden. Zo is er geen informatie gevraagd aan de deelnemers over de aard van hun klachten. Dit is gedaan omdat deze studie niet keek naar de invloed van verschillende ziekten op de relatie tussen patiënten en hun huisarts. Het kan echter wel een effect hebben. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat patiënten die palliatieve zorg krijgen van hun huisarts een ander beeld hebben over de relatie dan mensen die bijvoorbeeld komen omdat zij hooikoortsklachten hebben. De diepgang van de opgebouwde relatie met de huisarts kan namelijk sterk van elkaar verschillen tussen deze twee patiënten. Derhalve is ook het aspect nazorg of zorg bij chronische aandoeningen niet apart meegenomen in de analyse. Ook is niet de tijdsduur of frequentie van het consult meegenomen in het onderzoek. Het is voorstelbaar dat deze variabelen van invloed zijn op de ervaring van de burger in het contact met de arts. Daarbij zijn er tegenwoordig meer parttime huisartsen die in groepsverband samenwerken (Van Der Velden & Batenburg, 2017) waardoor burgers vaker te maken hebben met meer dan één huisarts. Dit kan gevolgen hebben voor de relatie die zij opbouwen met deze huisartsen. Dit onderzoek heeft de respondenten niet bevraagd of zij een of meerdere huisartsen hebben. Vervolgonderzoek kan deze variabelen wel meenemen, om te zien welk effect het heeft op de ervaring van burgers in hun contact met de huisarts.

7. BELEIDSADVIEZEN

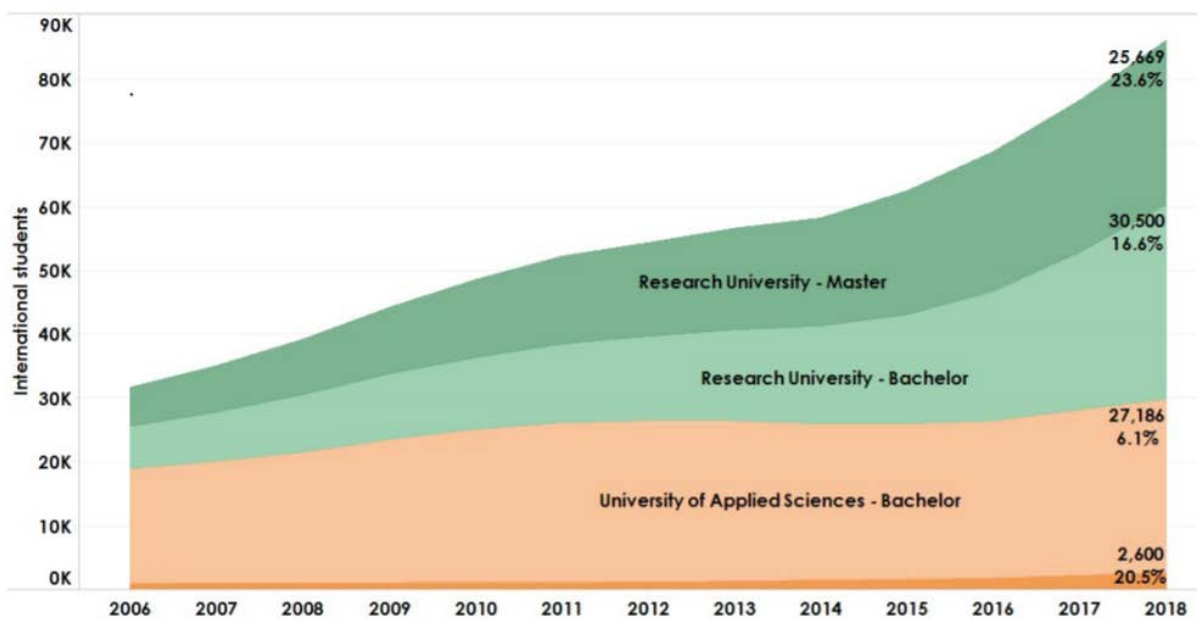
In dit hoofdstuk wordt de laatste hoofdvraag beantwoord: hoe kunnen huisartsen in de spreekkamer volgens de kernwaarden van hun vak zorg blijven bieden aan verschillende groepen burgers, gegeven het samenspel van maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op de relatie tussen de burger en de huisarts? Omdat internationalisering en informalisering de sterkste effecten bleken te hebben, zijn de aanbevelingen gebaseerd op deze twee processen.

7.1 FOCUS OP EXPATS EN INTERNATIONALE STUDENTEN

Uit dit onderzoek blijkt dat burgers die sterker beïnvloed zijn door internationalisering slechtere ervaringen hebben in het contact met de huisarts. Burgers in deze groep kunnen zowel inwoners met een migrantenachtergrond zijn die zich in Nederland hebben gevestigd met de bedoeling hier permanent te blijven, als inwoners die slechts voor studie of werk enkele jaren in Nederland verblijven. Beleid rondom interculturele zorg focust nu met name op burgers met een migratieachtergrond (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, n.d.) Het beleid zou meer kunnen inspelen op interculturele zorg voor de groep die zich niet permanent in Nederland vestigt.

Het belang van beleid rondom deze groep rust in het feit dat deze groep sterk groeit. Veel universiteiten hebben een internationaliseringsbeleid en steeds meer Engelstalige opleidingen worden aangeboden om buitenlandse studenten te trekken (Nuffic, 2018). En met succes, zoals te zien is in tabel 27. Ook het aantal expats groeit (Planbureau voor de Leefomgeving, 2014). Hoewel deze groep slechts een klein aandeel van de gehele samenleving is, is het vanwege de grote groei wel belangrijk om na te denken hoe huisartsenzorg voor deze groep zorg kan bieden die bij hen past. Zeker omdat de Nederlandse kenniseconomie steeds afhankelijker wordt van de vaak hoogopgeleide en creatieve expats (Planbureau voor de Leefomgeving, 2014). Een van de kernwaarden van de huisartsenzorg is het streven naar een langdurige patiënt-huisartsrelatie waarin huisartsen hun patiënten kennen. Een reden hiervoor is dat door deze langdurige relatie de huisarts kennis heeft van de gehele context van de patiënt (zie sectie X: *Context*) Dit is duidelijk ingewikkeld voor inwoners die niet de intentie hebben om voor langere tijd in Nederland te verblijven. Hoewel er huisartsenpraktijken zijn die naast reguliere zorg ook mogelijkheden hebben voor expats en internationale studenten, is er op beleidsniveau nog niet veel aandacht voor deze groep.

Tabel 27: Totaal aantal internationale studenten in Nederland 2006–2018. Totaal aantal en relatief aantal verdeeld over studenten op hoge scholen (university of applied sciences – bachelor), universitaire bachelors (research universitiy - bachelor) en universitaire masters (research university – master). Totaal aantal studenten 2018-2019 is 85,955



De ervaringen met de huisarts en het Nederlandse zorgsysteem van een Mexicaanse studente laten de obstakels wat betreft verschillende opvattingen en problemen in de essentie van de relatie tussen patiënt en huisarts goed zien. Zij schrijft:

“I grew up with a different system and do not understand nor feel safe with Dutch GPs and the health system. I feel Gp’s only want to get you out of the door. It is very likely you go undiagnosed until you are really sick – has happened to me”. Dit citaat laat zien dat er weinig vertrouwen is richting de huisarts, wat lijkt te komen doordat deze persoon gewend is aan een ander zorgsysteem.

Uit de resultaten is gebleken dat burgers die sterker beïnvloed zijn door internationalisering het gevoel hebben dat de huisarts minder rekening houdt met hun persoonlijke situatie. Dit betekent dat voor hen de huisarts niet voldoet aan het bieden van persoonsgerichte zorg. Omdat de werkdruk voor huisartsen al hoog is, kan er niet van elke huisarts en huisartsenpraktijk gevraagd worden om nog meer aandacht en tijd te besteden aan deze groep. In plaats daarvan is het wenselijk om via bedrijven of universiteiten huisartsenzorg aan te bieden door huisartsen die kennis hebben van interculturele zorg. Dit leidt ertoe dat de huisarts van tevoren meer kennis heeft van de context van de patiënt, zonder dat de patiënt deze volledig moet uitleggen in de korte tijd van het consult. Waarschijnlijk zal het inzetten van zulke huisartsen ook leiden tot een vermindering van taalobstakels, met alle gevolgen van dien.

Een tweede kernwaarde van huisartsenzorg die in het geding komt bij expats en internationale studenten is het bieden van langdurige zorg, doordat deze groep logischerwijs slechts korte tijd blijft. Voor expats geldt dat de helft niet langer dan vijf jaar blijft (Ooijevaar & Verkooijen, 2015) en voor internationale studenten geldt dat ruim de helft na het eerste jaar uit Nederland vertrekt (Nuffic, 2018). Respondenten uit dit onderzoek geven aan dat zij weinig vertrouwen hebben in de huisarts en dat zij hem niet kennen. Naast de focus op interculturele zorg kan er meer aandacht komen voor het opbouwen van de vertrouwensband. Dit kan gedaan worden door bijvoorbeeld kennismakingsgesprekken te bieden wanneer burgers zich inschrijven bij de huisarts. In zulke gesprekken kan de burger vertellen over zijn of haar herkomst, ervaringen met het eigen zorgstelsel en welke verwachtingen hij of zij heeft van de huisarts. Ook kan de huisarts kort uitleg geven over de Nederlandse huisartsenzorg en voor welke klachten de burger een afspraak kan maken. Een open gesprek hierover kan een goede eerste stap zijn naar het creëren van de vertrouwensband en maakt het gemakkelijker voor de burger om een afspraak te maken bij de huisarts wanneer dit nodig is.

7.2 INFORMELE ONGANG LOONT

Uit dit onderzoek is gebleken dat informalisering van het contact tussen burger en huisarts een positief effect heeft op de relatie tussen de partijen. Dit effect kan verklaard worden verkleinde sociale afstand. Met name voor burgers met lage gezondheidsvaardigheden kan deze verkleinde sociale afstand helpen. Er worden hoge verwachtingen gesteld aan patiënten zoals veel eigen verantwoordelijkheid. Idealiter zijn patiënten actieve deelnemers aan het gesprek, die vragen stellen. Maar niet alle burgers zijn in staat om deze verantwoordelijkheid of houding aan te nemen. Voor de groep met lage gezondheidsvaardigheden, die het etiket op een doosje medicijnen niet kan lezen, of die de uitleg van de huisarts niet begrijpen maar dit niet durven te vragen, kan informele omgang met de huisarts lonen.

