



Huisartsenpost: plaag of zegen?

Onderzoek naar het imago van Huisartsenpost HOV

27 augustus 2009

Universiteit van Tilburg

Maarten Cuypers



Huisartsenpost: Plaag of zegen?

Onderzoek naar het imago van Huisartsenpost HOV

M. Cuypers

ANR 304976

Huisartsenpost HOV

's-Hertogenbosch

27 augustus 2009

Masterthesis Marketing Management

Departement Marketing

Faculteit der Economie en Bedrijfswetenschappen

Universiteit van Tilburg

Masterthesisbegeleiders: Drs. PMA Tenbült - Universiteit van Tilburg

Dr. WHJM Verstappen - Huisartsenpost HOV

Management samenvatting

Deze thesis beschrijft het onderzoek dat is uitgevoerd naar het imago van Huisartsenpost HOV in de regio Noord-Brabant Noordoost. Huisartsenpost HOV ontvangt signalen dat het beeld dat veel mensen hebben bij de huisartsenposten niet overeenkomt met het gewenste imago en is benieuwd in hoeverre dit geldt voor het gehele werkgebied.

Ten behoeve van het onderzoek zijn 2.200 vragenlijsten verspreid onder patiënten van huisartsen aangesloten bij HOV. Hiervan zijn er 343 terug ontvangen (15,6 %). De resultaten laten zien dat de persoonlijke interactie tussen medewerkers en de patiënt de grootste invloed op het imago heeft. Daarnaast speelt ook de werkwijze een grote rol. Hierbij gaat het om de procedure bij het contact opnemen met het huisartsenpost en de feitelijke afhandeling van de zorgvraag. Anders dan verwacht zijn geen significante verschillen aangetoond in het imago bij patiënten die enkel telefonisch contact hebben gehad en patiënten die de post bezocht hebben of thuis een visite hebben ontvangen door een arts. De telefonische bereikbaarheid is een factor waar door de patiënten het meeste belang aan wordt gehecht.

In het algemeen is het imago, uitgedrukt op een 5-puntschaal, met een 3,6 gematigd positief te noemen. Analyse van individuele respons laat zien dat er zowel positieve als negatieve uitschieters zijn, waarbij opvalt dat een negatieve ervaring over een langere periode nog genoemd wordt als reden voor een negatiever imago. Een positief imago wordt vooral verklaard door een positieve persoonlijke omgang. Bij respondenten met een negatief imago, ligt de oorzaak vaak in een negatieve behandeling of foute diagnose. Opvallend is dat het vastgestelde imago consistent is binnen verschillende subgroepen in de populatie.

Een belangrijk aandachtspunt komt naar voren op het gebied van informatievoorziening. Tegen de lijn van voorgaande onderzoeken in, geven patiënten zelf aan goed op de hoogte te zijn van de werkwijze en doel van de huisartsenpost. Dit terwijl tevens aangegeven wordt dat de informatievoorziening laag is. Betere informatie kan zorgen voor een duidelijkere verwachting en meer reëel referentiepunt. Hierdoor zullen afwijkingen van deze verwachting of referentiepunt in negatieve richting, minder impact hebben. Het algehele imago zal als gevolg hiervan kunnen verbeteren.

Voorwoord

De titel van deze scriptie luidt *Plaag of zegen*. Het zijn twee antoniemen die staan voor enerzijds 'kwellend', 'last' of 'makke' en aan de andere kant voor 'weldadig', 'voorspoedig' of 'gelukkig'. De huisartsenpost is een zorginstelling, waarvan het in de publieke opinie lijkt of het zich enkel in deze termen laat omschrijven. Dit onderzoek is erop gericht om vast te stellen of het imago, voor Huisartsenpost HOV betreft, daadwerkelijk zo zwart-wit is.

Zonder zelf enige vorm van ervaring te hebben met een centrale huisartsenpost, sprak de opdracht om een imago-onderzoek uit te voeren voor HOV mij direct aan. Gedurende stages en werkopdrachten op HBO en universiteit heb ik de afgelopen acht jaar binnen mogen kijken bij bedrijven en instellingen, van profit tot non-profit in zowel de zakelijke als de consumentenmarkt. De gezondheidszorg was een nieuwe uitdaging en niet de meest voor de hand liggende sector voor een marketeer. Vandaar waarschijnlijk ook de uitdaging.

Ik heb de mogelijkheid gekregen deze opdracht geheel zelfstandig en naar eigen inzicht uit te voeren. Ik dank hiervoor HOV voor de vrijheid en ondersteuning die ik hierbij heb gekregen en in het bijzonder Wim Verstappen voor het vertrouwen en de begeleiding. Daarnaast bedank ik ook mijn thesis-begeleidster Petra Tenbült voor de feedback bij het schrijven van deze scriptie en de noodzakelijk gebleken flexibiliteit bij deadlines en het inplannen van afstudeerzittingen.

Ik hoop dat dit onderzoek bijdraagt aan nieuwe inzichten voor toekomstig beleid en voldoet aan de verwachtingen die er waren toen werd besloten tot deze opdracht.

Er bestaan geen feiten, alleen interpretaties

Friedrich Nietzsche (1844-1900)

Tilburg, augustus 2009

Maarten Cuypers

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding	2
1.1 Introductie organisatie.....	2
1.2 Aanleiding onderzoek.....	2
1.3 Probleemstelling en onderzoeksvragen	3
1.4 Opbouw onderzoek.....	3
1.5 Relevantie.....	4
1.6 Opbouw rapport.....	5
Hoofdstuk 2 De Huisartsenpost	6
2.1 Huisartsenposten in Nederland	6
2.2 Huisartsenpost HOV	7
2.2.1 Werkwijze	8
2.2.2 Werkgebied.....	8
Hoofdstuk 3 Vooronderzoek	9
3.1 Theoretisch kader.....	9
3.1.1 Soorten imago.....	9
3.1.2 Invloed van imago	10
3.1.3 De rol van perceptie en uitwerkingsniveau	12
3.1.4 Antecedenten van organisatie-imago.....	13
3.2 Kwalitatief onderzoek	15
Hoofdstuk 4 Methoden van onderzoek	17
4.1 Conceptueel model	17
4.2 Vragenlijst.....	20
4.2.1 Testfase	20
4.3 Steekproef	21
Hoofdstuk 5 Analyse en resultaten	22
5.1 Respons	22
5.2 Beschrijvende resultaten	23
5.3 Factor analyse	25
5.4 Regressieanalyse	27
5.5 Clusteranalyse	28
5.6 Performance-importance.....	29
5.7 Kwalitatieve resultaten	31
Hoofdstuk 6 Conclusie en aanbevelingen	32
6.1 Discussie	32
6.2 Conclusie	34
6.3 Aanbevelingen.....	35
6.3.1 Managementaanbevelingen	35
6.3.2 Vervolgonderzoek	37
6.3.3 Beperkingen	38
Literatuuroverzicht.....	39
Bijlagen	43

Hoofdstuk 1 Inleiding

Dit eerste hoofdstuk geeft een introductie van de organisatie waarvoor dit imago-onderzoek wordt uitgevoerd. Daarnaast wordt de aanleiding van het onderzoek besproken, de daaruit volgende probleemstelling en bijbehorende onderzoeksvragen. Vervolgens komen zowel de opbouw van het onderzoek als de opbouw van het verdere rapport aan bod en wordt aandacht besteed aan de relevantie van dit onderzoek.

1.1 Introductie organisatie

Huisartsenposten zijn landelijk ongeveer tien jaar geleden ontstaan, op initiatief van de huisartsen zelf. Om de werkdruk en de hoeveelheid diensten buiten kantooruren te verlagen werden centrale huisartsenposten opgericht. Hierdoor is een groter waarneemgebied ontstaan, waardoor schaalvoordelen worden verkregen.

Huisartsenpost HOV verleent acute huisartsenzorg tijdens de avonden, nachten, weekeinden en op feestdagen voor patiënten van huisartsen die lid zijn van de *Coöperatieve Huisartsendienst Noord-Brabant noordoost*. De hiervoor benodigde praktijkvoering wordt gefaciliteerd door Huisartsenpost HOV. De belangrijkste missie van Huisartsenpost HOV is het aanbieden van kwalitatief hoogwaardige huisartsgeneeskundige zorg tegen aanvaardbare kosten. In hoofdstuk 2 wordt verder ingegaan op de organisatie van HOV.

1.2 Aanleiding onderzoek

In de afgelopen jaren heeft Huisartsenpost HOV veel aandacht besteed aan de organisatie om een goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren en is minder aandacht besteed aan de beeldvorming bij de patiënten. Huisartsenpost HOV ontvangt signalen dat het beeld dat veel mensen hebben bij de huisartsenposten niet overeenkomt met het gewenste imago en is benieuwd in hoeverre dit geldt voor het gehele werkgebied. Dit geeft aanleiding om te kijken naar wat het beeld (perceptie) is dat de bevolking heeft van de huisartsenposten en welke aandachtspunten er zijn om de beeldvorming te verbeteren. De marktwerking in de zorg vereist bovendien dat zorginstellingen steeds klantgerichter te werk gaan. Kennis over de beeldvorming en verwachtingen van de 'klant' zijn daarbij essentieel.

1.3 Probleemstelling en onderzoeksvragen

Op basis van deze achtergrond kan de volgende probleemstelling worden opgesteld:

Wat is het imago van Huisartsenposten HOV onder de bevolking in het verzorgingsgebied van de organisatie?

Uit de probleemstelling zijn de volgende onderzoeksvragen af te leiden:

1. Wat zijn huisartsenposten? (hoofdstuk 2)
2. Wat is imago? (hoofdstuk 3)
3. Welke constructen beïnvloeden imago? (hoofdstuk 3)
4. Hoe wordt imago gemeten? (hoofdstuk 4)
5. Welke segmenten zijn te identificeren op basis van de resultaten en wat zijn de verschillen tussen deze segmenten? (hoofdstuk 5)
6. Aan welke constructen wordt het grootste belang gehecht? (hoofdstuk 5)
7. Welke maatregelen kunnen genomen worden om het imago te verbeteren? (hoofdstuk 6)

1.4 Opbouw onderzoek

Allereerst is een literatuuronderzoek verricht om alle relevante onderwerpen te definiëren en specificeren. Vervolgens is kwalitatief onderzoek uitgevoerd, waarbij door middel van gesprekken met betrokkenen bij Huisartsenpost HOV (medewerkers, cliënten, huisartsen) en externe deskundigen belangrijke onderwerpen zijn vastgesteld die specifiek voor huisartsenposten van belang zijn om op te nemen in dit onderzoek. De samenvoeging van de resultaten van het literatuuronderzoek en het kwalitatief onderzoek heeft geleid tot het conceptueel model wat als basis dient voor het verdere onderzoek. De toetsing van dit conceptueel model vindt plaats door middel van empirisch onderzoek, waarbij enquêtes zijn verspreid binnen een steekproef van de populatie. Hierbij is tevens onderzocht wat het relatieve belang is van de verschillende constructen waaruit het imago is opgebouwd. Met behulp van het statistisch programma SPSS zijn de resultaten verwerkt en inzichtelijk gemaakt.

1.5 Relevantie

Deze paragraaf geeft aandacht aan zowel de academische als management relevantie van dit onderzoek.