Hoewel het informelere contact een positief effect heeft en het kan bijdragen aan het bereiken van de kernwaarden gezamenlijke en persoonsgerichte zorg, is het belangrijk om niet te ver door te gaan in de informalisering. Dit maakt het namelijk moeilijk om de relatie functioneel en efficiënt te laten zijn. Er wordt geadviseerd om de reformalisering in het contact te bereiken: een vorm waarin er respect is voor de omgangsvorm en met het behoud van sociale gelijkheid (zie sectie 3.1.2: *Informalisering*).

De gezamenlijke zorg waarde houdt in dat huisartsen samen met hun patiënt bepalen wat passende zorg is. Dit kan enkel worden bereikt wanneer er overleg is tussen patiënt en huisarts en de patiënt dus een actieve partij is. Hierbij is het essentieel dat de patiënt het gevoel heeft een gelijkwaardige partij te zijn in het gesprek. Door het creëren van een informele omgang voelt de patiënt meer empathie vanuit de huisarts en voelt hij zich meer gerespecteerd. Hierdoor ontstaat er ruimte voor de patiënt om vragen te durven stellen wanneer informatie niet begrepen wordt. Uiteindelijk moet dit zorgen voor een hogere concordance graad in het huisartsconsult. Een manier om deze informelere omgang te behouden, en waar nodig te bereiken, is door signalen af te geven aan de patiënt die aangeven dat er ruimte is voor informaliteit. Voorbeelden hiervan zijn het gebruik van de voornaam, aangeven dat tutoyeren toegestaan is en het gebruik van simpele taal. Wanneer er wel ingewikkelde taal gebruikt wordt, moet er een 'volkse' vertaling gegeven worden. Hierdoor krijgt de patiënt het gevoel dat de huisarts op hetzelfde taalniveau kan communiceren, wat bijdraagt aan de verkleinde sociale afstand. De patiënt kan op die manier meepraten met de huisarts en de ruimte voelen om vragen te stellen bij onduidelijkheden.

Het informelere contact draagt ook bij aan het bevorderen van de vertrouwensband en daarmee de kernwaarde persoonsgerichte zorg. Door de hogere ervaren empathie vanuit de huisarts is er meer vertrouwen richting de huisarts (Lings et al, 2003; zie sectie 3.2.2.: *Mogen*). Uiteindelijk draagt dit bij aan een langdurige relatie, waarin patiënten zich veilig voelen om hun zorgen en onzekerheden te uiten en waarin de huisarts kennis heeft van de patiënt.

Concrete manieren om ruimte te creëren voor patiënten met lage gezondheidsvaardigheden om vragen te stellen en een actievere patiënt te kunnen zijn, is door gebruik te maken van de *tentkaart* ontwikkeld door NIVEL (2018) (zie bijlage L). De kaart moedigt patiënten aan om vragen te stellen wanneer informatie, uitleg of adviezen niet worden begrepen. Dit kan extra bijdragen aan het benutten van de gegeven ruimte door het informele contact. Ook het gebruik van fotostrips, zoals ontwikkeld door Ruth Koops van 't Jagt, et al (2016) (zie bijlage M) kunnen bijdragen aan het benutten van de extra ruimte. In de kaart en strips wordt eveneens informele, simpele taal gebruikt.

Hoewel informalisering kan bijdragen aan positieve patiëntervaringen in het contact met de huisarts, is het belangrijk dat grenzen bewaakt worden. Dit houdt ten eerste in dat er duidelijkheid moet zijn over de persoonlijke en professionele grenzen. De huisarts moet professioneel betrokken blijven en toch de juiste afstand bewaren. De asymmetrie maakt dat de huisarts in een machtspositie zit, welke niet misbruikt mag worden. Ten tweede is het van belang dat ook burgers grenzen wat betreft informaliteit respecteren. Wanneer burgers zich te veel vrijheid veroorloven, kan dit zich uiten in asociaal of zelfs agressief gedrag. Zulk gedrag vindt veelvuldig plaats in huisartsenpraktijken (Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten, 2019; Centraal Bureau voor de Statistiek, 2018). In tijd van ziekte kunnen patiënten meer moeite hebben zichzelf te beheersen. Informeel contact kan dan omslaan in ongepast gedrag, zoals intimideren, schelden of zelfs fysiek geweld. Voor zowel patiënt en huisarts geldt dus dat zij duidelijke grenzen moeten stellen en deze consequent moeten handhaven. Alleen dan kan informaliteit positief bijdragen aan de professionele relatie tussen patiënt en huisarts.

Al met al kan er geconcludeerd worden dat door internationalisering de kernwaarden persoonsgerichte en continue zorg bemoeilijkt kunnen worden, terwijl informalisering juist bijdraagt aan het bereiken van deze kernwaarden. Dit gegeven kan sturing geven aan huisartsenzorgbeleid, wat leidt tot gepastere zorg voor burgers met lage gezondheidsvaardigheden en expats en internationale studenten.

BRONNEN

- Adler, H.M. (2002). The sociophysiology of caring in the doctor-patient relationship. *Journal of General Internal Medicine* 17(11), 883-890. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10640.x>
- Argumentenfabriek, de (2019). Toekomst huisartsenzorg: herijking kernwaarden en kerntaken. Geraadpleegd van: <https://woudschoten.verslagvandedag.nl/sites/default/files/bestanden/boekHerijkteKernwaardenKerntaken190121.pdf>
- Arora, N.K. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine*, 57, 791-806. Geraadpleegd van: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00449-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00449-5)
- Barsky, A.J. III (1981). Hidden reasons some patients visit doctors. *Annals of Internal Medicine*, 94(4, deel 1), 492-298. DOI: 10.7326/0003-4819-94-4-492
- Beisecker, A.E. & Beisecker, T.D. (1990). Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical Care* 28(1), 19-28. Geraadpleegd van: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2296214>
- Belt, T.H. van de, Engelen, L.J.L.P.G., Berben, S.A.A., Teerenstra, S., Samsom, M. & Schoonhoven, L. (2013). Internet and social media for health-related information and communication in health care: preferences of the Dutch general population. *Journal of Medical Internet Research* 15(10). DOI: 10.2196/jmir.2607
- Berger, M., Gercama, A., Van Halteren, M., Hogendorp, J., Kramer, A., Lobo, C., Somford, R. & Ter Brugge, A. (2008) De ideale huisarts voor de jeugd: een betrokken gezinsarts. *Huisarts en Wetenschap* 41(13), 669-673. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF03086992>
- Bertakis, K.D. (2009). The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 356-360. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.022>
- Boekraad, J. (2017, 2 mei). Huisarts wil meer dan 10 minuten: 'dan vertelt patiënt pas hele verhaal'. *NOS*. Geraadpleegd van: <https://nos.nl/artikel/2171171-huisarts-wil-meer-dan-10-minuten-dan-vertelt-patient-pas-hele-verhaal.html>
- Boer, D.de , Delnoij, D. & Rademakers, J. (2013). The importance of patient-centered care for various patient groups. *Patient Education and Counseling* 90(3), 405-410. DOI: 10.1016/j.pec.2011.10.002
- Boot, J. M., & Knapen, M. J. M. H. (2005). Handboek Nederlandse gezondheidszorg [Handbook Dutch Healthcare]. Utrecht: Het Spectrum.
- Bos, K. (2018, 26 januari). De patiënt weet het beter dankzij dokter Google. *NRC Handelsblad*. Geraadpleegd via: <https://www.nrc.nl/nieuws/2018/01/26/de-patient-weet-het-beter-dankzij-dokter-google-a1589646>

- Bournes, D.A. & Milton, C.L. (2000). Nurses' experiences of feeling respected-not respected. *Nursing Science quarterly* 22(1), 47-56. DOI: 10.1177/0894318408327294
- Brink-Muinen, A. van den, Van Dulmen, S, Jung, H. P. & Bensing, J. (2008). Communiceren huisartsen volgens de verwachtingen van hun patiënten? *Huisarts en wetenschap*, 51(3), 141-146.
- Brown, P., & Flores, R. (2018). The informalisation of professional-patient interactions and the consequences for regulation in the United Kingdom. In: Chamberlain, J.M., Dent, M. & Saks, M. (Red.) *Professional health regulation in the public interest: International perspectives* (pp. 39-52). Bristol, Verenigd Koninkrijk: Policy Press.
- Bügel, P.C., Meyboom-De Jong, B., Roordink, M.H., Van De Ven, N.J.A.M. & Groenier, K.H. (2000). Geruststellen in de huisartspraktijk: video-opnamen van spreekuren. *Huisarts en Wetenschap* 43(13), 559-562. Geraadpleegd van: https://www.henw.org/files/download/2000_december_article_01_559-562_onderzoek.pdf
- Buisman, M., Allen, J., Fouarge, D., Houtkoop, W. & Van Der Velden, R. (2013). PIAAC: Kernvaardigheden voor werk en leven: resultaten van de Nederlandse survey 2012. Geraadpleegd van: [https://www.lezenenschrijven.nl/uploads/doe-mee/PIAAC_Kernvaardigheden_voor_werk_en_leven,_ecbo_2013-2e_\(gewijzigde\)_druk.pdf](https://www.lezenenschrijven.nl/uploads/doe-mee/PIAAC_Kernvaardigheden_voor_werk_en_leven,_ecbo_2013-2e_(gewijzigde)_druk.pdf)
- Butow, P.N., Dowsett, S., Hagerty, R. & Tattersall, M.H.N. (2002). Communicating prognosis to patients with metastatic disease: what do they really want to know? *Support Care Cancer* 10(2), 161-168. DOI: DOI 10.1007/s005200100290
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2016). *Afbakening generaties met migratieachtergrond*. Geraadpleegd van: <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2016/47/afbakening-generaties-met-migratieachtergrond>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). *Worden we individualistischer?* Geraadpleegd van: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/52/worden-we-individualistischer->
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2018). Bevolking; kerncijfers [Dataset]. Geraadpleegd van: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37296ned/table?dl=107C4>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2019, 28 januari). Meeste ongewenst gedrag in zorg- en welzijnsberoepen. Geraadpleegd van: [https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/05/meeste-ongewenst-gedrag-in-zorg-en-welijnsberoepen](https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/05/meeste-ongewenst-gedrag-in-zorg-en-welzijnsberoepen)

- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019, 2 januari). *Bevolking en bevolkingsontwikkeling per maand; 1995-2018* [Dataset]. Geraadpleegd van:
<https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37943ned/table?ts=1544630560603>
- Chipidza, F.E., Wallwork, R.S. & Stern, T. (2015). Impact of the doctor-patient relationship. *The Primary Care Companion for CNS Disorders* 17(5). DOI: 10.4088/PCC.15f01840
- Corten, R. (2018). Internet, social media and networks: the internet and social inequality. [Powerpoint].
Geraadpleegd van:
https://uu.blackboard.com/webapps/blackboard/content/listContent.jsp?course_id=_119060_1&content_id=_2922992_1&mode=reset
- Daalen, R. van & Verbeek-Heida, P. (2010). Het bestaansrecht van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 44(13), 26-30. DOI: DOI 10.1007/BF03082319
- Dalen, I. van, Groothoff, J., Stewart, R., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P., Horn, J. van (2001). Motives for seeking a second opinion in orthopedic surgery. *Journal of Health Services Research & Policy* 6(4), 195-201. DOI: <https://doi.org/10.1258/1355819011927486>
- Darwall, S.L. (1977). Two kinds of respect. *Ethics* 88(1), 36-49. DOI: <https://doi.org/10.1086/292054>
- Dawes, P.J.D. & Davison, P. (1994). Informed consent: what do patients want to know? *Journal of the Royal Society of Medicine* 87(3), 149-152. Geraadpleegd van:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1294396/>
- Delsink, E. (2019, 11 maart). Wangedrag in de dokterswachtruimte: 'Uitgescholden worden is normaal'. *NOS*.
Geraadpleegd van: <https://nos.nl/artikel/2275559-wangedrag-in-de-dokterswachtruimte-uitgescholden-worden-is-normaal.html>
- Dijkstra, R., Terpstra, J. & Mookink, H.G.A. (2006). Gebruik van internet in de huisartsenpraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 2006(10), 196-198,. Geraadpleegd van: <https://www.henw.org/artikelen/gebruik-van-internet-de-huisartsenpraktijk>
- Dikken, A. den (2002). Diversiteit in de Gezondheidszorg. Medisch contact. Geraadpleegd van:
<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/diversiteit-in-de-gezondheidszorg.htm>
- DiMatteo, M.R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care* 42(3), 200-209. Geraadpleegd van: <https://www.jstor.org/stable/4640729>
- Duyvendak, J.W. (2004). De individualisering van de samenleving en de toekomst van de sociologie. *Sociologische gids*, 51(4). Geraadpleegd via: <http://hdl.handle.net/11245/1.243046>

- Dwarswaard J. & Trappenburg M.J. (2012). De huisarts en de tijdgeest. *Huisarts en Wetenschap*, 55(11), 504-508. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12445-012-0252-y>
- Eftting, M. (2012, 3 februari). Pillen voor zelfdoding zijn gewoon te koop in België. *De Volkskrant*. Geraadpleegd van: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/pillen-voor-zelfdoding-zijn-gewoon-te-koop-in-belgie~bdf591b9/>
- Ellingson, L.L. & Buzzanell, P.M. (1999). Listening to women's narratives of breast cancer treatment: A feminist approach to patient satisfaction with physician-patient communication. *Health Communication* 11(2), 153-183. DOI: 10.1207/s15327027hc1102_3
- Entwistle, V.A., Carter, S.M., Cribb, A. & McCaffery, K. (2010). Supporting patient autonomy: the importance of clinician-patient relationships. *Journal of general internal medicine*, 25(7), 741-745. Geraadpleegd van: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-010-1292-2>
- Feltz, C.M. van der, Van Oppen, P., Van Marwijk, H.W. & Dyck, R. (2004). A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *General hospital psychiatry*, 26(2), 115-120. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2003.08.010>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Sage publications.
- Flores, G. (2006). Language barriers to health care in the United States. *The New England Journal of Medicine* 355(3), 229-331. DOI: 10.1056/NEJMp058316
- Flores, G., Laws, B., Mayo, S., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L., et al. (2003). Errors in medical interpretation. *Journal of General Internal Medicine*, 18(5), 403-408. DOI: 10.1093/gim/mkg050
- Giroldi, E., Veldhuijzen, W., Mannaerts, A., Van Der Weijden, T., Bareman, F. & Van Der Vleuten, C. (2014). "Doctor, please tell me it's nothing serious": an exploration of patients' worrying and reassuring cognitions using stimulated recall interviews. *BMC Family Practice* 15(73). DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-73>
- Giebels, L.J. (2014). *Geschiedenis van de democratie*. Amsterdam, Nederland: Fosfor.
- Goossens, J.M.A.W. (1988). Bibliografie huisarts en huisartsgeneeskunde: historie en ontwikkeling. *NIVEL-bibliografieën*, 24. Geraadpleegd van: <https://nivel.nl/nl/publicaties>
- Groof, P. de (2019, 11 maart). Minister, laat de huisarts uw rommel niet opruimen! *NRC Handelsblad*. Geraadpleegd van: <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/03/11/minister-laait-de-huisarts-uw-rommel-niet-opruimen-a3952816>

- Gunaratne, S.A. (2001). Convergence: informatization, world system, and developing countries. *Annals of the International Communication Association*, 25(1), 153-199. DOI: <https://doi.org/10.1080/23808985.2001.11679003>
- Ha, J.F., Anat, D.S. & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner Journal* 10(1), 38-43. Geraadpleegd van: www.ochsnerjournal.org/content/10/1/38
- Hagihara, A. & Tarumi, K. (2006). Doctor and patient perceptions of the level of doctor explanation and quality of patient-doctor communication. *Scandinavian journal of caring sciences*, 20(2), 143-150. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00420.x>
- Hall, J.A., Horgan, T.G., Stein, T.S. & Roter, D.L. (2002). Liking in the physician-patient relationship. *Patient Education and Counseling* 48(1), 69-77. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00071-X](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00071-X)
- Harmsen, H. & Bruijnzeels, M. (2005). Etnisch-cultureel verschillende patiënten op het spreekuur, maakt het wat uit? *Huisarts en Wetenschap*, 48(4), 765-770. DOI: 10.1007/BF03084455
- Harmsen, H., Meeuwesen, L., Wieringen, J. van, Bernsen, R. & Bruijnzeels, M. (2003). When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients. *Patient Education and Counseling* 51(2), 99-106. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00195-7](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00195-7)
- Have, P. ten. (1991). Talk and institution: A reconsideration of the "asymmetry" of doctor-patient interaction. In: D. Boden & D.H. Zimmerman (Red.) *Talk and social structure: Studies in ethnomethodology and conversation analysis* (pp 138-163). Cambridge: Polity Press. DOI: 10.1.1.452.7875
- Heath, I., Evans, P., Van Weel, C. (2000). The specialist of the discipline of general practice. *British Medical Journal* 320, 326-327. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7231.326>
- Hendrix, H. (2004). *Omgang met patiënten*. Wormer, Nederland: Inmerc.
- Het Roer Moet Om (2015). Het Manifest. Geraadpleegd van: <https://hetroermoetom.nu/index.html#manifest>
- Houben, P.H.H., Van Der Weijden, T., Van Bokhoven, M.A., Droog, A.E.J., Winkens, R., Grol, R.P.T.M. (2005). Overwegingen van huisartsen bij het interpreteren van uitslagen van laboratoriumonderzoek. *Huisarts en Wetenschap* 48(7), 326-332. Geraadpleegd van: www.henw.org/artikelen
- Jacobs, T., Vanreusel, I., Remmen, R., Monsieurs, K., Haine, S. & Adriaenssens, N. (2018). Taalbarrières in de huisartsenpraktijk: wat zijn de gevolgen en hoe kan het beter? *Huisarts Nu* 47, 131-133. Geraadpleegd van: https://www.researchgate.net/profile/Tim_Jacobs4/publication/326972725_Taalbarrieres_in_de_huisart

senpraktijk_wat_zijn_de_gevolgen_en_hoe_kan_het_beter/links/5b6e92e145851546c9faa264/Taalbarrieres-in-de-huisartsenpraktijk-wat-zijn-de-gevolgen-en-hoe-kan-het-beter.pdf

Jagosh, J., Boudreau, J.D., Steinert, Y., Macdonald, M.E. & Ingram (2011). The importance of physician listening from the patients' perspective: enhancing diagnosis, healing and the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling* 85(3), 369-374. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.028>

Kaplan, S.H., Greenfield, S. & Ware Jr, J.E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care* 27(3), 110-127. Geraadpleegd van: <https://www.jstor.org/stable/3765658>

Katz, J.E. & Rice, R.E. (2002). *Social consequences of internet use: access, involvement, and interaction*. Cambridge, MA, USA: MIT press.

Kleinman A, Eisenberg L, & Good, B. (2006). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 4(1),140-149. DOI: <https://doi.org/10.1176/foc.4.1.140>

KNMG (2009). Nederlandse artseneed. Geraadpleegd van: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/artseneed.htm>

Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (2018). *Talen voor Nederland*. Amsterdam: KNAW. Geraadpleegd van: www.knaw.nl

Kooiker, S. & Marangos, A.M. (2019, 11 september). Gezondheid. *De Sociale staat van Nederland 2018*. Geraadpleegd van: <https://digitaal.scp.nl/ssn2018/gezondheid>

Koops Van 't Jagt, R., De Winter, A.F., Reijneveld, S.A., Hoeks, J.C.J. & Jansen, C.J.M. (2016). Development of a communication intervention for older adults with limited health literacy: photo stories to support doctor-patient communication. *Journal of Health Communication* 21(2), 69-82. DOI: 10.1080/10810730.2016.1193918

Landelijke Huisartsen Vereniging & Nederlands Huisartsen Genootschap (2012). *Toekomstvisie huisartsenzorg*. Utrecht.