Academische relevantie

Imago-onderzoek in de non-profitsector, en specifiek gezondheidszorg, is een relatief onderbelicht onderwerp in de literatuur. De meeste vormen van imago-onderzoek zijn gericht op merken in de commerciële sector. Daarnaast hebben onderzoeken binnen de gezondheidszorg, en specifiek naar huisartsenzorg buiten kantooruren, vooral betrekking op patiënttevredenheid (Giesen, 2007; 2004; Moll van Charante et al., 2006; van Uden et al., 2005). Een beperking van deze onderzoeken is dat ze enkel betrekking hebben op de laatste ervaring van een patiënt met de huisartsenpost (telefonisch advies, consult of visite). Een tevredenheidsonderzoek is een momentopname omdat het betrekking heeft op de kwaliteit van dienstverlening bij het laatste contact. Dit maakt een tevredenheidsonderzoek specifiek en concreet. Een imago-onderzoek geeft inzicht in het globale, meer algemene beeld onder de bevolking, waarbij ervaring met de huisartsenpost niet noodzakelijk is. Dit algemene beeld heeft invloed op de verwachtingen en het gedrag van patiënten wanneer zij contact opnemen met de huisartsenpost. Dit maakt een imago-onderzoek een goede aanvulling op de bestaande literatuur.

Management relevantie

Huisartsenposten zijn een relatief nieuw fenomeen binnen de Nederlandse gezondheidszorg en een onderzoek naar het imago van de huisartsenpost levert informatie op waar verbeterpunten mogelijk zijn. Een betere beeldvorming bij de patiënt leidt tot een verwachtingspatroon dat dichterbij de werkelijkheid ligt en zal hiermee een positieve invloed hebben op de tevredenheid wanneer er gebruik wordt gemaakt van de huisartsenpost.

De ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg maken dat er steeds meer marktwerking wordt verwacht van zorgaanbieders. Dit zorgt ervoor dat non-profitorganisaties zoals huisartsenposten steeds klantgerichter moeten werken. Hierbij is het van belang om te weten wat het imago is van de organisatie bij zowel gebruikers als niet-gebruikers van de dienst.

Inzicht in het beeld bij de patiënten en het belang van onderdelen hiervan, helpt bij het aanpassen van het beleid teneinde te komen tot een beter imago. Dit onderzoek is uitgevoerd voor Huisartsenpost HOV in de regio Noord-Brabant noordoost, maar kan ook dienen als basis voor imago-onderzoek in andere regio's.

1.6 Opbouw rapport

Deze thesis is opgebouwd uit zes hoofdstukken. Volgend op dit hoofdstuk zal in hoofdstuk 2 wordt meer achtergrondinformatie over huisartsenposten in Nederland en specifiek de organisatie van Huisartsenpost HOV. Vervolgens zal in hoofdstuk 3 het vooronderzoek beschreven worden. Dit bestaat uit een theoretisch deel en een kwalitatief deel. Het theoretisch deel bevat het theoretisch kader, waarbij vooral het begrip imago nader wordt toegelicht aan de hand van bestaande wetenschappelijke onderzoeken. Ook wordt de definitie van imago geïntroduceerd zoals deze in dit onderzoek gehanteerd wordt. Tevens worden de verschillende invalshoeken van imago tegen elkaar afgewogen en wordt er keuze gemaakt op welk niveau het verder onderzoek wordt verricht. Het kwalitatieve deel bestaat uit interviews die zijn gehouden met diverse betrokken partijen. De resultaten van het literatuuronderzoek en het kwalitatief onderzoek leiden tot een conceptueel model, die samen met de methoden van onderzoek aan bod komen in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 worden na analyse van de respons, de resultaten van het onderzoek besproken. Tot slot komen in hoofdstuk 6 de conclusies en aanbevelingen aan bod, waarbij antwoord wordt gegeven op de probleemstelling. Alle deelvragen komen in de vermelde hoofdstukken reeds aan bod.

Hoofdstuk 2 De Huisartsenpost

Dit hoofdstuk geeft achtergrondinformatie over het concept van huisartsenposten in Nederland en specifiek Huisartsenpost HOV. Besproken wordt de reden waarom centrale huisartsenposten zijn opgericht en welke functie ze vervullen binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Hierbij komt ook de visie vanuit de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) aan bod. De organisatie van Huisartsenpost HOV wordt uitgelegd, de werkwijze van de post en het werkgebied worden besproken.

2.1 Huisartsenposten in Nederland

De huisartsenposten zijn eind jaren negentig ontstaan, op initiatief van de huisartsen zelf, als oplossing voor de overbelasting van huisartsen op het gebied van diensten buiten kantooruren (ANW-uren; avond, nacht en weekend). Door diensten samen te voegen in een centrale huisartsenpost hebben huisartsen een groter waarneemgebied, meer hulppersoneel en betere faciliteiten dan in de vroegere situatie, waarin dienst werd gedaan vanuit het woonhuis of de eigen praktijk. Huisartsenposten werden hierdoor zorginstellingen, met een bestuur, personeel en een eigen financieringsstructuur. De bestuurlijke vormgeving kan bestaan uit een stichting, vereniging of coöperatie.

De huisartsenpost is er voor zorgvragen waarbij niet gewacht kan worden tot de eerst volgende werkdag van de eigen huisarts, dus met een spoedeisend karakter (acute zorg). Belangrijk onderdeel van het functioneren van de huisartsenpost is dat eerst telefonisch contact wordt opgenomen met de post. Enkele grotere organisaties van huisartsenposten hebben een callcenter ingericht waar alle telefoontjes binnenkomen. Een assistente beoordeelt de hulpvraag op prioriteit (triage) en zal op basis hiervan een (zelfzorg-)advies geven, een afspraak maken voor een consult of een visite inplannen. De assistentes staan onder supervisie van een huisarts. Op deze wijze trachten huisartsenposten de acute zorg bereikbaar en betaalbaar te houden. Tabel 2.1 geeft enkele kerncijfers over huisartsenposten in Nederland weer.

Aantal formele huisartsenpost-organisaties	57
Aantal Huisartsenposten	131
Bereik onder de bevolking	15,9 mln. (96 %)
Aantal aangesloten huisartsen	Ca. 7.000 (98 %)
Aantal contacten per jaar	3,29 mln.
Waarvan: - Telefonische consulten	1,25 mln. (38 %)
- Consulten op huisartsenposten	1,63 mln. (50 %)
- Visite	410.000 (12 %)
Totale kosten	€ 189,4 mln.
Kosten gemiddeld per contact	€ 57,56

Tabel 2.1 Kerncijfers huisartsenposten 2005, VHN

De Vereniging Huisartsenposten Nederland heeft in 2004 de volgende visie geformuleerd op de huisartsenposten en de zorg in de ANW-uren:

1. De behoefte van de patiënt staat centraal. De kwaliteitskenmerken van de ANW-zorg zijn beschikbaarheid, bereikbaarheid, goede en persoonsgerichte zorg.
2. De beschikbaarheid en bereikbaarheid van huisartsgeneeskunde voor spoedeisende vragen en acute zorg 7 maal 24 uur staat voorop.
3. ANW-zorg is onderdeel van de reguliere huisartsgeneeskunde en huisartsenzorg; de inzet en betrokkenheid van huisartsen is voor de kwaliteit van deze zorg cruciaal.
4. De huisartsenpost ontwikkelt zich tot een vitale schakel in een aangesloten keten voor spoedeisende, acute zorg. Er komt nauwe samenwerking en heldere afbakening met andere voorzieningen in de acute keten.
5. De deskundigheid, de infrastructuur en de faciliteiten van de huisartsenposten is breder inzetbaar dan alleen voor ANW-zorg. Ze zullen een belangrijke rol spelen in de vernieuwing en versterking van de eerstelijnszorg in Nederland.
6. De ontwikkeling van het stelsel van huisartsenposten en de acute zorg als geheel is regionaal maatwerk op basis van duidelijke landelijke kaders voor kwaliteit en financiering.

2.2 Huisartsenpost HOV

Huisartsenpost HOV is een van de 57 formele huisartsenpost-organisaties in Nederland. Bij de organisatie zijn 250 huisartsen aangesloten en zijn 112 medewerkers in dienst (2007), waarvan zeventig doktersassistenten en twintig chauffeurs. Het verzorgingsgebied bestaat uit bijna 600.000 inwoners. Binnen dit gebied zijn er posten in 's-Hertogenbosch, Oss, Veghel en Zaltbommel. Vijftien huisartsen uit deze regio zijn niet aangesloten bij Huisartsenpost HOV, maar doen hun diensten volgens de vroeger gebruikelijke manier.

Locatie	Functie	Aantal
's-Hertogenbosch	Doktersassistenten, triagisten en chauffeurs	63
Oss	Doktersassistenten	10
Veghel	Doktersassistenten	8
Zaltbommel	Doktersassistenten	4
Back-office	Directie, secretariaat, P&O, kwaliteit en financiën	27
Totaal		112

Tabel 2.2 Kerncijfers HOV 2007

2.2.1 Werkwijze

Binnen HOV is een belangrijke rol weggelegd voor het callcenter. HOV heeft hiervoor een centraal gelegen callcenter voor de alle HOV-vestigingen, gevestigd in de huisartsenpost 's-Hertogenbosch. Als patiënt zijn er drie mogelijkheden wanneer deze contact opneemt met

Soort	Aantal	Percentage
Consult	63.404	52,4 %
Advies	45.375	37,5 %
Visite	12.221	10,1 %
Totaal	121.000	100 %

Tabel 2.3 Verdeling naar verrichting

Huisartsenpost HOV; telefonisch advies, consult op de post of een visite door een arts. In 2007 hebben 121.000 verrichtingen plaatsgevonden door HOV, met een verdeling zoals weergegeven in tabel 2.3.

In bijlage 1 (figuur 1.1) is een overzicht opgenomen met een schematische weergave van de patiëntenstroom binnen HOV, gezien vanaf het moment van het eerste contact tot en met de afhandeling van de hulpvraag.

2.2.2 Werkgebied

Het werkgebied van Huisartsenpost HOV beslaat het gebied noordoost-Brabant en Zaltbommel (Gelderland). De bijna 600.000 inwoners zijn verdeeld over achttien gemeenten. De regio 's-Hertogenbosch is het meest dichtbevolkte gebied, en beschikt over de grootste post. In Oss en Veghel zijn de posten gevestigd in of op het terrein van het ziekenhuis. In 's-Hertogenbosch en Zaltbommel hebben de posten een zelfstandige locatie. In bijlage 1 (figuur 1.2) is het werkgebied topografisch weergegeven, onderstaande tabel (tabel 2.4) geeft de omvang van het werkgebied per post weer.

Post	Gemeenten	Inwoners 2007
's-Hertogenbosch	's-Hertogenbosch, Vught, Boxtel, St. Michielsgestel en Heusden	264.000
Oss	Oss, Lith, Maasdonk, Landerd, Haren en Bernheze (deel)	148.000
Veghel	Veghel, Uden, Boekel, Schijndel, St. Oedenrode en Bernheze (deel)	136.000
Zaltbommel	Zaltbommel en Maasdriel	49.000
Totaal		597.000

Tabel 2.4 Verzorgingsgebied met onderverdeling per gemeente.

Dit hoofdstuk heeft meer achtergrondinformatie gegeven over huisartsenposten in het algemeen en specifiek over de organisatie van Huisartsenpost HOV. Met deze kennis wordt in het volgende hoofdstuk het theoretisch kader vastgesteld wat van belang is bij het imago van een non-profit en dienstverlenende organisatie als HOV.

Hoofdstuk 3 Vooronderzoek

In dit derde hoofdstuk zal aandacht worden besteed aan de belangrijkste begrippen en theoretische aspecten die horen bij het uitvoeren van een imago-onderzoek. Bij de uitleg van begrippen wordt afwisselend gebruik gemaakt van de omschrijvingen *consumenten* en *patiënten*. Indien het gaat over algemene omschrijvingen over bijvoorbeeld imago uit de theorie, wordt gesproken over consumenten. Indien specifieke onderwerpen uit de zorg of over huisartsenposten worden besproken zal de term patiënten gebruikt worden. Naast het theoretisch deel komt in paragraaf 3.2 ook het kwalitatief onderzoek aan bod, waarin door middel van interviews informatie is verkregen die samen met het theoretisch kader leiden tot een conceptueel model. Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het theoretisch en kwalitatief vooronderzoek, in hoofdstuk 4 wordt het conceptueel model gepresenteerd.

3.1 Theoretisch kader

Het theoretisch kader geeft de theoretisch achtergrond weer waar dit onderzoek op gebaseerd is. Een belangrijk onderdeel hierin is de definitie van imago zoals deze in dit onderzoek wordt gehanteerd (paragraaf 3.1.1). Ook de rol die imago speelt bij dienstverlening, en dus van toepassing is voor Huisartsenpost HOV, wordt toegelicht in paragraaf 3.1.2. Imago ontstaat door percepties, deze percepties kunnen op drie niveaus worden uitgewerkt. Dit is van invloed op de wijze waarop imago gemeten kan worden. Daarom wordt dit in paragraaf 3.1.3 toegelicht samen met de gemaakte keuze voor het niveau waarop dit onderzoek is uitgevoerd. Tot slot geeft het theoretisch kader een overzicht uit zowel algemene als specifieke gezondheidszorg-literatuur over welke constructen van invloed zijn op imago.

3.1.1 Soorten imago

Imago is een complex begrip, waar geen eenduidige definitie voor bestaat. Al sinds de jaren vijftig wordt imago gezien als een belangrijk concept binnen marketing (Gardner & Levy, 1955). Ondanks dat in de literatuur vaak de algemene term *imago* wordt gebruikt is het, zeker in het kader van dit onderzoek, van belang het onderscheid aan te geven tussen de begrippen merkimago en organisatie-imago, waarbij het in dit onderzoek draait om organisatie-imago. Keller (1993) heeft binnen het concept van *brand equity* (de voorkeur voor een product boven

een vergelijkbaar product vanwege de aanwezigheid van het merk), het specifieke begrip merkimago nader toegelicht. Hij omschrijft merkimago als de percepties van een merk zoals weergegeven door de associaties in het geheugen van de consument. Kenmerken van een merkimago zijn dat er wordt uitgegaan van een situatie met vergelijkbare alternatieven en voornamelijk tastbare producten. Het merkimago uit zich dan in het verschil dat ervaren wordt door de consument, tussen verschillende producten die wat fysieke eigenschappen betreft vergelijkbaar of identiek zijn. Hierdoor kunnen voorkeuren voor merken ten opzichte van elkaar worden vastgesteld. Voor Huisartsenpost HOV is dit geen toepasbare definitie omdat de tastbaarheid en vergelijkbaarheid in deze ontbreken. Daarom sluit de definitie van organisatie-imago beter aan bij dit onderzoek. Organisatie-imago gaat meer over niet-tastbare aspecten en is volgens Easton (1966) gebaseerd op de collectieve indrukken van veel mensen over een organisatie. Deze indrukken zijn deels afkomstig van persoonlijk contact met de organisatie, deels van horen zeggen, deels via massacommunicatie en deels van psychologische veronderstellingen die niet controleerbaar zijn door de organisatie (voorkeuren, normen en waarden). Whetten en Mackey (2002) presenteren verschillende definities voor organisatie-imago die allen neerkomen op 'wat buitenstaanders denken van een organisatie' (Berg, 1985; Bernstein, 1984; Bromley, 2000; Whetten, Lewis & Mischel, 1992). Deze definitie blijft echter vrij abstract, daarom wordt in dit onderzoek de definitie van Worcester (1997) gebruikt; **organisatie-imago is het netto-resultaat van de interactie van alle ervaringen, indrukken, overtuigingen, gevoelens en kennis die mensen hebben van een organisatie.** Met deze definitie in het achterhoofd kan worden gekeken naar de invloed van imago in de dienstverlenende sector. Dit is voor HOV als dienstverlener van belang.

3.1.2 Invloed van imago

Huisartsenpost HOV is een dienstverlener in de non-profit sector. Het opbouwen en meten van een imago in de dienstensector is gecompliceerder dan bijvoorbeeld in een retailomgeving die bestaat uit tastbare producten. Een dienst is een actie, handeling of een verrichting (Zeithaml, Bitner & Gramler, 2005). Hierdoor zijn diensten ontastbaar, is iedere dienst anders en vindt de productie en consumptie van een dienst gelijktijdig plaats. Dit maakt dat diensten niet op dezelfde manier waar te nemen zijn als goederen. Dit heeft ook gevolgen voor het imago. Bij

diensten ontbreken objectieve en meetbare attributen die bij goederen wel aanwezig zijn zoals bijvoorbeeld de sterkte van het materiaal of samenstelling van ingrediënten. Binnen de gezondheidszorg geldt tevens dat de gemiddelde patiënt niet in staat is een objectieve evaluatie te geven van de verleende dienst, vanwege het gebrek aan specifieke medische kennis. Consumenten en patiënten maken bij het vormen van een oordeel over een dienst daarom voornamelijk gebruik van extrinsieke *cues*; vereenvoudigde signalen op basis waarvan hij een oordeel vormt. De signalen vormen snelkoppelingen in het brein die het evalueren en oordelen vergemakkelijken, zonder dat een volledige evaluatie of ervaring noodzakelijk is (Bloom & Reeve, 1990; LeBlanc & Nguyen, 1996). De signalen bestaan uit enkele kenmerken zoals contact met personeel of fysieke omgeving. Deze signalen activeren tevens een blauwdruk (*schemata*) in het brein van de consument. Deze blauwdruk geeft aan wat de verwachtingen zijn bij de consument van de dienstverlening en het handelen van de organisatie. De consument anticipeert naar aanleiding van zijn geactiveerde schemata. Dit bepaalt mede hoe de consument de organisatie benadert en zich gedraagt.

Een voorbeeld hiervan is wanneer Douwe Egberts de door Starbucks gedomineerde Amerikaanse koffiemarkt zou betreden. Wanneer DE zich op een vergelijkbare wijze profileert als Starbucks zullen consumenten snel de link leggen met een 'soort Starbucks'. Dit maakt dat consumenten snel een verwachting hebben van de nieuwe aanbieder en ook weten hoe verwacht wordt dat ze zich gedragen. Voor de huisartsenpost kan hierin mogelijke oorzaak voor een imagoprobleem gevonden worden. De naam huisartsenpost maakt dat de verwachting van een vergelijkbare dienst als de reguliere huisarts gerechtvaardigd is. Echter op enkele essentiële onderdelen wijkt een huisartsenpost af van de reguliere huisartsenpraktijk en kan het zijn dat de patiënt de huisartsenpost met een verkeerde verwachting of gedragsintentie benadert.

Zins (2001) stelt dat organisatie-imago van een dienstverlener, samen met de kwaliteit en tevredenheid een krachtig en duidelijk component is voor het verklaren van toekomstige loyaliteit. Het imago van de dienstverlening heeft dus invloed op de gedragsintentie en houding van de consument.

3.1.3 De rol van perceptie en uitwerkingsniveau

Hoe een imago wordt opgebouwd is afhankelijk van de *percepties* en *verwerking* hiervan door de consument. Nederstigt en Poeisz (1999) hanteren de volgende definitie voor perceptie: *Perceptie is een proces waarbij een individu, de objectieve, waar te nemen stimuli, transformeert tot een subjectieve, waargenomen werkelijkheid.* De verwerking vindt plaats door een proces van selectie, organisatie en interpretatie (Solomon, 2004). De selectiefase heeft betrekking op het waarnemen van bepaalde stimuli. Vertaald naar de praktijk van dit onderzoek kan dit zijn het bezoeken van een huisartsenpost, een telefonisch contact, maar ook het lezen van een krantenartikel of een gesprek met iemand over de huisartsenpost. Niet alle stimuli die worden uitgezonden, worden ook opgepakt door de consument. Bij de organisatie- en interpretatiefase wordt aan de binnengekomen stimuli een betekenis gegeven, in de vorm van associaties die worden opgeroepen in het geheugen. Deze associaties bepalen mede het imago. Wat imago mede tot een complex begrip maakt, is dat de percepties van een individu nooit hetzelfde zijn als van een ander (Gray en Smeltzer, 1985). Daarnaast wordt imago samengesteld uit een reeks elementen die verder gaan dan louter individuele percepties (Flavian, Torres & Guinaliu, 2004). Hierbij speelt een rol wat de reeds aanwezige kennis en ervaring van het individu is en de mate van inspanning die de consument wenst te leveren om de percepties te verwerken en er een betekenis aan te geven. Poeisz (1989) maakt hiervoor onderscheid naar het niveau van uitwerking die ieder een eigen manier van onderzoek vereisen:

Hoog	Imago is een complex gestructureerd netwerk van betekenissen
Middel	Imago is een attitude (gewogen som van opvattingen)
Laag	Imago is een globale totaal indruk (geen uitgewerkte opvatting)

De hoge en lage uitwerkingsgraad zijn in het kader van dit onderzoek niet geschikt. Bij de hoge uitwerkingsgraad wordt er vanuit gegaan dat achter imago een volledige waardenketen (*means-end chain*) schuil gaat. Onderzoek om de waardenketen inzichtelijk te krijgen is kwalitatief van aard en tijdintensief. Daarbij is een vereiste dat de consument, bij het object waarvan het imago gemeten wordt, een hoge betrokkenheid heeft en er actief een oordeel over heeft gevormd. Deze mate van hoge betrokkenheid wordt niet verwacht bij een huisartsenpost waar alle patiënten gemiddeld een keer per vijf jaar contact mee hebben. De lage uitwerkingsgraad stelt dat imago slechts een algemene, holistische indruk is van de

relatieve positie van een object ten opzichte van vergelijkbare objecten (bijvoorbeeld concurrenten). Deze theorie gaat uit van evaluatie op basis van vergelijkingen. Uit het voorgaande is juist naar voren is gekomen dat het voor diensten moeilijk is een kader van vergelijkbare objecten vast te stellen, dit maakt ook de lage uitwerkingsgraad ongeschikt.