Leibowitz, K.A., Hardebeck, E.J., Goyer, J.P. & Crum, A.J. (2018). Physician assurance reduces patient symptoms in US adults: an experimental study. *Journal of General Medicine* 33(12), 2051-2052. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4627-z>

- Lings, P., Evans, P., Seamark, D., Seamark, C., Sweeney, K., Dixon, M., Gray, D.P. (2003). The doctor-patient relationship in US primary care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(4), 180-184. DOI: <https://doi.org/10.1177/014107680309600406>
- Lipworth, W., Little, M., Markham, P., Gordon, J. & Kerridge, I. (2013). Doctors on Status and Respect: A qualitative study. *Journal of Bioethical Inquiry* 10(2), 205-217. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11673-013-9430-2>
- Lonkhuyzen, L. van (2019, 13 juni). De huisartsenpraktijk als afvoerputje. *NRC Handelsblad*. Geraadpleegd van: <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/06/13/de-huisartsenpraktijk-als-afvoerputje-a3963673>
- Lucassen, P., Stortenbeker, I. & Van Den Muijsenbergh, M. (2019). Context is (bijna) alles. *Huisarts en Wetenschap* 62(5), pp 53-55. DOI: 10.107/s12445-019-0091-1
- Maaskant, J.M. & Muilekom, H.A.M. (2009). Second opinion: patient zoekt vooral info, hoop en geruststelling. *Medisch Contact*. Geraadpleegd van: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/eerste-arts-zit-er-zelden-naast.htm>
- Magee, J. & Smith, P.K. (2013). The social distance theory of power. *Personality and Social Psychology Review* 17(2), 158-186. DOI: 10.1177/1088868312472732
- Mathers, C.D. & Schofield, D.J. (1998). The health consequences of unemployment: the evidence. *Medical Journal of Australia*, 168(4), 178-182. DOI: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1998.tb126776.x>
- Mayo Clinic (2019, 4 april). Stress symptoms: effects on your body and behavior. Geraadpleegd van: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/stress-symptoms/art-20050987>
- McCormack, B., Dwein, J., Breslin, L., Tobin, C., Mannin, M., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., & Peelo-Kilroe, L. (2010). The implementation of a model of person-centred practice in older person settings. *International Journal of Older People Nursin*, 5(2), 93-107. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x>
- Mellink, W.A.M., Dulmen, A.M. van, Wiggers, Th., Spreeuwenberg, P.M.M., Eggermont, A.M.M. & Bensing, J.M. (2003). Cancer patients seeking a second surgical opinion: results of a study on motives, needs, and expectations. *Journal of Clinical Oncology* 21(8), 1492-1497. DOI: 0.1200/JCO.2003.12.058
- Mennink, S. & Bot, H. (2016), 'Anderstaligheid', in: M. van den Muijsenbergh & Oosterberg E., (red), *Zorg voor migranten, laaggeletterden en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk*.
- Moerkamp, A. (2015, 6 januari). Second opinion in de zorgverzekeringswet. Den Haag: Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd van: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2015/01/06/second-opinion-in-de-zorgverzekeringswet>

- Moorman, R.H. & Blakely, G.L. (1995). Individualism-Collectivism as an individual difference predictor of organizational citizenship behavior. *Journal of Organizational Behavior* 16(2). Geraadpleegd via: <https://www.jstor.org/stable/3004081>
- Multicultureel Opleiden (2012). Talen in Nederland [Website]. Geraadpleegd van: www.multicultureelopleiden.nl/samenleving/diversiteit/talen-in-nederland/
- Müskens, R., Smits, M., Mout, P. & Giesen, P. (2013). Medische noodzaak van consulten op de HAP: verschil in inschatting tussen triagisten en artsen (VITEA). Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare.
- Myers, R.H. (2000). *Classical and modern regression with applications*. Australia: Duxbury/Thomson Learning.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (2014). NHG-Standpunt oncologische zorg in de huisartsenpraktijk. Geraadpleegd van <https://www.nhg.org/nhg-standaarden>
- Nederlands Huisartsen Genootschap (n.d.). NHG-Standaarden. Geraadpleegd van: <https://www.nhg.org/nhg-standaarden>
- Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (2019, 11 maart). Schelden en bedreigen tegen doktersassistenten. Geraadpleegd van: <https://www.nvda.nl/nieuws/schelden-en-bedreigen-tegen-doktersassistenten/>
- NIVEL (2018). Ruim één op de drie Nederlanders heeft lage gezondheidsvaardigheden. Geraadpleegd van: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/ruim-een-op-de-drie-nederlanders-heeft-lage-gezondheidsvaardigheden>
- Nuffic (2018). Internationalisering in beeld 2018. Den Haag: Nuffic. Geraadpleegd van: <https://www.nuffic.nl/onderwerpen/internationalisering-feiten-en-cijfers/>
- Nuffic (2018). Stayrate van internationale afgestudeerden in Nederland. Den Haag: Nuffic. Geraadpleegd van: www.nuffic.nl/stayrates
- Ooijevaar, J. & Verkooijen, L. (2015). Expat, wanneer ben je het? [Rapport]. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd van: <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2015/03/expat-wanneer-ben-je-het->
- Paasche-Orlow, M.K. & Wolf, M.S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior* 31(1), S19-S26. Geraadpleegd van: <https://www.ingentaconnect.com/content/png/ajhb/2007/00000031/A00100s1/art00004>
- Parikh, N.S., Parker, R.M., Nurss, J.R., Baker, D.W. & Williams, M.V. (1996). Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Education and Counseling* 27, 33-39. DOI: [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(95\)00787-](https://doi.org/10.1016/0738-3991(95)00787-)

- Pinto, D. (2000). Een nieuw perspectief: herziening beleid, onderwijs, communicatie, maslow pyramide dringend nodig. (Oratiereeks). Amsterdam, Nederland: Vossiuspers AUP. Geraadpleegd van: <http://hdl.handle.net/11245/1.424744>
- Planbureau voor de Leefomgeving (2016). *Eenpersoonshuishoudens*. Geraadpleegd van: <https://www.pbl.nl/infographic/eenpersoonshuishoudens>
- Praktische kennis en inspirerende voorbeelden, H.5.3.:83-92, Utrecht: Pharos / NHG
- Pronk, E.J. (2002, 4 September). Het aanzien van artsen. Geraadpleegd van: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/het-aanzien-van-artsen.htm>
- Quirk, M., Mazor, K., Haley, H.L., Philbin, M., Fischer, M., Sullivan, K. & Hatem, D. (2008) How patients perceive a doctor's caring attitude. *Patient Education and Counseling* 72(3), 259-366. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.05.022>
- Rijen, A.J. G., van & Van der Kraan, W. G. M. (2004). Arts, patiënt en gebruik van zorg. Zoetermeer: Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Geraadpleegd van: www.raadrvs.nl/documenten
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2019, 24 juni). Vaccinatiegraad stabiel, deelname daalt niet langer. Geraadpleegd van: <https://www.rivm.nl/nieuws/vaccinatiegraad-stabiel-deelname-daalt-niet-langer>
- Roberts, C.S., Cox, C.E., Reintgen, D.S., Baile, W.F. & Gibertini, M. (1994). Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *An Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society* 74(S1), 336-341. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.2820741319>
- Robinson, L., Cotten, S.R., Ono, H., Quan-Haase, A., Mesch, G., Chen, W., Schulz, J., Hale, T.M. & Stern, M.J. (2015). Digital inequalities and why they matter. *Information, Communication & Society* 18(5), 569 – 582. DOI: <https://doi.org/10.1080/1369118X.2015.1012532>
- Romme, M. (2010). De Huisarts 2.0 [Master thesis]. Geraadpleegd van: <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/187181/Thesis%20huisarts2.0.Mariet.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rowland, N., Irving, J., & Maynard, A. (1989). Can general practitioners counsel? *JR Coll Gen Pract*, 39(320), 118-120. <https://bjgp.org/content>
- Rullmann, H., Helder, C. & Frijling, D.J. (2017, 30 augustus). *Tijd en aandacht moeten expats vertrouwen geven*. Geraadpleegd van: <https://www.medischcontact.nl/default-tonen-op/tijd-en-aandacht-moeten-expats-vertrouwen-geven.htm>

- Safran, D.G., Taira, D.A., Rogers, W.H., Kosinski, M., Ware, J.E. & Tarlove, A.R. (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of family practice*, 47(3), 212-220. Geraadpleegd van: https://mdedge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1998-volume_46-47/JFP_1998-09_v47_i3_linking-primary-care-performance-to-outc.pdf
- Santé (n.d.) Waarom heb je wel/geen klik met iemand? Geraadpleegd van: <https://www.sante.nl/balans/life/waarom-klikt-het-soms-wel-en-soms-niet>
- Schinkel, S. (2015). "What do you think I should do?: Understanding intercultural medical communication in general practice. [Proefschrift]. Geraadpleegd van: <https://hdl.handle.net/11245/1.492837>
- Schnabel, P. (2004). Het zestiende sociaal en cultureel rapport kijkt zestien jaar vooruit. In: Sociaal Cultureel Plan Bureau (Red.), *In het zicht van de toekomst: sociaal en cultureel rapport 2004*, 16, 1-45. Den Haag, Nederland: Sociaal en cultureel Planbureau.
- Sijstra, K. (2009). Over misverstanden rond Cronbachs alfa en de wenselijkheid van alternatieven. *De Psycholoog*, 44, 561-567. Geraadpleegd van: <https://research.tilburguniversity.edu/nl/publications/388365fc-5dc1-4ff2-a351-92f63825e746>
- Sixma, H. (1991). De huisarts: van 'heer van stand' tot 'middenklasser'?. *Huisarts en Wetenschap* 34(3). Geraadpleegd van: https://www.henw.org/files/download/1991_Februari_2_Article_04.pdf
- Smit, M., & Friele, R. D. (2005). De agenda van de patiënt. Utrecht: NIVEL.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2017). De sociale staat van Nederland 2017. Geraadpleegd van: <https://www.scp.nl/Publicaties>
- Stalenhoef, A. (2006). Op weg naar wederzijds begrip. Communicatie over de grenzen heen: huisarts en communicatie. *Huisarts en Wetenschap*, 49(10), 753-754. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF03084917>
- Starcevic, V. & Berle, D. (2013). Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics* 13(2), 205-213. DOI: <https://doi.org/10.1586/ern.12.162>
- Starfield, B. (1991). Primary Care and Health: A Cross-National Comparison. *JAMA* 266(16), 2268-2271. DOI: 10.1001/jama.1991.03470160100040
- Starfield, B., Wray, C., Hess, K., Gross, R., Birk, P. S., & D'Lugoff, B. C. (1981). The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health*, 71(2), 127-131.