De middelste uitwerkingsgraad is wel toepasbaar. Deze stelt imago gelijk aan attitude volgens de theorie van Fishbein (1967). Attitude betekent letterlijk 'houding'. Dit kan een houding zijn ten opzichte van een andere persoon, een merk, een organisatie of een product(-groep). Kenmerken van attitudes zijn dat ze zijn aangeleerd en, vanwege dit leerproces, over het algemeen ook enigszins consistent zijn. Een attitude verandert niet plotseling. Vaak gedraagt een consument zich volgens zijn attitude. Binnen de *theory of planned behavior* (Ajzen, 1988) vormt attitude samen met de subjectieve norm (de invloed vanuit de sociale omgeving) en de waargenomen controle over de situatie, de gedragsintentie. Onderzoek naar de attitude ten opzichte van een object vindt plaats door middel van opvattingen (gepresenteerd in de vorm van stellingen; *beliefs*) en evaluatie van deze opvattingen. Dit is een kwantitatief onderzoek en kan op grote schaal uitgevoerd worden. Deze methode leent zich uitstekend voor dit onderzoek.

3.1.4 Antecedenten van organisatie-imago

Om door middel van kwantitatief onderzoek het imago van Huisartsenpost HOV vast te stellen, is het noodzakelijk om na te gaan welke constructen het imago bepalen volgens zowel (internationale) management- en marketingliteratuur als branchespecifieke literatuur uit de gezondheidszorg. Deze subparagraaf geeft hiervan een overzicht.

Management- en marketingliteratuur maakt bij imago-onderzoek in de dienstverlenende sector in grote lijnen het onderscheid tussen een functioneel en organisatorisch component.

Het *functionele component* is gerelateerd aan de kwaliteitsdimensies die allen neerkomen op de perceptie van onderdelen uit het Servqual-model (Parasuraman, Zeithaml en Berry, 1988). Het Servqual-model wordt toegepast om de kwaliteit van dienstverlening te meten. Kwaliteit van dienstverlening volgt uit de initiële verwachtingen van de klant en de uiteindelijke resultaten. Flavian et al. (2004) bespreken dat het concept van kwaliteit van dienstverlening

vaak wordt geassocieerd met concept imago. Doel van het Servqual-model is om de ontastbaarheid van dienstverlening specifiek en meetbaar te maken. De vijf dimensies binnen het Servqual-model worden weergegeven in tabel 3.1.

<i>Betrouwbaarheid</i>	Vertrouwen in de bekwaamheid om de beloofde dienst nauwkeurig na te komen
<i>Responsiviteit</i>	Bereidheid om klanten te helpen
<i>Zekerheid</i>	Kennis en kunde van medewerkers
<i>Empathie</i>	Zorgzaamheid tonen en individuele aandacht geven
<i>Tastbaarheid</i>	Fysieke faciliteiten en omgeving

Tabel 3.1 Servqual-dimensies, Zeithaml, V.A., M.J. Bitner, D.D. Gramler (2005). *Services Marketing*.

Andere imago-onderzoeken vullen het functionele component aan met een *organisatorisch component* (Kennedy, 1977; Nguyen, 2006). Dit component bestaat deels uit psychologische en deels uit informatieve constructen zoals gevoelens en attitudes ten aanzien van de organisatie (Nguyen, 2006; Schrodt, 2002; Deshpande & Webster, 1989; Carroll, 1999; Hollender, 2004; Schuler, 2004). Hiervan geeft tabel 3.2 een overzicht.

<i>Identiteit</i>	Weerspiegelt wat de organisatie is en hoe het verschilt ten opzichte van andere organisaties.
<i>Cultuur</i>	Patroon van gedeelde waarden en overtuigingen. Cultuur komt voor in iedere organisatie en heeft betrekking op alle medewerkers van alle niveaus. Helpt individuen begrijpen hoe de organisatie functioneert en levert normen voor gedrag binnen de organisatie.
<i>Waarden</i>	Heeft betrekking op de ethiek en sociale verantwoordelijkheid van de organisatie. Het is datgene wat de organisatie uniek maakt.
<i>Informatie</i>	De informatie die men heeft over de organisatie, de manier waarop deze informatie is verkregen en de persoonlijke manier van categorisatie van de informatie.

Tabel 3.2 Constructen binnen het organisatorisch component van imago

Naast de algemene imago-onderzoeken geven ook literatuurbronnen uit de gezondheidssector informatie over constructen die een rol kunnen spelen bij imago. Omdat, zoals hiervoor besproken, het concept van kwaliteit van dienstverlening nauw verbonden is met imago, maakt dit het interessant om te kijken naar specifieke kwaliteitskenmerken die van belang zijn in de gezondheidssector. Diverse onderzoeken hebben de Servqual-dimensies vertaald naar specifiek gebruik binnen de gezondheidszorg. Silvestro (2005) geeft hiervan een overzicht, welke is opgenomen in bijlage 2 (tabel 2.1). Hieruit blijkt dat de algemene Servqual-dimensies goed toepasbaar binnen onderzoeken in de gezondheidszorg en dat er een sterke mate van overlap is in de uitwerking van de dimensies door verschillende onderzoekers. De Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) beschrijft de kwaliteitskenmerken specifiek voor huisartsenposten als in termen van *beschikbaarheid*, *bereikbaarheid* en *goede*,

persoonsgerichte zorg. Ook dit zijn allen termen die te herleiden zijn naar het Servqual-model. Daarnaast hebben de specifieke onderzoeken naar de patiënttevredenheid bij huisartsenposten in Nederland (van Uden et al, 2005; Moll van Charante et al, 2006) ook een sterke mate van overeenkomst met de Servqual-dimensies. In tabel 2.2 in bijlage 2 is dit weergegeven.

Op basis van de literatuur kan gesteld worden dat imago wordt bepaald door constructen uit het Servqualmodel (betrouwbaarheid, responsiviteit, zekerheid, empathie, tastbaarheden) aangevuld met constructen uit een organisatorisch component (identiteit, cultuur, waarden en informatie). Schematisch kan dit worden weergegeven zoals in tabel 3.3.

Organisatie-imago:	
<i>Servqual</i>	<i>Organisatorisch</i>
Betrouwbaarheid	Identiteit
Responsiviteit	Cultuur
Zekerheid	Waarden
Empathie	Informatie
Tastbaarheden	
Tabel 3.3 Conclusies literatuuronderzoek	

3.2 Kwalitatief onderzoek

Met aanvullend kwalitatief vooronderzoek is getoetst of de constructen die uit de literatuur naar voren zijn gekomen ook toepasbaar zijn voor het specifieke onderwerp van huisartsenposten. Het kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd door het houden van ongestructureerde (open) interviews met verschillende, bij Huisartsenpost HOV, betrokken partijen. Vanuit de eigen organisatie van HOV is gesproken met het management team, de commissie Kwaliteit, medewerkers op de posten en het callcenter en huisartsen. Deze laatste groep is niet in dienst van HOV maar vormen wel de kern van de organisatie. Daarnaast zijn interviews gehouden met leden van de cliëntenraad, die als overlegorgaan de vertegenwoordiging vormt van de patiënten van HOV. Tot slot is ook gesproken met de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN). Hierdoor zijn naast interne en externe partijen van HOV ook externe deskundigen betrokken bij het vooronderzoek.

Bij de interviews is steeds eerst gevraagd naar de verwachtingen ten aanzien van het imago. Op basis van de gegeven antwoorden is dieper ingegaan op de constructen die hier aan ten grondslag (kunnen) liggen. Hierna zijn pas de constructen besproken die uit de literatuur naar

voren zijn gekomen. Deze volgorde is aangehouden om te voorkomen dat de reeds geïdentificeerde constructen uit de literatuur invloed zouden hebben op de, nog te geven, antwoorden. Alle verslagen van de gesprekken zijn opgenomen in bijlage 3.

Opvallende uitkomst is dat de geïnterviewden vrij eensgezind zijn in de verwachtingen ten aanzien van het imago en van de constructen die het imago bepalen. Globaal kan hierbij de verdeling gemaakt worden tussen een *kennis*- en een *contact*-component. Het kennis-component heeft vooral betrekking op de mate waarin men op de hoogte is van het doel en werkwijze van de huisartsenpost en kennis over wat spoedeisend is. Het contact-component heeft vooral te maken met het de eerste contactmomenten, zowel telefonisch (nadruk) als bij bezoek aan de post. De bejegening en toon van het gesprek alsmede de mate van vertrouwen in deze eerste contactpersoon (doktersassistent) zijn van grote invloed op de houding van de patiënt, en zijn daarmee veelzeggend voor het imago. Tabel 3.4 geeft een overzicht van de conclusie van het kwalitatief onderzoek.

Imago huisartsenposten:	
<i>Contact</i>	<i>Kennis</i>
Vertrouwen	Info vanuit huisarts
Behulpzaamheid	Info vanuit HAP
Bereikbaarheid	Kennis over werkwijze
Begrip	Kennis over spoed
Bejegening	
Tabel 3.4 Conclusies kwalitatief onderzoek	

In het volgend hoofdstuk worden de beide conclusies samengevoegd tot een conceptueel model. Dit is de basis voor het verdere onderzoek.

Hoofdstuk 4 Methoden van onderzoek

Dit hoofdstuk legt de link tussen het vooronderzoek en het feitelijke imago-onderzoek. Het conceptueel model wordt geïntroduceerd als conclusie van het vooronderzoek, maar ook als basis voor het empirisch onderzoek. Alle constructen die zijn opgenomen in het conceptueel model worden toegelicht, samen met een voorbeeldvraag voor de operationalisatie. Vervolgens worden ook de vragenlijst en steekproef toegelicht.

4.1 Conceptueel model

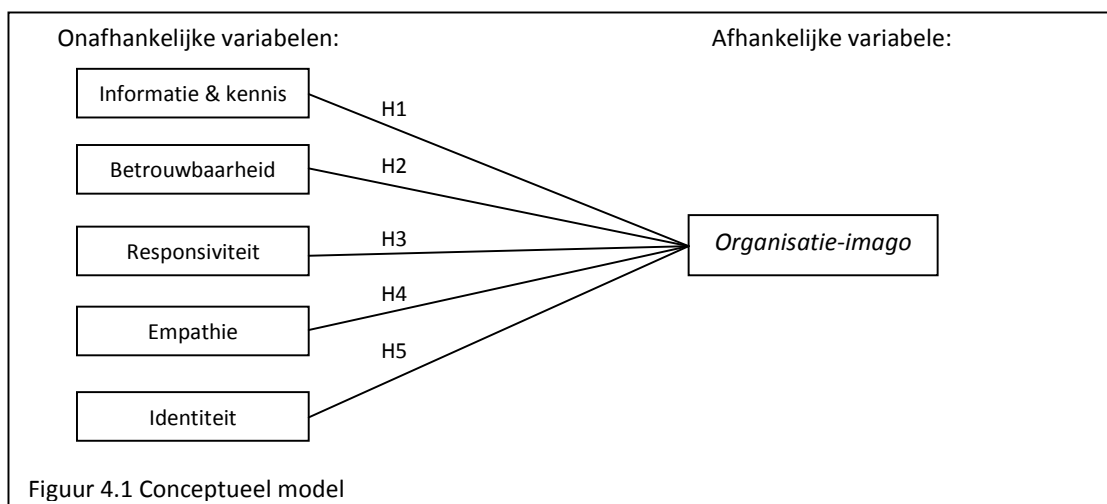
De resultaten van het literatuur- en kwalitatief onderzoek laten veel overeenkomsten zien. In beide onderzoeken zijn de constructen die voor het organisatie-imago van belang zijn, in te delen in twee componenten. Tabel 4.1 geeft hiervan een overzicht. In deze tabel worden de onderwerpen die in het kwalitatief onderzoek naar voren zijn gekomen gerelateerd aan de (genummerde) constructen uit de literatuur waarmee zij het meeste samenhangen. Alle onderwerpen die genoemd zijn in het kwalitatieve onderzoek zijn terug te brengen tot constructen die ook in de literatuur naar voren zijn gekomen. Zo kan het gehele component Kennis uit het kwalitatief onderzoek onderverdeeld worden tussen *identiteit* en *informatie* in het organisatorisch component uit het literatuuronderzoek. Daarnaast komen *vertrouwen* (kwalitatief) en *betrouwbaarheid* (literatuur) overeen, kunnen *behulpzaamheid* en *bereikbaarheid* gezien worden als *responsiviteit* en kunnen *begrip* en *bejegening* gerekend worden tot *empathie*.