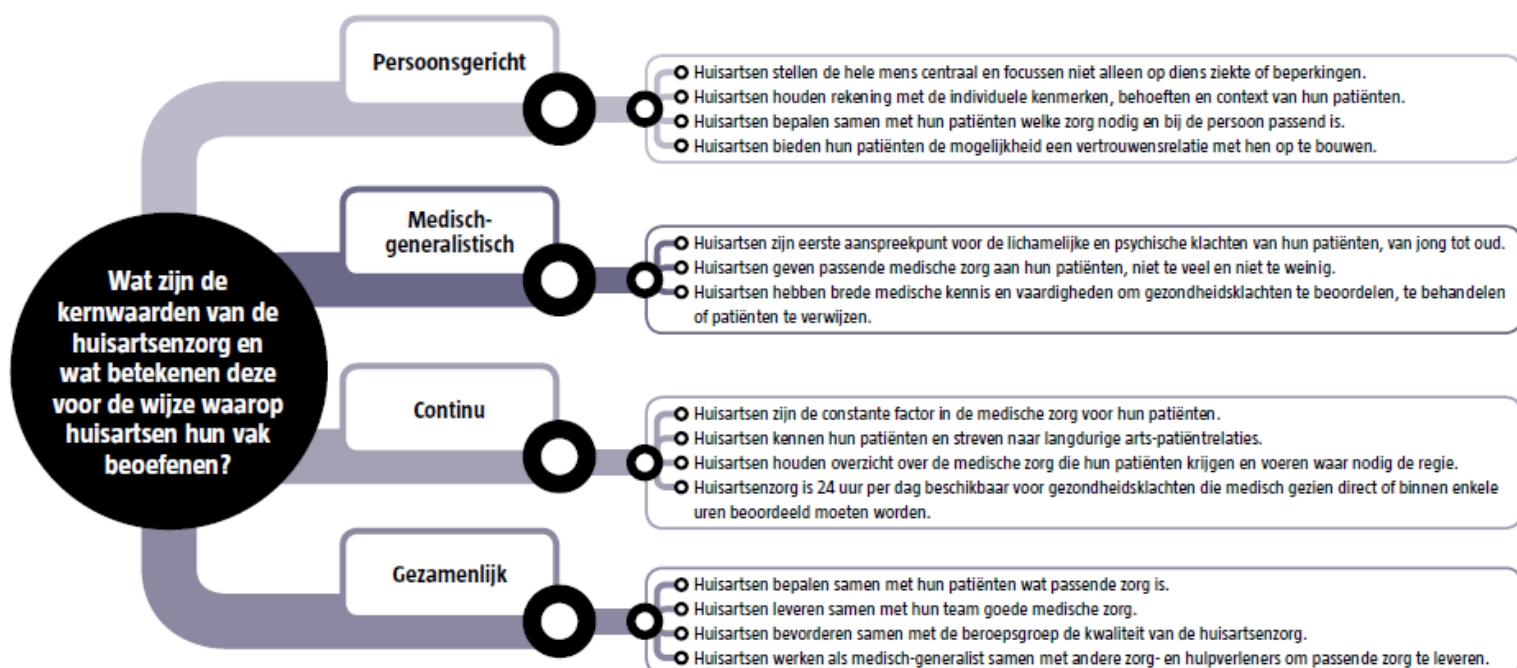
- Statline (2018, 23 mei). *Bevolking; leeftijd, migratieachtergrond, geslacht en regio*. Geraadpleegd via:
<https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37713/table?dl=17119>
- Steenbergen, E. (2016, 29 maart). Die behandeling was overbodig maar de patiënt blééf aandringen. *NRC Handelsblad*. Geraadpleegd van: <https://www.nrc.nl/nieuws/2016/03/29/die-behandeling-was-overbodig-maar-de-patient-ble-1605158-a550562>
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423. Geraadpleegd van:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337906/>
- Stichting Vaccin Vrij (n.d.) Ouders over: infectieziektes bij gevaccineerde en bij ongevaccineerde kinderen. [Ouderplatform]. Geraadpleegd van: <https://stichtingvaccinvrij.nl/ouderplatform/infectieziektes/>
- Strayer, S.M., Semler, M.W., Kington, M.L. & Tanabe, K.O. (2010). Patient attitudes toward physician use of tablet computers in the exam room. *Family Medicine*, 42(9), 643-647. Geraadpleegd van:
https://www.researchgate.net/publication/297879483_Patient_Attitudes_Toward_Physician_Use_of_Tablet_Computers_in_the_Exam_room
- Street, R.L. Jr, Makoul, G., Arora, N.K. & Epstein, R.M. (2008). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74, 295-301. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Stroeken, H. (2013, 23 september). Yavis. *Psychoanalytisch Woordenboek*. Geraadpleegd van:
<https://www.psychoanalytischwoordenboek.nl/lemmas/yavis>
- Stronks, K., Ravelli, A.C. & Reijneveld, S.A. (2001). Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(10), 701-707. DOI: 10.1136/jech.55.10.701
- Stronks, K., Snijder, M. B., Peters, R. J. G., Prins, M., Schene, A. H., & Zwinderman, A. H. (2013). Unravelling the impact of ethnicity on health in Europe: the HELIUS study. *BMC Public Health*, 13(402), 1-10. DOI: 10.1186/1471-2458-13-402
- Suurmond, J. & Seeleman, C. (2006). Shared decision-making in an intercultural context: barriers in the interaction between physicians and immigrant patients. *Patient education and counseling*, 60(2), 253-259. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.01.012>
- Swaan, A. de (1989). *Zorg en de staat: welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Amsterdam, Nederland: Bert Bakker.

- Tartuffel (2019). Tintelende vingers: oorzaken en symptomen van tintelingen. *Mens en Gezondheid*. Geraadpleegd van: <https://mens-en-gezondheid.infonu.nl/aandoeningen/183396-tintelende-vingers-oorzaken-en-symptomen-van-tintelingen.html>
- Tastan, A. (2014) 'Ik kan niet uitleggen wat ik bedoel en hij begrijpt mij ook niet': ervaringen van migrantenpatiënten over de communicatie met artsen [Master scriptie]. Geraadpleegd van: <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/298408>
- Tonkens, E. (2008). *Mondige burgers, getemde professionals*. Amsterdam, Nederland: Van Genneep.
- Twillert, M. van (2018, 17 september). Artsen vaker doelwit van intimidatie en treiterij. Geraadpleegd van: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/artsen-vaker-doelwit-van-intimidatie-en-treiterij.htm>
- Uiters, E., Devillé, W.L., Foets, M. & Groenewegen, P.P. (2006). Use of health care services by ethnic minorities in the Netherlands: Do patterns differ? *European Journal of Public Health*, 16(4), 388-393. DOI: 10.1093/eurpub/ckl040
- Vaccinatie Raad (2013, 9 december). Overleden na BMR vaccinatie. Hoe onafhankelijk was het onderzoek naar de dood van Freek Hagoort?. [Internet artikel]. Geraadpleegd van: www.vaccinatieraad.nl/2013/12/overlede-na-bmr-vaccinatie-freek/
- Vaccinatie Raad (2014, 12 januari). Na de 3^e HPV vaccinatie zien moeders hun meiden in elkaar kukelen. [Internet artikel]. Geraadpleegd van: www.vaccinatieraad.nl/2014/01/na-de-3e-hpv-vaccinatie-zien-moeders-hun-meiden-in-elkaar-kukelen/
- Vaccinatie Raad (2014, 30 januari). Het BMR vaccin, reuma en epilepsie. Wij raakten ons kind steeds meer kwijt. [Internet artikel]. Geraadpleegd van: www.vaccinatieraad.nl/2014/01/bmr-reuma=epilepsie/
- Velden, L.F.J. van der & Batenburg, R.S. (2017). Aantal huisartsen en aantal FTE van huisartsen vanaf 2007 tot en met 2016. Utrecht: NIVEL. Geraadpleegd van: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/speciale-uitgave-10-jaar-cijfers-uit-de-registratie-van-huisartsen.pdf>
- Verhaeghe, P. (2012). *Identiteit*. Amsterdam, Nederland: De Bezige Bij.
- Vermeulen, M. (2017, 7 oktober). Wat als een arts denkt: ik moet het anders doen? Of als de patiënt zegt: ik wil dat middel niet?: de botsende werkelijkheden in de spreekkamer. De Volkskrant. Geraadpleegd van: <https://www.volkskrant.nl/wetenschap/wat-als-een-arts-denkt-ik-moet-het-anders-doen-of-als-de-patient-zegt-ik-wil-dat-middel-niet~b3612a8f/>

- Weeda, F. (2019, 20 juni). Val ons niet lastig met die bureaucratie. *NRC Handelsblad*. Geraadpleegd van:
<https://www.nrc.nl/nieuws/2019/06/20/val-ons-niet-lastig-met-die-bureaucratie-a3964521>
- Weel, C. van (2001) Context en medisch handelen. *Huisarts en Wetenschap* 44(11), 199-203. DOI:
<https://doi.org/10.1007/BF03082401>
- White, R. W. & Hovitz, E. (2009). Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *Association for Computing Machinery Transactions on Information Systems* 27(4). DOI:
10.1145/1629096.1629101
- Wieringen, J.C.M., Harmsen, J.A.M. & Bruijnzeels, M.A. (2002). Intercultural communication in general practice. *European Journal of Public Health* 12(1), 63-68. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/12.1.63>
- Wieske, L., Vergouwen, M.D.I., Wijers, D., Stam, J., Smets, E.M.A. & Richard, E. (2011). Beperkte opbrengst van een diagnostische second opinion op een neurologieafdeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 155(32), 1417
- Wijers, D., Wieske, L., Vergouwen, M.D.I., Richard, E., Stam, J. & Smets E.M.A. (2010). *Journal of Neurology* 57(11), 1869 – 1874. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00415-010-5625-1>
- Williams, S., Weinman, J. & Dale, J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice* 15(5), 480-492. Geraadpleegd van:
https://www.researchgate.net/profile/Jeremy_Dale/publication/13440195_Doctor-patient_communication_and_patient_satisfaction_A_review/links/0046351c8b85ebf07c000000.pdf
- Winterberg, D.H. & Krol, L.J. (2005). Effectief geruststellen. Geraadpleegd van:
<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/effectief-geruststellen.htm>
- World Health Organization (2013). *Health Literacy: The solid facts*. Geraadpleegd van:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- Wouters, C. (2011). Informalization. *Encyclopedia of Consumer Culture*, 780-782. Geraadpleegd van:
<https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/211517/INFORMALIZATION+CC.pdf?sequence=1>
- Zendedel, R. (2010). *“Dat wil je gewoon niet weten van je moeder!”: Ervaringen van jongvolwassenen met informeel tolken tijdens het medisch consult*. [Master scriptie]. Geraadpleegd van:
<https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/203508>
- Zorginstituut Nederland (2018). Medicijnen uit het buitenland. Geraadpleegd van:
<https://www.kiesbeter.nl/artikelen/zorgthemas/medicijnen/medicijnen-uit-het-buitenland>