Literatuur		Kwalitatief	
<i>Servqual</i>	<i>Organisatorisch</i>	<i>Contact</i>	<i>Kennis</i>
1. Betrouwbaarheid	6. Identiteit	Vertrouwen → 1	Info vanuit huisarts → 9
2. Responsiviteit	7. Cultuur	Behulpzaamheid → 2	Info vanuit HAP →
3. Zekerheid	8. Waarden	Bereikbaarheid →	Kennis over werkwijze → 6
4. Empathie	9. Informatie	Begrip → 4	Kennis over spoed →
5. Tastbaarheden		Bejegening →	
Organisatie-imago			

Tabel 4.1 Conclusies vooronderzoek

Omdat de onderwerpen die genoemd zijn het kwalitatief onderzoek ook naar voren zijn gekomen in de literatuur, worden deze allen opgenomen in het definitieve conceptuele model van dit onderzoek. Daarentegen zijn er in de literatuur ook constructen naar voren gekomen die

in het kwalitatief onderzoek niet bevestigd zijn en die ook toegevoegde waarde lijken om ze te behouden voor verder onderzoek. Het eerste construct wat hierdoor niet wordt opgenomen is *tastbaarheden* uit het Servqual-model. Dit construct is te concreet gericht op het meten van de kwaliteit van dienstverlening en tevredenheid en daarmee ongeschikt voor het meten van imago, wat meer abstract is. De constructen *waarden* en *cultuur* uit het organisatie-component, lijken daarentegen té abstract om van betekenis te zijn voor het imago. De verwachting is dat respondenten niet in staat zijn hierover vragen te beantwoorden omdat uit wordt gegaan van een lage tot gemiddelde betrokkenheid. Ook deze constructen worden daarom niet opgenomen in het definitieve conceptuele model. Gebleken is dat de afzonderlijke constructen *betrouwbaarheid* en *vertrouwen* veel overlap vertonen en deze worden daarom in dit onderzoek samengevoegd. Figuur 4.1 geeft het definitieve conceptuele model weer.



Ieder construct wordt gedefinieerd aan de hand van de literatuur, waarbij tevens een voorbeeldvraag en de Cronbach's Alpha uit de literatuur wordt vermeld.

Informatie en kennis: De informatievoorziening heeft betrekking op de mate waarin patiënten worden geïnformeerd over de huisartsenpost, door zowel de huisartsenpost zelf als door de eigen huisarts (Schuler, 2004), en de mate waarin patiënten hiervan op de hoogte zijn.

H1: De mate waarin de patiënt beschikt over **informatie** van de huisartsenpost, heeft een positieve invloed op het imago.

Voorbeeldvraag	Cronbach's Alpha
De huisartsenpost informeert patiënten regelmatig over haar werkwijze	0,79

Betrouwbaarheid: Heeft betrekking op de perceptie van zorgvuldigheid, betrouwbaarheid, deskundigheid en reputatie (Ramsaran-Fowdar, 2005).

H2: Een positieve perceptie van **betrouwbaarheid** heeft een positieve invloed op het imago

De huisartsenpost is in staat direct de juiste beslissing te nemen	0,72
--	------

Responsiviteit: De mate waarin patiënten de openheid van de organisatie ervaren voor het ontvangen van patiënten en zorgvragen (Ramsaran-Fowdar, 2005).

H3: Een positieve perceptie van **responsiviteit** heeft een positieve invloed op het imago

Er bestaat een drempel bij het contact opnemen of bezoeken van de huisartsenpost	0,87
--	------

Empathie: heeft betrekking op de houding van medewerkers naar de klant. Hierbij gaat het om de bejegening, individuele aandacht, tonen van begrip en de bereidwilligheid om de klant te helpen (Ramsaran-Fowdar, 2005).

H4: Een positieve perceptie van **empathie** heeft een positieve invloed op het imago

De medewerkers van de huisartsenpost zijn vriendelijk en beleefd	0,95
--	------

Identiteit: De identiteit heeft betrekking op de positie van de huisartsenpost ten opzichte van de alternatieven die er bestaan voor (spoed-)zorg en uit zich in de kennis en voorkeur de eigen huisarts en de eerste hulp-afdeling van het ziekenhuis (Nguyen, 2006).

H5: Een sterke mate van bekendheid van de **identiteit** van de huisartsenpost heeft een positieve invloed op het imago

Ik heb een positiever beeld van de Eerste hulp van het ziekenhuis dan van de huisartsenpost	0,91
---	------

Naast de deze verklarende constructen (x-variabelen) wordt ook de afhankelijke variabele (y-variabele; imago) gemeten. Hierbij gaat het om het algemene beeld dat de respondent heeft van de huisartsenpost. Het algehele imago wordt gemeten aan de hand van drie vragen (Nguyen, 2006).

Over het algemeen heb ik positieve indruk van de huisartsenpost in mijn regio	0,69
---	------

4.2 Vragenlijst

Door middel van kwantitatief onderzoek zijn de opgestelde hypothesen getoetst. Hiervoor zijn enquêtes verspreid binnen een steekproef uit de populatie. Deze enquête bestaat uit de verdere operationalisatie van de hiervoor vastgestelde constructen. De vragen worden gepresenteerd in de vorm van stellingen. De respondent geeft aan op een vijf-puntsschaal in welke mate hij het eens of oneens is met de stelling. Daarnaast geeft de respondent per vraag het belang dat hij aan het onderwerp hecht aan. Deze methode komt overeen met uitwerking van het middelste uitwerkingsniveau van imago, zoals beschreven is in hoofdstuk 3. De gekozen vijf-puntschaal kent een duidelijk onderscheid tussen verschillende antwoordmogelijkheden waardoor het eenvoudiger is om een keuze te maken. Als segmentatievariabelen zijn demografische variabelen opgenomen als geslacht, leeftijd, woonplaats, etnische achtergrond, gezinssamenstelling, inkomen en de contacthistorie met de huisartsenpost. Dit zijn variabelen waarvan verwacht wordt dat zij verschillen opleveren en het zijn tevens variabelen die ook bij eerdere onderzoeken op het gebied van huisartsenposten zijn toegepast. Als slot van de vragenlijst is een open vraag opgenomen waar respondenten in gelegenheid zijn om een toelichting te geven op de gegeven antwoorden. Zowel de gehele vragenlijst, als begeleidende brief zijn opgenomen in bijlage 4.

4.2.1 Testfase

Door middel van een *field test* onder twintig willekeurig geselecteerde respondenten (convenience sampling) is de concept-vragenlijst getest. Het doel hiervan was om vast te stellen of de vragen voldoende duidelijk geformuleerd zijn en eenvoudig te beantwoorden zijn. Ten aanzien van vraagformulering zijn enkele aanpassingen gedaan in de vraagstellingen, dit om te komen tot een zo hoog mogelijke validiteit en betrouwbaarheid. Onderdeel hiervan is de Cronbach's Alpha, die per set vragen nogmaals is bepaald omdat de originele operationalisaties uit de literatuur zijn vertaald en aangepast. De Cronbach's Alpha geeft de interne consistentie per set vragen die samen een construct meten. Indien de waarde groter is dan 0,60 (Sekaran, 2003) is voldaan aan de minimum vereiste en mogen de vragen bij latere analyse samengevoegd worden. Alle constructen voldeden in de testfase aan deze minimumeis van 0,60.

Om te voorkomen dat sociale wenselijkheid de antwoorden zou beïnvloeden is de waarborging van privacy nadrukkelijk vermeld in zowel de begeleidende brief als op de vragenlijst. In de vraagvolgorde en layout is rekening gehouden met het voorkomen van halo-effecten en een overzichtelijke groepering van de vragen per onderwerp.

4.3 Steekproef

De onderzoekpopulatie bestaat uit alle inwoners uit het verzorgingsgebied van Huisartsenpost HOV. De berekening van de steekproef, waarbij rekening wordt gehouden met de verwachte standaard deviatie en gewenste precisie, geeft een waarde van $n = 363$, de bijbehorende berekening is opgenomen in bijlage 4. De standaardrespons bij schriftelijke enquêtes ligt tussen twintig en tachtig procent. Bij onderzoeken naar de tevredenheid over huisartsenposten, waarbij tevens gebruik werd gemaakt van schriftelijke enquêtes lag de respons tussen de 39 en 57,5 procent (Giesen et al., 2009; Moll van Charante et al., 2006; van Uden et al., 2005; McKinley et al., 2001). Uitgaande van een respons van veertig procent maakt de gecorrigeerde steekproefomvang $n = 908$.

Als steekproefkader is gebruikt gemaakt van het patiëntenbestand van de huisartsen die zijn aangesloten bij Huisartsenpost HOV. Alle 250 aangesloten huisartsen hebben een set van vijf vragenlijsten ontvangen om willekeurig te verspreiden onder de patiënten die het spreekuur bezoeken. Door alle aangesloten huisartsen te betrekken bij het onderzoek is de inspanning voor iedere huisartsenpraktijk beperkt tot vijf vragenlijsten, wordt een optimale spreiding binnen het verzorgingsgebied bereikt en wordt bovendien de betrokkenheid van de huisartsen bij dit onderzoek en HOV versterkt. Door deze vorm van systematic sampling zijn 1.250 vragenlijsten verspreid. Alle bezoekers van het spreekuur hebben een even grote kans om in de steekproef te vallen, waardoor voldaan is aan de eis voor probability sampling. De huisartspraktijken zijn nog met een afzonderlijke brief geïnstrueerd over het onderzoek en het verspreiden van de enquêtes.

Hoofdstuk 5 Analyse en resultaten

Aan de hand van verschillende analysetechnieken worden in dit hoofdstuk de resultaten van het onderzoek belicht. Ten eerste wordt de respons beschreven en volgen beschrijvende statistieken als uitkomst op individuele vragen uit de vragenlijst. Vervolgens zijn een factoranalyse, regressie-analyse, clusteranalyse en importance-performance analyse uitgevoerd, waarvan de resultaten worden besproken. Tot slot worden ook de resultaten weergegeven van de open vraag waarmee de vragenlijst is afgesloten. Deze antwoorden leveren kwalitatieve ondersteuning aan de overige kwantitatieve resultaten. Bij vragen die in de vragenlijst in negatieve zin zijn gesteld, heeft voorafgaand aan verdere analyses hercodering plaatsgevonden zodat alle waarden eenzelfde (positieve) betekenis hebben. Ter volledigheid zijn in Bijlage 5 de bij de analyses horende SPSS-resultaten terug te vinden.

5.1 Respons

De uiteindelijke sampling heeft plaatsgevonden in twee groepen. In de eerste groep bleken na verzending onvoldoende retourenveloppen beschikbaar, waardoor er slechts 250 vragenlijsten geretourneerd konden worden. Voor een noodzakelijke aanvullende tweede ronde is het eigen contactmanagement-systeem van HOV gebruikt als steekproefkader. De contactgegevens zoals geregistreerd bij contact met de huisartsenpost in oktober 2008 zijn gebruikt voor een willekeurige steekproef voor het selecteren van naam en adresgegevens. In de aanvullende tweede ronde zijn 950 vragenlijsten verspreid. In totaal zijn 343 bruikbare vragenlijsten ontvangen. Wanneer wordt gekeken naar het aantal uitgestuurde vragenlijsten komt dit neer op een respons van 15,6 procent. Wanneer het aantal vragenlijsten waarvoor geen retourenvelop beschikbaar was, buiten beschouwing wordt gelaten, komt de respons uit op 28,6 procent. Voor schriftelijke enquêtes zijn dit acceptabele waarden. De twee responsgroepen verschillen niet significant van elkaar (getoetst met chi-kwadraat, sig < 0,05) waardoor de verdere respons als een groep wordt weergegeven. Tabel 5.1 geeft de verdeling weer. Met 343 geretourneerde enquêtes is niet voldaan aan het vooraf berekende aantal van 363. Echter is deze berekening gebaseerd op een standaardafwijking binnen de populatie van 1,7, de hoogst gemeten feitelijke standaardafwijking komt uit op ongeveer 1,2. Deze kleinere

standaardafwijking maakt dat een kleinere respons volstaat om toch een valide uitspraak te doen over de gehele populatie. Het meest opvallende aan de respons is dat ruim tweederde van de respondenten vrouw is. Hiermee is het aandeel mannelijke respondenten ondervertegenwoordigd ten opzichte van de populatie. Ten aanzien van het

	Populatie	Respons
Aantal	633.620	343 van 2.200 (1.200)
Respons		15,6 % (28,6 %)
Man	45,6	30,4
Vrouw	54,4	69,6
< 45 jaar	56,5	49,5
> 45 jaar	43,5	50,5
> 65 jaar	14,8	20,1
Gebied:		
's-Hertogenbosch	44,2	35,2
Oss	24,8	29,7
Veghel	22,8	27,3
Zaltbommel	8,2	3,9
Buiten HOV-regio	0	3,9

Tabel 5.1 Respons, bron: CBS, Meetweek 2008, UMC

gebruik van de huisartsenpost blijkt er een lichte meerderheid vrouwelijke gebruikers te zijn, maar niet in de verhouding zoals deze in dit onderzoek naar voren zijn gekomen. Een deel van het verschil kan verklaard worden door het feit vragenlijsten geadresseerd aan kinderen door de moeder zijn ingevuld. Een tweede opvallende uitkomst is dat nauwelijks respons is ontvangen van allochtone huishoudens; 96,7 procent van de respons is afkomstig uit een huishouden met Nederlandse achtergrond. Het percentage huishoudens met een allochtone achtergrond in deze regio is 12,9 procent (CBS, 2008). Op basis van de resultaten kan daarom geen uitspraak worden gedaan over het beeld dat allochtone patiënten van de huisartsenpost hebben. Een complete beschrijving van de responskenmerken is opgenomen in bijlage 5.

5.2 Beschrijvende resultaten

Op basis van beschrijvende statistieken (Bijlage 5) zijn de resultaten per individueel construct op te stellen. Tabel 5.2 geeft hiervan een overzicht, waarbij de gemiddelde score op een vijf-puntsschaal wordt weergegeven.

Construct	Gemiddelden	Beschrijvende resultaten
Informatie	2,8	Informatievoorziening scoort laag, zowel vanuit de huisartsenpost als vanuit de eigen huisarts. Het onderwerp wordt wel als belangrijk beoordeeld.
Betrouwbaarheid/ Vertrouwen	3,4	Algemeen positief. Meeste twijfel bij vragen over betrouwbaarheid telefonisch advies en deskundigheid aan de telefoon.
Toegankelijkheid	3,3	Algemeen positief. Meer verdeeldheid over drempel bij het contact opnemen en vlote zorgverlening.
Empathie	3,8	Algemeen positief.
Identiteit	2,6	De eigen huisarts heeft de duidelijke voorkeur. Bij een spoedgeval heeft de Eerste hulp van het ziekenhuis de voorkeur kennis over werkwijze daarentegen hoog. Waarvoor men wel en niet naar de HAP kan is niet duidelijk (perceptie van spoed)
Algeheel imago	3,6	Net boven de middelde score van 3, ongerekend naar een tien-puntsschaal een 7,2

Tabel 5.2 Resultaten per construct

Het algemene beeld is licht positief. Met een 5-punts antwoordschaal liggen de gemiddelde waarden voor de meeste items boven de 3,0. Scores naar het belang per onderwerp zijn allen hoog, met gemiddelden boven de 3,5. Dit betekent dat alle onderwerpen die zijn opgenomen in de vragenlijst, ook als belangrijk worden beschouwd door de patiënten. Dit is een indicator dat de juiste constructen zijn geselecteerd in het vooronderzoek. Een belangrijk deel van de management relevantie van dit onderzoek zit in de verschillen tussen de diverse subgroepen. Door middel van Anova-toesten is vastgesteld of de gevonden waarden significant van elkaar verschillen. Bij een significantie van kleiner dan 0,05 wordt aangenomen dat dit bewezen is. In tabel 5.3 zijn de resultaten van deze analyse weergegeven. In bijlage 5 is de volledige SPSS-output opgenomen.

Variabele	Significantie	Verband
Geslacht	0,036	Vrouwen hebben een sterkere voorkeur voor de Eerste hulp bij een spoedgeval.
Leeftijd	0,007	De aangegeven mate van kennis over de HAP is hoger bij de groep 45 +
Regio	0,011	Respondenten buiten de HOV-regio geven de hoogste waardering aan de informatievoorziening, dus buiten HOV-regio is informatievoorziening wellicht beter. Veghel scoort onder gemiddeld, Oss boven gemiddeld.
Samenstelling huishouden	0,019	Huishoudens met kinderen geven aan meer kennis te hebben over de HAP.
Opleiding	0,003	Laag-opgeleiden waarderen hoger dan hoog-opgeleiden. Aangegeven mate van kennis hoger bij hoog-opgeleiden.
Contacthistorie met HAP	0,000	De waardering ligt hoger wanneer het contact recent is.
Wijze van contact	0,000	Geen contact scoort significant lager, er is geen verschil aangetoond tussen de verschillende soorten contact.
Frequentie van contact met HAP	0,000	Patiënten zonder contacthistorie met de HAP waarderen lager dan patiënten die wel ervaring met de HAP hebben. Het algeheel imago bij patiënten die nooit contact hebben gehad is lager.
Verandering beeld na laatste contact	0,000	Positieve verandering komt vooral door de persoonlijke omgang. Een negatieve verandering komt vooral door een slechte ervaring met de werkwijze.
Frequentie contact met eigen huisarts	0,015	Veel contact met de eigen huisarts geeft een lagere waardering voor de HAP en SEH. Mogelijk veroorzaakt door een persoonlijke relatie/vertrouwensband met de eigen huisarts, waardoor de HAP/SEH als onpersoonlijk worden beschouwd.

Tabel 5.3 significante verbanden

Het meest opvallende resultaat is dat er geen verschillen zijn aangetoond tussen de verschillende contactvormen. Dit betekent dat de beoordeling van het imago en de verschillende onderdelen hiervan niet significant verschillen bij telefonisch contact, een bezoek aan een post of een visite. Daarnaast komt duidelijk naar voren dat respondenten zonder ervaring met de huisartsenpost een significant lagere beoordeling geven.

5.3 Factor analyse

Nu de resultaten per origineel construct zijn toegelicht, wordt door middel van een factoranalyse gekeken of er binnen de vragenlijst onderliggende gemeenschappelijke factoren te identificeren zijn, waardoor de afzonderlijke items op een andere manier samen te voegen zijn waardoor zij beter in staat zijn het imago te verklaren. In dit onderzoek is de factoranalyse uitgevoerd volgens de *principal components*-methode. Met een KMO van 0,893 (minimaal 0,60) een Barlett's Test of Sphericity met significantie van 0,000 voldoet de data van dit onderzoek aan de vereisten voor het uitvoeren van een factor analyse. Voorts is aangehouden dat factoren met een eigenwaarde van 1 of hoger worden behouden (Kaiser, 1960).

Rotated Component Matrix^a

	Items	Factor						
		1	2	3	4	5	6	7
1	De HAP informeert patiënten regelmatig	,050	,090	-,010	,867	,071	,001	-,016
1	Mijn huisarts informeert over HAP	,001	,063	-,063	,841	-,017	,088	-,054
1	Ik ben goed op de hoogte van de werkwijze	,211	,067	,011	,310	,171	,717	-,047
1	Ik weet NIET zo goed waarvoor wel/niet HAP	-,018	,071	,152	-,097	-,056	,838	,112
2	De HAP is in staat patiënten gerust te stellen	,518	,465	,040	-,018	,244	-,019	-,111
2	De HAP gaat zorgvuldig om met probleem van patient	,629	,364	,037	-,124	,200	,098	-,154
2	De HAP is in staat direct de juiste beslissing te nemen	,444	,600	,008	,073	,157	,073	-,119
2	De HAP geeft betrouwbare adviezen aan de telefoon	,194	,735	-,077	-,008	,263	,038	,126
2	De telefonistes van de HAP zijn deskundig	,225	,690	,088	,043	,186	,021	,236
2	Ik heb vertrouwen in de HAP	,505	,603	,116	-,049	,194	,210	-,123
2	De HAP heeft een goede reputatie	,354	,612	,179	,121	,139	,040	-,125
3	De HAP is telefonisch goed bereikbaar	,165	,283	,151	-,034	-,001	,045	,719
3	Er bestaat een drempel bij het contact opnemen/bezoeken van de HAP	,006	,011	,645	,016	,193	,192	,287
3	De HAP is accuraat in de zorgverlening	,594	,412	,023	,019	,050	,058	,234
3	Bij de HAP kun je terecht voor vlote zorgverlening zonder wachttijd	,225	,571	,191	,150	-,179	,029	,119
3	De HAP geeft het gevoel welkom te zijn als patient	,420	,509	,348	,125	-,010	,000	,229
4	De mw van de HAP zijn vriendelijk en beleefd	,586	,294	,159	-,051	-,086	,147	,223
4	De HAP neemt de tijd voor de problemen van de patient	,792	,133	,172	,021	,014	,102	,083
4	De HAP is bereidwillig om in te gaan op vragen en zorgen	,809	,207	,029	,111	-,024	,107	,074
4	De HAP toont begrip voor persoonlijke situaties	,797	,199	,040	,060	,076	-,013	-,055
4	De HAP maakt individuele afwegingen per patient	,776	,075	,047	,066	,050	-,129	,032
4	De HAP heeft het beste voor met de patient	,766	,221	,119	-,042	-,033	,049	,111
5	Ik ga net zo makkelijk naar de HAP als naar mijn eigen huisarts	,161	,235	,769	-,015	-,008	,063	-,103
5	Ik wacht liever tot mijn eigen huisarts weer beschikbaar is dan naar HAP	,172	,007	,759	-,111	,226	-,011	-,028
5	Ik heb een voorkeur voor de HAP boven het spreekuur van mijn eigen huisarts	-,021	,348	,340	,165	-,309	-,069	-,521
5	Ik heb een positiever beeld van de Eerste Hulp dan van de HAP	,077	,195	,145	-,023	,749	,136	,030
5	Bij een spoedgeval ga ik liever naar de Eerste Hulp dan naar de HAP	,025	,176	,179	,104	,743	-,063	,060

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 9 iterations.