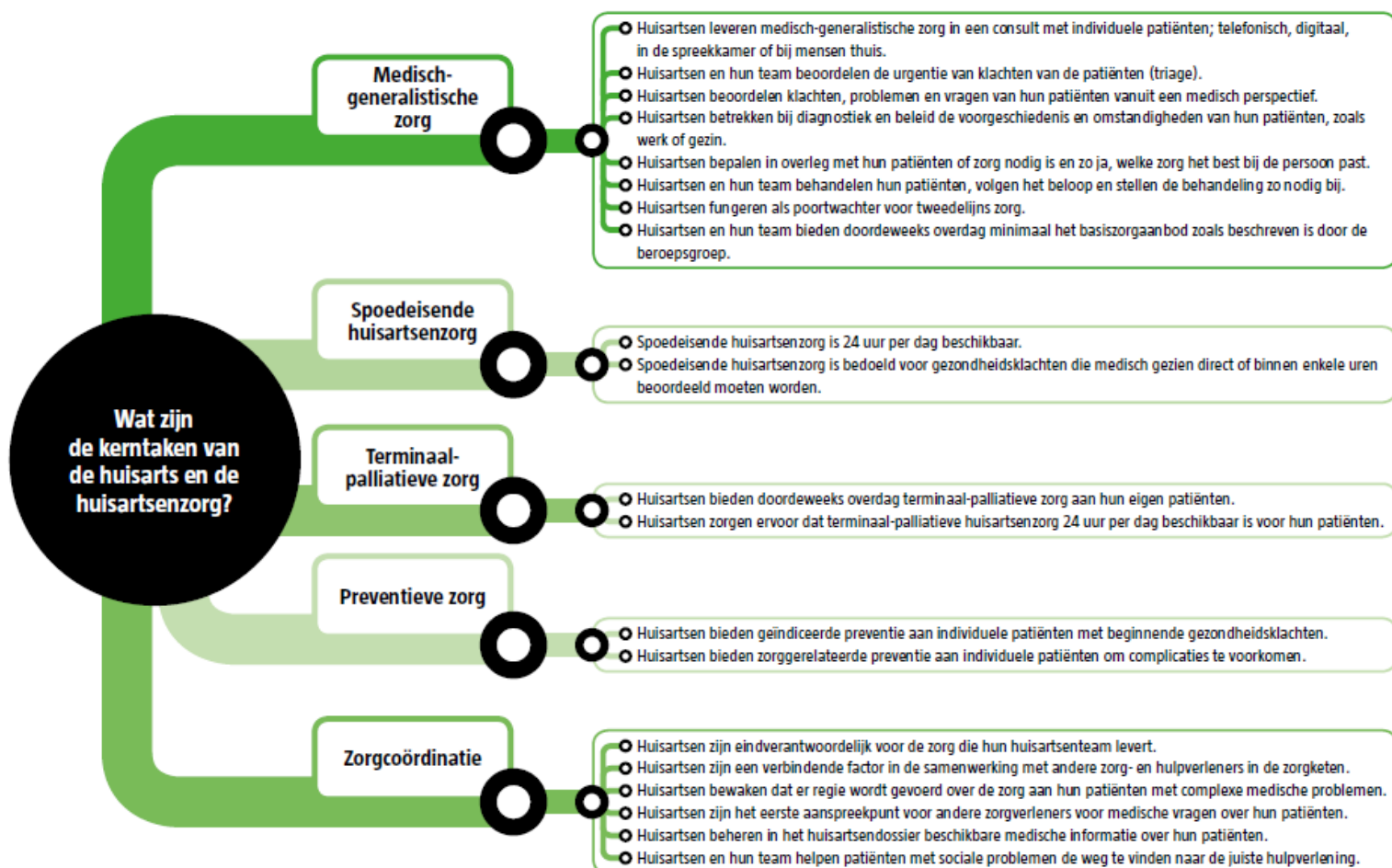
BIJLAGE A: KERNWAARDENKAART

Kernwaardenkaart



BIJLAGE B: KERNTAKENKAART

Kerntakenkaart



BIJLAGE C: OVERZICHT HYPOTHESE SETS

1	<p>H1a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan ervaren zij meer obstakels in de communicatie met de huisarts als gevolg van taalverschillen.</p> <p>H1b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, dan ervaren zij minder obstakels in de communicatie met de huisarts als gevolg van taalverschillen</p>
2	<p>H2a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door intensivering, dan voelen zij zich minder gehoord door de huisarts.</p> <p>H2b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan voelen zij zich minder gehoord door de huisarts.</p> <p>H2c: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informalisering, dan voelen zij zich meer gehoord door de huisarts.</p> <p>H2d: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, dan voelen zij zich meer gehoord door de huisarts.</p>
3	<p>H3a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door individualisering, dan beoordelen zij de uitleg van de huisarts als slechter</p> <p>H3b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, dan beoordelen zij de uitleg van de huisarts als slechter</p> <p>H3c: Als burger sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan beoordelen zij de uitleg van de huisarts als slechter</p>
4	<p>H4a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informalisering, dan voelen zij zich minder gerustgesteld door de huisarts</p> <p>H4b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, dan voelen zij zich minder gerustgesteld door de huisarts</p>
5	<p>H5a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informalisering, dan ervaren zij meer zorgzaamheid vanuit hun huisarts</p>
6	<p>H6a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan ervaren zij minder wederzijds begrip vanuit hun huisarts</p> <p>H6b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, dan ervaren meer wederzijds begrip vanuit hun huisarts</p>
7	<p>H7a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, hebben zij minder het gevoel dat de huisarts rekening houdt met hun persoonlijke situatie</p>
8	<p>H8a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door intensivering, dan vinden zij het belangrijker om een klik te hebben met de huisarts.</p>
9	<p>H9a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informalisering, dan ervaren zij meer respect in de relatie met de huisarts</p> <p>H9b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan ervaren zij meer respect in de relatie met de huisarts</p>
10	<p>H10a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, hebben zij minder vertrouwen in de medische competentie van de huisarts</p>

BIJLAGE D: AANVULLINGEN RESPONDENTEN OP ENQUÊTE

Vraag:

Stel u vermijdt het om uw huisarts te bezoeken, wat kan hier de reden voor zijn? (Nederlandse antwoorden bovenaan, Engelse antwoorden onderaan)

Opties: angst voor wat mijn huisarts zegt over mijn symptomen of klachten, angst voor het contact met mijn huisarts, ik wil niet aanstellerig overkomen, ik denk dat mijn symptomen vanzelf wel weg gaan, het kost me teveel tijd, ik weet niet hoe ik mijn huisarts kan vinden, ik vind het zorgstelsel te complex

- Anders, namelijk:

- Zelf in de zorg en veel kennis zelf
- Voordelen van de huisarts over mijn gesteldheid waardoor de diagnose niet gaat over de klacht zelf maar over uiterlijk
- Vind hem niet zo'n fijne man met een hele andere insteek dan ik zelf heb. Veel medicijnen voorschrijven i.p.v. oorzaak achterhalen, vind ik ouderwets. Het is wel fijn dat ie makkelijk doorverwijst wanneer ik daarom vraag. Daarom ga ik nog wel eens langs.
- Verkeerde, snel gemaakte diagnoses, of juist niet gemaakte diagnoses in het verleden
- of de huisarts mij wel serieus neemt.
- Niet serieus genomen worden
- Niet echt toegankelijk voor mijn problemen
- Na jarenlange ervaring weet ik zelf wat ik nodig heb of wat er aan de hand is.
- Mijn huisarts is in een andere stad en ik heb doordeweeks geen tijd om terug naar die stad te reizen
- Lange rij bij inlooppreekuur. Soms duurt het ruim 1,5 uur voor ik aan de beurt ben
- Kost me tijd om naar de huisarts te gaan en ik heb het gevoel dat ik er niet veel mee opschiet. Ga alleen voor kleine problemen naar de huisarts.
- ivm mentale aandoeningen is het voor mij soms lastig om naar de huisarts te gaan
- Ik wil niet onnodig het systeem belasten. Er ligt al zoveel op het bordje van de huisarts tegenwoordig. Er moet bij mij wel iets aan de hand zijn.
- Ik vind mijn huisarts niet zo aardig
- Ik vertrouw mijn huisarts niet volledig. Er zijn in het verleden te veel kleine fouten gemaakt waar door mijn oplettendheid erger is voorkomen.
- Ik vertrouw er niet op dat de huisarts mijn symptomen herkent
- Ik heb het gevoel dat ik toch niet serieus genomen wordt. Dan kan ik net zo goed niet gaan.
- Huisarts helpt mij nooit voldoende
- Hij heeft meestal een andere mening of standaard aanpak
- Geen zin om de moeite te doen
- geen vertrouwen in medische kennis
- Er word altijd doorverwezen naar een zkh waardoor je veel geld kwijt bent (eigen risico) en er nog steeds geen oplossing voor het probleem gevonden is.
- De meeste medische problemen lossen zich vanzelf op
- De huisarts zegt dat alles vanzelf over gaat

- Dat ik zelf al oplossing heb gevonden
- Ben niet altijd overtuigd van zijn/haar deskundigheid en moet erg in de overtuiging als ik doorverwijzing wil naar een specialist.
- Angsstoornis
- They won't help so there is no point in going
- Preventative healthcare is not a reality in NL in my experience. I need a reason to get my blood checked or have a general physical and otherwise it costs a lot of money.
- I usually figure out myself what's wrong and can access the medication myself if necessary (but in general I try to avoid overuse of medications and prefer to take rest).
- I think it's very Dutch, but in my environment (home/family/friends) it is common to think that it's okay and one should in general wait 1-2 weeks "aankijken"
- I never get sick
- He's not open to alternative medicine but I need him to run tests because only then they are covered by the insurance.

Vraag:

Wilt u nog iets kwijt over uw relatie tot uw huisarts wat niet naar voren is gekomen in deze enquête? (Nederlandse antwoorden bovenaan, Engelse antwoorden onderaan)

- Ze is heel lief, maar soms wat traag of weinig assertief in haar doorverwijzingen. Daarnaast vind ik een afspraak altijd VEEL te kort en te gehaast om iets te concluderen.
- Wellicht was een interessante (onafhankelijke) variabele "het vertrouwen" in mensen in het algemeen geweest. Maar een leuk onderwerp. Succes!
- We gebruiken telefoon consult en hebben goede telefoon assistentes waarmee we een huisarts bezoek afspreken maar soms ook slechts iets telefonisch behandelen.
- Wat ik belangrijk vind, als je een huisarts belt omdat je voor jezelf of iemand van je gezin ongerust bent, en je vraagt of hij zo snel mogelijk kan komen, vind ik het belangrijk dat hij zo snel mogelijk komt. Dat vind ik heel belangrijk. Wilt u zo snel mogelijk komen? Dat vind ik heel belangrijk dat dat gebeurt. Als ik inschat dat het belangrijk is, hoop ik dat mijn huisarts mij goed genoeg kent en denkt het zal dan zeker wel belangrijk zijn. De huisarts moet je dan wel goed kennen natuurlijk. Een goede vriendin heeft ooit teveel pillen ingenomen en belde huisarts of hij asjeblijft wilde komen. Ze had dat een aantal keren eerder gedaan dus de huisarts dacht "nou dat komt wel, maak eerst Mn huisbezoeken af", en toen werd het haar fataal
- Waardeloze huisarts. Geen vertrouwen heb ik.
- Vaak niet bereikbaar door afwezigheid voor cursus, vrije dag en partime werken.
- Tegenwoordig niet 1 huisarts die je ziet maar veel verschillende. Dat kan in een ziekte traject erg vervelend zijn. Ook huisartsen maken fouten zou fijn zijn als ze daar vanuit zichzelf over willen praten. Over het algemeen een prima relatie met huisartsen. Waarschijnlijk praat ik ook anders met huisartsen omdat ik verpleegkundige ben en geen leek op medisch gebied.
- Te weinig tijd voor consults in het algemeen en ze hebben echt heel vaak stereotypes. Als jonge vrouw word je minder serieus genomen dan als man is mijn ervaring. Eerder worden klachten op stress afgeschoven waarna later blijkt dat er iets veel serieuzers aan de hand was.
- Praktijk is net overgenomen door een nieuwe arts.
- Over het algemeen moet je nogal vasthoudend zijn om een afspraak te maken. Dit heeft alles te maken met het feit dat de assistente een soort voorselectie doet, terwijl ze hiervoor onvoldoende is opgeleid.
- Of je als vrouw graag een vrouwelijke arts wil of dat het niet uitmaakt. Ook als man zijnde of je dan liever een mannelijke arts wil of niet.