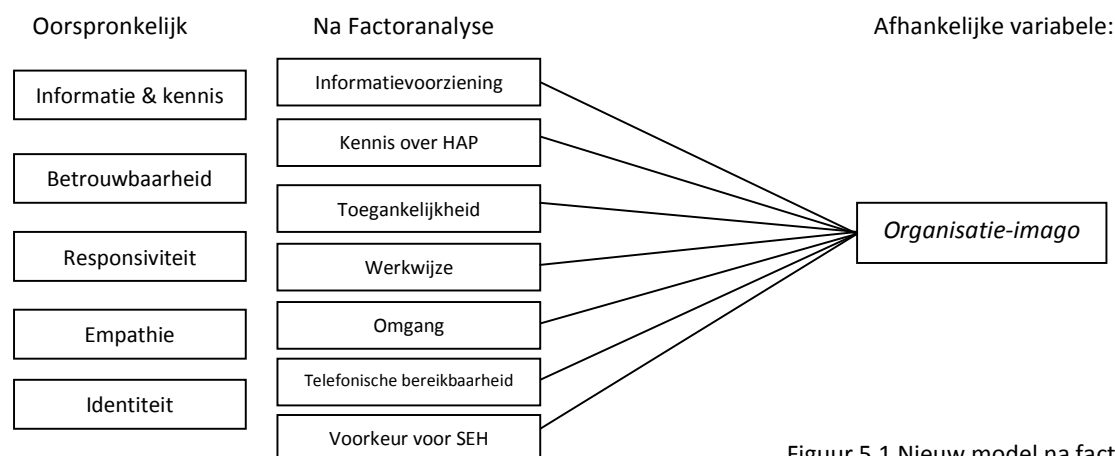
Tabel 5.4 Factor analyse

De resultaten van de factor analyse tonen aan dat zeven componenten een eigenwaarde van 1 of hoger hebben. Deze zeven componenten verklaren 64,78 % van de variantie. Op basis van de *rotated component matrix* (tabel 5.4) is bepaald hoe de items over de factoren verdeeld kunnen worden. Hierbij is ieder item toegevoegd aan de factor waarbij de score het hoogste is. Tabel 5.4 geeft deze verdeling weer, waarbij in de eerste kolom de oorspronkelijke samenstelling per construct is aangegeven. De interpretatie is weergegeven in tabel 5.5, met bijbehorende Cronbach's Alpha's, met wederom 0,60 als minimum.

Factor	Interpretatie	Aantal items	Cronbach's alpha
1	<i>Omgang</i>	9	0,905
2	<i>Werkwijze</i>	8	0,833
3	<i>Toegankelijkheid</i>	3	0,652
4	<i>Informatievoorziening</i>	2	0,744
5	<i>Voorkeur voor SEH</i>	2	0,639
6	<i>Kennis over HAP</i>	1	nvt
7	<i>Telefonische bereikbaarheid</i>	1	nvt
	<i>Imago (y)</i>	2	0,785

Tabel 5.5 Interpretatie factoranalyse

De factoranalyse laat een redelijke mate van overeenkomst zien met deze oorspronkelijke constructen, zo bestaat de eerste factor uit het volledige construct *Empathie*, aangevuld met items uit andere constructen die ook betrekking hebben op de omgang tussen de Huisartsenpost en de patiënt. In verband met een te lage alpha bij de factor *kennis* is enkel het item gehandhaafd met de hoogste factorscore. Bij de y -variabele *Imago* is het laatste item niet opgenomen omdat uit de beschrijvende statistieken is gebleken dat deze vraag in meerderheid met 3 is ingevuld en hiermee weinig informatief is. Ten opzichte van het originele conceptuele model, geeft deze factor-analyse nu het volgende beeld (figuur 5.1):



Figuur 5.1 Nieuw model na factoranalyse

5.4 Regressieanalyse

De uitkomst van de factoranalyse is gebruikt als input voor de regressie-analyse. Hiermee wordt getoetst in hoeverre het nieuwe model dat nu ontstaan is het imago verklaart (R^2) en welke factoren een significante invloed hierop hebben. De resultaten van de regressieanalyse laten een R^2 zien van 0,559, wat neerkomt op een verklarende kracht van het model van bijna 56 procent. Dit is een acceptabele waarde aangezien een model nooit voor 100 procent kan verklaren omdat bijvoorbeeld ook persoonlijke achtergronden een rol spelen die niet te verwerken zijn in een model. Voorts is tevens getoetst of er sprake is van multicollineariteit (een sterke samenhang tussen de onafhankelijke variabelen), waarvan sprake is bij een VIF-score hoger dan 10 (Hair et al., 1998). Geen van de scores is hoger dan 10 waarmee wordt aangenomen dat er geen sprake is van multicollineariteit.

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	-,675	,235		-2,867	,004		
F1_omgang	,549	,073	,414	7,543	,000	,491	2,036
F2_werkwijze	,322	,073	,256	4,425	,000	,442	2,264
F3_toegang	,069	,037	,079	1,857	,064	,819	1,221
F4_informatie	,100	,038	,105	2,635	,009	,934	1,071
F5_SEH	,043	,036	,049	1,178	,240	,858	1,165
F6_kennis	,082	,028	,113	2,885	,004	,963	1,039
F7_tel_bereik	,084	,038	,092	2,213	,028	,854	1,172

Tabel 5.6 Regressie analyse

De overige resultaten laten zien dat vijf van de zeven variabelen een significante invloed ($<0,05$) hebben op het imago. De derde variabele *Toegankelijkheid* heeft een significantie van 0,064 en voldoet hiermee niet aan de eis van 0,05 of lager. Echter is het mogelijk dat bij een grotere steekproef deze variabele wel significant is, waardoor dit gekenmerkt kan worden als trend. Een andere verklaring kan gezocht worden in het feit dat een deel van de respons is verkregen bij de huisarts zelf, waardoor bij de respondenten op het moment van invullen, het beeld en associatief netwerk rondom de huisarts een dominantere positie inneemt in het brein van de patiënt. De vijfde variabele met betrekking tot de voorkeur voor de Eerste Hulp van het ziekenhuis is niet van significante invloed op het imago. Dit is geen verassend resultaat aangezien de antwoorden op deze vragen erg afhankelijk zijn van de persoonlijke interpretatie van wat 'spoed' inhoudt. Eerdere onderzoeken hebben reeds aangetoond dat patiënten geen goede inschatting kunnen maken wat spoedeisend is. Hier zal in het volgende hoofdstuk op terug worden gekomen bij de conclusies en aanbevelingen.

5.5 Clusteranalyse

Als volgende stap in de data-analyse is getracht, door middel van clusteranalyse, te achterhalen of op basis van de gegeven antwoorden, subgroepen te identificeren zijn. In dit onderzoek is een hiërarchische clusteranalyse uitgevoerd volgens respectievelijk *Ward's method*, *Between-Groups linkage* en *Within-Groups linkage*. Door meerdere methodes toe te passen, en de resultaten te vergelijken ontstaat een meer betrouwbare uitkomst voor wat betreft het aantal clusters. Zowel via Ward's method als de Between-Groups linkage konden drie clusters worden samengesteld. De methode Within-Groups linkage was niet in staat meerdere clusters samen te stellen. Vervolgens is door middel van de *k-means* clustertechniek het clusterlidmaatschap per item vastgesteld.

Een analyse van clusterlidmaatschap per case en enkel demografische variabelen (zoals leeftijd en geslacht) door middel van chi-kwadraattoetsen leverde geen significante verbanden op. Dit betekent dat de clusters niet op basis van alleen de demografische variabelen in te delen zijn. Als wordt gekeken naar de clustermeans in

Factor	Cluster		
	1	2	3
F1_omgang	3,15	3,90	4,00
F2_werkwijze	2,49	3,35	3,47
F3_toegang	2,23	3,23	2,95
F4_informatie	2,31	2,45	2,76
F5_SEH	2,09	2,97	2,79
F6_kennis	2,98	4,18	2,27
F7_tel_bereik	3,14	3,98	4,00
Y_Imago	2,69	3,86	3,85

Tabel 5.7 Gemiddelden per cluster

combinatie met de contacthistorie met de huisartsenpost blijkt dat cluster 1 vooral bestaat uit respondenten die geen ervaring met de huisartsenpost hebben (getoetst met een significantie $< 0,05$). Dit cluster heeft op de meeste factoren de laagste score. Net als reeds gebleken is uit de beschrijvende statistieken (paragraaf 5.2), kan hieruit worden afgeleid dat patiënten die geen contact hebben met de huisartsenpost er een negatiever beeld van hebben. Omgekeerd betekent dit dat ervaring met de huisartsenpost een positieve invloed heeft op het imago. Clusters 2 en 3 hebben een vrijwel gelijk algeheel imago (3,86 en 3,85). Cluster 2 scoort significant hoger op *toegankelijkeheid*, *SEH* en *kennis*. De combinatie van de scores op deze factoren maakt dat dit cluster omschreven kan worden als *Resultaatgericht*. Ondanks dat het derde cluster wat betreft imago nauwelijks afwijkt van het tweede cluster, laat het significante verschillen zien op de factoren *omgang*, *werkwijze*, *informatie* en *kennis*. Daarnaast blijkt dat dit cluster is samengesteld uit een groter deel lager-opgeleiden en ouderen. Deze

clustereigenschappen lijken te omschrijven als een voorkeur voor een *persoonsgerichte* benadering. Tabel 5.8 geeft een overzicht van de interpretaties van de clusterprofielen.

Cluster	Profiel	Interpretatie
1	Geen ervaring	Beoordelen alle factoren laag, hebben een negatief imago
2	Resultaatgericht	Nadruk op kennis over HAP en toegankelijkheid, hoogste voorkeur voor SEH
3	Persoonsgericht	Nadruk om de factoren met betrekking tot persoonlijke omgang

Tabel 5.8 Profielen per cluster

Hieruit valt echter wel af te leiden dat de hier vastgestelde clusters alleen dienen ter verklaring van in dit onderzoek gevonden verschillen. Doordat de clusters niet specifiek in te delen zijn naar geslacht, leeftijd of regio is het niet mogelijk bij eventuele communicatie-uitingen expliciet te richten op een van deze clusters. Het feit of een patiënt wel of geen ervaring heeft met de huisartsenpost is bijvoorbeeld geen variabele waar vooraf mensen op te selecteren zijn.