- Misschien in hoeverre de huisarts vraagt naar informatie die je al hebt opgezocht of informatie of ideeën die je als patiënt al hebt en hoe dat wordt opgepakt door de huisarts?
- Mijn huisarts is een familielid van me (een neef van mijn vader).
- Mijn huisarts is echt top!!
- Mijn dochter is huisarts
- Ik zie mijn huisarts als een deskundige met wie ik samen tot een conclusie kom. Niet als een partner.
- Ik vind het erg lastig dat de huisarts niet open staat voor alternatieve geneeswijze. En dat hij bepaalt of ik doorverwezen wordt naar een specialist (oftewel of iets vergoed wordt of niet)
- Ik kreeg, van deze huisarts bij ons eerste gesprek al het advies om na te denken over andere medicatie. Hierbij betrok hij zijn eigen ervaringen en gaf argumenten en voorbeelden, wat ik fijn vond omdat zijn keuze op die manier werd onderbouwd (dus door er een persoonlijk verhaal bij te gebruiken).
- Ik heb nauwelijks een relatie met mijn huisarts, volgens mij heb ik haar zelfs nog nooit gezien. Ik word vrijwel altijd door een co-assistent of andere collega gezien.
- Ik heb mijn huisarts nog nooit ontmoet. Toen ik ben verhuisd heb ik me uiteraard bij een praktijk ingeschreven, maar ik heb er nog geen afspraak hoeven maken. Daarbij is het lastig hier van huisarts te wisselen aangezien er te veel patienten en te weinig artsen zijn, mocht ik om een reden naar een andere arts willen betekent dit dat ik hier geen vaste huisarts meer heb.
- Ik heb mijn huidige huisarts letterlijk maar één keer gezien.
- Ik heb een vrouwelijke huisarts, in se test worst gesproken over hij, overigens in het verleden ook hele goedemannelike huisarts gehad! Ik switch als ik onvoldoende vertrouwen heb, dat is een keer gebeurd!
- ,
- Ik ben zelf wel geneeskunde student dus er is zeker een kans dat ik er heel anders tegen mijn huisarts aankijk
- Ik ben tevreden over mijn huisarts
- Ik ben een paar jaar geleden van huisarts veranderd omdat hij niet serieus met mijn klachten omging en altijd gelijk wilde hebben. Nu een hele fijne huisarts!!
- Huisartsen zijn ontzettend fatfobisch, racistisch, en seksistisch en daar moet aan worden gewerkt anders blijven grote groepen mensen niet serieus genomen
- Huisarts die mij niet serieus neemt en gesprek afraffeld is voor mij een reden over te stappen naar andere huisarts.
- Hij is voor mij en gezin een betrouwbare, toegankelijke en deskundige professional met advies en juiste doorverwijzing/poortwachtersrol.
- Het is een verre familielid en hij is goed met de hele familie
- Goed bezig. De huisarts in NL is van onschatbare waarde.
- door de jaren heen dezelfde huisarts geeft vertrouwen waardoor je minder tijd kwijt bent tijdens een consult
- De bezoek frequentie en eventuele ervaringen (bijv ziekenhuisopname al dan niet te hebben meegemaakt) zou ik ook meenemen in de vragenlijst
- Dat ik mijn HA met 'u' aanspreek heeft met zijn leeftijd te maken. Soms is er een jonge arts die het waardeert om 'jij' genoemd te worden.
- Dat ik meestal voor een van mijn kinderen bij de huisarts zit en niet voor mezelf.
- Dat er met standaard protocollen gewerkt wordt waardoor ik me soms niet gehoord voel. Dat door de protocollen oplossingen soms lang duren. Dat er weinig aandacht is voor hoe ik in het leven sta en ik daardoor in een stramien geperst wordt waar ik niet mee uit de voeten kan. Vb. Arts zegt: Hoge bloeddruk is gevaarlijk. Dan moet je eerst 3 x terugkomen om te meten. Dat kost dan 6 weken en dan moet er medicijnen voorgeschreven worden. Had toen zelf ontdekt dat het van een tekort aan bepaalde vitamines kwam en het probleem was opgelost.

- Ben 10 jaar geleden gewisseld van huisarts omdat hij mij niet snel genoeg had doorgestuurd en mijn aandoening bagatelliseerde. Goede beslissing! Biek 'power patient' en bijbehorende ted-talk.vinduk een toppertje! . omdat
- Antwoorden zijn ook afhankelijk van omstandigheden.
- 10 minuten voordat ik op de praktijk langs kwam voor het ophalen van papieren ivm een knobbeltje in mijn borst, kwam mijn dochter langs met haar zoon, die gecontroleerd moest worden. Mijn huisarts wist niet of zij op de hoogte was van mijn bezoek aan het ziekenhuis. Bij het vertrek van haar en haar zoon draalde zij wat. Mijn dochter had dit opgemerkt en begreep later dat de huisarts de gelegenheid had gecreëerd voor mijn dochter om een vraag over mij te stellen. Heel attent van mijn huisarts en op een mooie manier gehandeld zonder de privacy te negeren.
- No
- My doctor does not always take my wishes seriously either due to his belief he knew best or because he had other stakes: i wanted to change therapists bc i had been on a waiting list for four months with no indication of this changing soon, and it was also an older man, which i indicated not being comfortable with. I found a different therapist by myself and had to convince the doctor to sign me up with them because he was insistent on me going to the therapist he had chosen
- I simply dont really get sick so theres no need for me to see him a lot, so i didnt build up any relationship really
- I grew up with a different system, and do not understand nor feel safe with Dutch GPs and the health system. I feel GPs only want to get you out the door. It is very likely you go undiagnosed until you are really sick (has happened to me)

BIJLAGE E: CRONBACH'S ALFA

	<i>Nederlandse vragenlijst</i>			<i>Engelse vragenlijst</i>		
	N	Cronbach's alfa	N items	N	Cronbach's alfa	N items
Afhankelijke variabelen						
Taal	321	,175	2	21	,197	2*
Luisteren	349	,672	2	21	,475	2
Geruststellen	349	,705	2	21	,731	2
Begrip	349	,883	3	21	,652	3
Respect	347	,776	4	21	,744	4
Vertrouwen in medische competentie	347	,283	3	21	,151	3
Onafhankelijke variabelen						
Individualisering	321	,090	2	19	-,279	2
Informalisering	322	,088	3	19	,417	2
Internationalisering	6**	-,656	2	19	,173	2
Intensivering	322	,476	3	19	,667	3

*Voor de score voor taal is er een vraag minder in de Engelse versie omdat hier niet bevestigd met welke aanspreekvorm de respondent de huisarts aanspreekt. In het Engels is geen onderscheid tussen formele en informele aanspreekvormen

** Respondenten kregen alleen de stelling "ik heb soms moeite met mijn huisarts begrijpen omdat Nederlands niet mijn eerste taal is" te zien wanneer zij aangaven een andere moedertaal dan Nederlands te hebben

BIJLAGE F: INFORMATIEFORMULIER BEGIN ENQUÊTE

Nederlands

Beste deelnemer,

Fijn dat u mee wilt doen aan dit onderzoek voor mijn scriptie onderzoek naar de relatie tussen burgers en hun huisarts voor mijn master sociologie aan de Universiteit van Utrecht.

In dit onderzoek wordt gevraagd naar uw mening over een aantal stellingen over verschillende aspecten van de relatie tussen u en uw huisarts. Er zijn geen goede of foute antwoorden, het gaat om uw persoonlijke mening. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten. Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld en anonimiteit zal gewaarborgd blijven.

U kunt tussendoor het scherm afsluiten en binnen 48 uur de rest van de vragen invullen.

In de vragenlijst wordt naar de huisarts gerefereerd naar een "hij". Uw huisarts kan natuurlijk ook een vrouw zijn maar voor de leesbaarheid van de vragen is gekozen voor "hij".

Door de enquête te starten, stemt u in met uw deelname en verleent u toestemming voor de publicatie van de anonieme resultaten en data waarbij identificatie van deelnemers onmogelijk is. U kunt altijd stoppen met de enquête. Als u niet mee wilt doen, kunt u deze pagina nu afsluiten.

Als u nog een vraag heeft over het onderzoek, dan kunt u mij mailen via a.c.makkinje@students.uu.nl

Engels

Dear participant,

Thank you for participating in this research for my thesis research into the relation between citizens and their general practitioner (GP) for my master Sociology at the University of Utrecht.

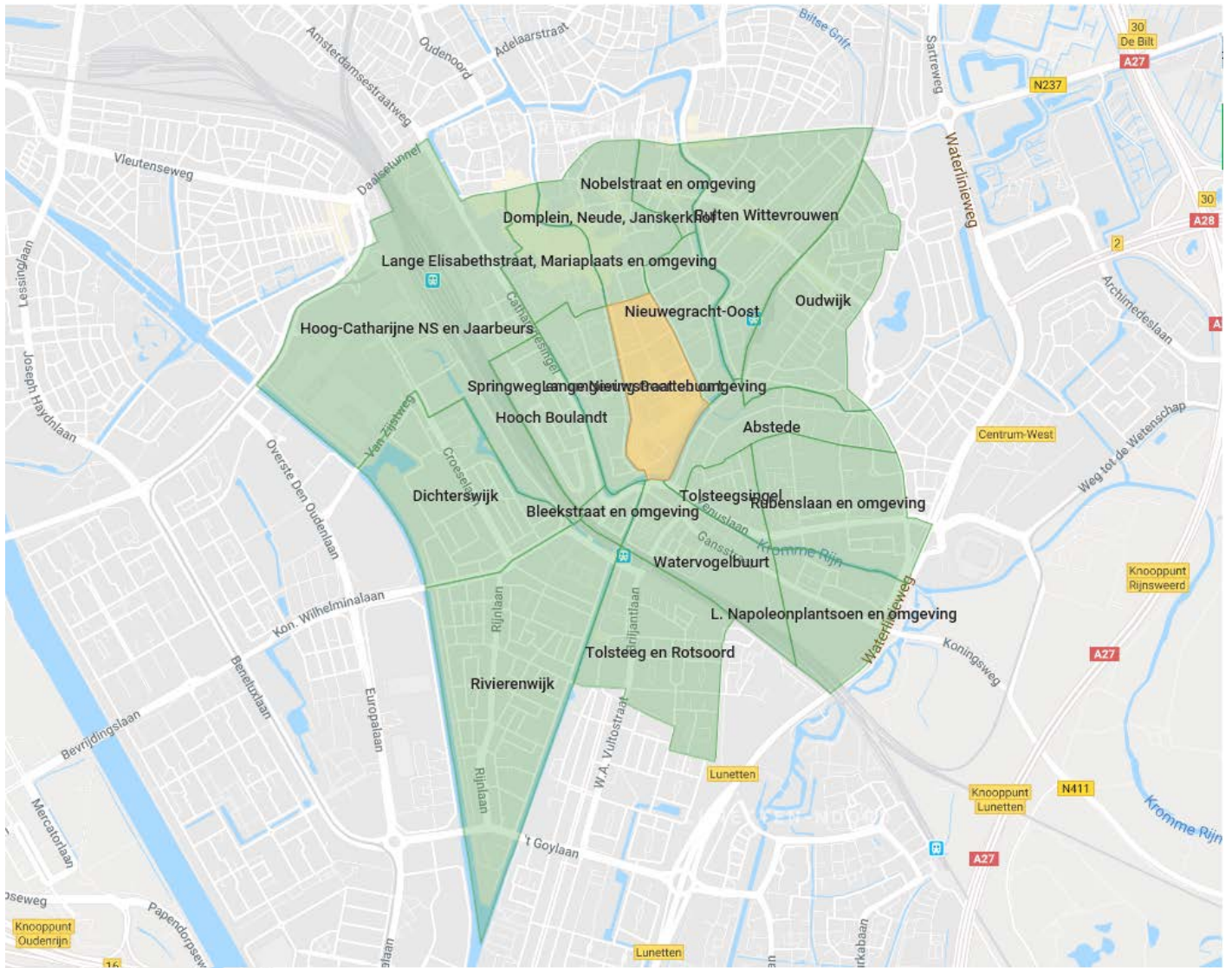
This survey asks for your opinion on a number of statements about different aspects of the relationship between you and your GP. There are no right or wrong answers, it is about your personal opinion. Filling out the survey takes approximately 10 minutes. All data will be treated confidentially and anonymity will remain guaranteed. You can close the screen in between and fill in the remaining questions within 48 hours.

In this survey, the GP is referred to as "he". Of course your GP could be a woman, but for the readability of the survey I have chosen to refer to him as "he".

By starting the survey, you consent to your participation and you grant permission for the publication of the anonymous results and data where identification of participants is impossible. You can always stop the survey. If you do not want to participate, you can close this page now.

For any questions about the research, you can email me via a.c.makkinje@students.uu.nl

BIJLAGE G: OVERZICHT WIKEN NEXTDOOR PLATFORM

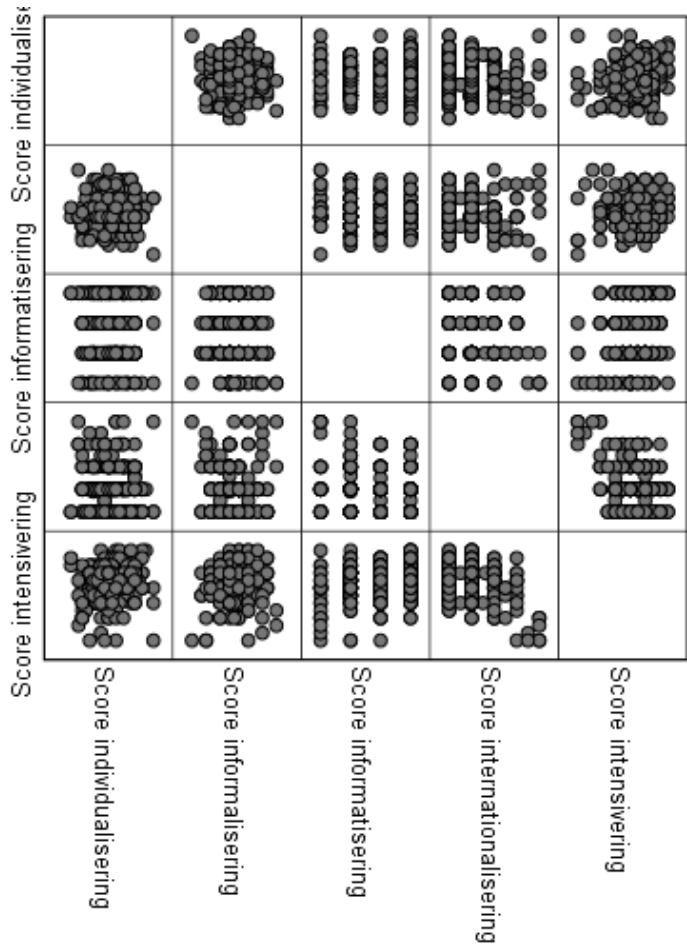


BIJLAGE H: CORRELATIEMATRIX ONAFHANKELIJKE VARIABELEN

		1	2	3	4	5
Score individualisering	<i>r</i>	-				
	<i>N</i>	348				
Score informalisering	<i>r</i>	,065	-			
	<i>N</i>	341	341			
Score informatisering	<i>r</i>	-,014	-,071	-		
	<i>N</i>	341	341	341		
Score internationalisering	<i>r</i>	-,045	-,187**	-,148**	-	
	<i>N</i>	341	341	341	341	
Score intensivering	<i>r</i>	,220**	,169**	,180**	-,302**	-
	<i>N</i>	341	341	341	341	341

** . $p < .01$ (2-tailed).

BIJLAGE I: SPREIDINGSMATRIX ONAFHANKELIJKE VARIABELEN



BIJLAGE J: VIF-WAARDEN ONAFHANKELIJKE VARIABELEN

Tabel I 1.1: Multicollineariteitstest - voor score voor beïnvloeding door individualisering

	Tolerance	VIF
Score informalisering	,978	1,023
Score informatisering	,954	1,048
Score internationalisering	,888	1,127
Score intensivering	,890	1,124

Tabel I 1.2 Multicollineariteitstest - voor score voor beïnvloeding door informalisering

	Tolerance	VIF
Score informatisering	,955	1,047
Score internationalisering	,899	1,112
Score intensivering	,846	1,182
Score individualisering	,948	1,054

Tabel I 1.3: Multicollineariteitstest - voor score voor beïnvloeding door informatisering

	Tolerance	VIF
Score internationalisering	,895	1,118
Score intensivering	,866	1,155
Score individualisering	,951	1,052
Score informalisering	,981	1,020

Tabel I 1.4: Multicollineariteitstest - voor score voor beïnvloeding door internationalisering

	Tolerance	VIF
Score intensivering	,916	1,091
Score individualisering	,948	1,055
Score informalisering	,990	1,010
Score informatisering	,959	1,042

Tabel I 1.5: Multicollineariteitstest - voor score voor beïnvloeding door intensivering

	Tolerance	VIF
Score individualisering	,997	1,003
Score informalisering	,977	1,023
Score informatisering	,974	1,027
Score internationalisering	,961	1,041

BIJLAGE K: HYPOTHESE AANNAMES

Hypothese set	Hypothese	Resultaat
1	H1a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan ervaren zij meer obstakels in de communicatie met de huisarts als gevolg van taalverschillen.	Aangenomen
2	H2b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan voelen zij zich minder gehoord door de huisarts.	Aangenomen
3	H3c: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan beoordelen zij de uitleg van de huisarts als slechter	Aangenomen
4	H4a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, dan voelen zij zich minder gerustgesteld door de huisarts	Aangenomen
6	H6a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan ervaren zij minder wederzijds begrip vanuit hun huisarts	Aangenomen
7	H7a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, hebben zij minder het gevoel dat de huisarts rekening houdt met hun persoonlijke situatie	Aangenomen
8	H8a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door intensivering, dan vinden zij het belangrijker om een klik te hebben met de huisarts.	Verworpen: Wel significant, maar negatief verband
9	H9a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informalisering, dan voelen zij zich meer gerespecteerd door de huisarts	Aangenomen
	H9b: Als burgers sterker beïnvloed zijn door internationalisering, dan voelen zij zich meer gerespecteerd door de huisarts	Verworpen; wel significant, maar negatief verband
10	H10a: Als burgers sterker beïnvloed zijn door informatisering, hebben zij minder vertrouwen in de medische competentie van de huisarts	Verworpen: Wel significant, maar positief verband

BIJLAGE L: TENTKAART NIVEL (NIVEL, 2018)



De terugvraagmethode voorkomt misverstanden en zorgt voor wederzijds begrip. Neem het voortouw en vraag de patiënt samen te vatten wat u hebt uitgelegd.

Voorbeelden:

- Ik wil weten of ik het goed uitgelegd heb. Wilt u me vertellen wat ik verteld heb?
- Kunt u herhalen welke afspraken we hebben gemaakt?
- Kunt u mij vertellen wanneer u de tabletten gaat gebruiken?
- Kunt u het voordoen?

Tips

1. Beperk uw informatie
2. Vermijd jargon
3. Wees concreet

Slechts 20 tot 40% van uw boodschap wordt onthouden.

Check ieder gesprek of je informatie overkomt. **Eén op de drie patiënten heeft beperkte gezondheidsvaardigheden.** Zij begrijpen informatie over gezondheid en zorg niet goed. Zij zijn ongezonder en gaan eerder dood. Eenvoudig communiceren helpt.

Kijk op pharos.nl/terugvraagmethode voor meer informatie.

BIJLAGE M: FOTOSTRIPS (KOOFS VAN 'T JAGT, 2016)





Ben je onzeker over de medicijnen die je nemen moet, vraag je dokter of apotheek en bekijk het samen nog eens goed.





Weet je niet precies hoe je het advies van de dokter toe moet passen, vraag om concrete tips die bij jouw situatie passen.