5.6 Performance-importance

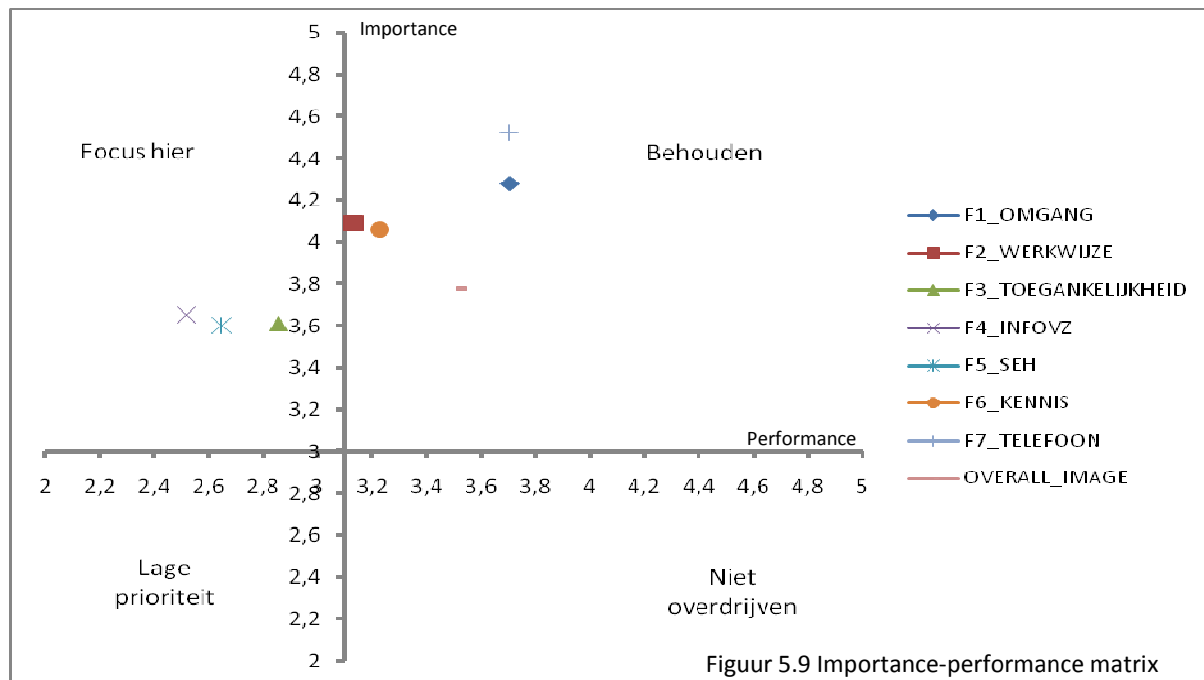
Naast de beoordeling van de items in de vorm van *eens* en *oneens*, is in de vragenlijst ook gevraagd naar het belang dat de respondent aan het betreffende onderwerp hecht. Hierdoor zijn twee scores per item verkregen; *importance* en *performance*. Door deze twee scores met elkaar te kruisen in een Importance-Performance analyse kan achterhaald worden welke eigenschappen het meeste aandacht verdienen. Oorspronkelijk is deze methode ontwikkeld voor klanttevredenheid (Martilla & James, 1977), maar zoals in het vooronderzoek al is gebleken met het Servqual-model, is dit nauw verbonden met imago-onderzoek. De uitkomst van de importance-performance analyse is een matrix met op de y-as de importance-score en op de x-as de performance score. Hierdoor ontstaan vier kwadranten, zoals omschreven in tabel 5.8.

1. Behouden; een hoge performance en importance score
2. Focus hier; een hoge importance en lage performance score
3. Niet overdrijven; een lage importance en hoge performance score
4. Lage prioriteit; een lage importance en lage performance score

Tabel 5.8 Importance-performance

In het algemeen worden de gemiddelde scores aangehouden als snijpunten op de twee assen (Martilla & James, 1977). Echter komt in dit onderzoek de gemiddelde importance-score uit op 3,9 en 3,4 als laagste waarde (op een vijfpuntsschaal). Dit betekent dat alle eigenschappen als

belangrijk worden ervaren. Als cutoff-waarde voor de importance-as zal daarom 3 worden aangehouden omdat anders eigenschappen onterecht als niet-belangrijk worden beschouwd. Voor de performance-as zal wel de gemiddelde waarde als cutoff worden aangehouden.



De analyse levert een grafische weergave op zoals in figuur 5.9. Hieruit blijken *Informatievoorziening* en *toegankelijkheid* de belangrijkste aandachtspunten. Ook de voorkeur voor de SEH valt in het kwadrant *focus hier*. De verwachting is echter dat deze vooral wordt bepaald door de individuele interpretatie van het begrip ‘spoed’. Daarnaast is het doel van een huisartsenpost ook niet om zich af te zetten tegen een instituut als de Eerste hulp.

Werkwijze bevindt zich dicht op de y-as, wat kan betekenen dat bij een grotere steekproefomvang, deze eigenschap in kwadrant *focus hier* terecht komt. Bij de factor *kennis* is een vergelijkbare kanttekening te maken als bij SEH, de vraag mag gesteld worden in hoeverre dit een reële weergave is van de werkelijkheid omdat de gepercipieerde kennis bij de patiënt anders is dan de feitelijke kennis. Patienten geven aan goed op de hoogte te zijn van de de werkwijze en doel van de huisartsenpost, uit de praktijk blijkt dat dit echter niet het geval is. De *telefonische bereikbaarheid* is de belangrijkste eigenschap gevolgd door de omgang. Beide eigenschappen scoren ook het hoogste op de performance-as, dus is het belangrijk deze eigenschappen te behouden.

5.7 Kwalitatieve resultaten

Als afsluiter van de vragenlijst is een open vraag opgenomen. Veel respondenten hebben gebruik gemaakt van de mogelijkheid hier een extra toelichting te geven over het beeld dat zij hebben van de huisartsenpost (183 uit 343; 53,4 %). De informatie die hieruit naar voren komt is kwalitatief van aard en geeft meer inzicht bij de gegeven antwoorden. Er is een onderscheid te maken tussen vier soorten antwoorden, die weergegeven worden in tabel 5.10. Een overzicht van alle gegeven antwoorden is opgenomen in Bijlage 5.

	Meest voorkomende omschrijvingen	Aantal
<i>Positief</i>	Indien nodig, goed dat ze er zijn Er wordt geen risico genomen met kinderen Positieve ervaring met behandeling Gerustgesteld, vriendelijk en zorgvuldig	76
<i>Negatief</i>	Telefonische bereikbaarheid Foute diagnose Wachttijd Bereikbaarheid van de post, met name voor ouderen	70
<i>Wisselend</i>	Zowel goede als slechte ervaring Persoonlijke goede ervaring, maar hoor slechte verhalen uit omgeving	11
<i>Neutraal</i>	Geen ervaring, geen goed beeld van de huisartsenpost vanwege gebrek aan ervaring	34

Tabel 5.10 Kwalitatieve respons

De gegeven toelichtingen benadrukken dat een positief imago sterk wordt beïnvloedt door een positieve omgang tussen medewerkers van de huisartsenpost en de patiënt. Een negatief imago wordt in de open vraag vaak toegeschreven aan een foute diagnose of lange wachttijd. Hierbij worden negatieve ervaringen tot langer geleden nog genoemd als verklaring voor een negatief imago. Genoemde positieve ervaring zijn vaak recenter. Dit geeft aan dat negatieve ervaringen veel langer bijblijven en meer impact maken dan een positieve ervaring. Daarnaast geeft een deel van de respondenten zonder ervaring met de huisartsenpost aan, dat het hierdoor geen goed beeld heeft van de huisartsenpost. Deze groep ontbreekt het dus ook aan betrokkenheid om toch een beeld te vormen van de huisartsenpost. Opvallend is dat veel negatieve opmerkingen zijn gemaakt over de telefonische bereikbaarheid terwijl deze in de voorgaande analyse een goede performance-score behaalde. Een mogelijke verklaring hiervoor ligt in het feit dat dit gezien kan worden als *dissatisfier*. Goede telefonische bereikbaarheid verbetert het imago niet, maar slechte bereikbaarheid levert daarentegen wel een slechter imago op. In het volgende hoofdstuk zullen de resultaten uit dit hoofdstuk gecombineerd om een totaal overzicht te geven van de conclusies en aanbevelingen.

Hoofdstuk 6 Conclusie en aanbevelingen

Dit hoofdstuk vormt het sluitstuk van het onderzoek. Allereerst zullen in de discussie de onderzoeksresultaten naast de vooraf opgestelde verwachtingen en eerder verrichte onderzoeken worden gelegd. Hierbij wordt ook teruggekeken naar de academische relevantie zoals die in hoofdstuk 1 is beschreven. Hierna volgt in paragraaf 6.2 de conclusie van het onderzoek. Deze wordt gevormd door het antwoord op de probleemstelling. Vanuit de conclusie volgen de aanbevelingen, welke zijn onder te verdelen in managementaanbevelingen en aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Tot slot komen ook de beperkingen het onderzoek aan bod.

6.1 Discussie

Op basis van gesprekken met betrokkenen, vooronderzoek en het inlezen in de materie waren vooraf de verwachtingen ten aanzien van het onderzoek als volgt:

- Een relatief negatief imago vast te stellen;
- Een verschil aan te tonen tussen patiënten met enkel telefonisch contact en patiënten die een post bezocht hebben;
- Een redelijke mate van betrokken waarbij ook patiënten zonder ervaring een duidelijk beeld van de huisartsenpost hebben.

De uitkomsten van het onderzoek laten verschillen zien ten opzichte van deze verwachtingen. Wellicht is ten onrechte vooraf aangenomen dat de negatieve signalen die naar voren zijn gekomen uit de publieke opinie, een representatieve afspiegeling vormen van het beeld dat de populatie heeft van de huisartsenpost. De relatief positieve resultaten van dit onderzoek volgen in grote lijnen het beeld dat naar voren is gekomen bij eerdere patiënttevredenheidsonderzoeken. Hier is namelijk al vastgesteld dat patiënten positief tot zeer positief oordelen over de ontvangen zorg op huisartsenposten (Giesen, 2007; 2004, Moll van Chantare et al., 2006).

Een duidelijk negatiever beeld bij patiënten die enkel telefonisch contact hebben gehad (advies) is, tegen de verwachting in, niet aangetoond. Uit enkele vragenlijsten viel wel op te maken dat er patiënten zijn die het hebben van alleen telefonisch contact niet zien als ervaring met de

huisartsenpost. Dit kan betekenen dat telefonisch advies niet als zodanig ervaren wordt. Wel is duidelijk geworden dat het telefonisch contact als drempel wordt gezien. Een telefonisch advies, wordt gezien als afhouden wanneer de verwachting bij het bellen is om een afspraak te maken.

Patiënten zonder ervaring met de huisartsenpost geven aan niet goed in staat te zijn een beeld te vormen van de huisartsenpost, waarbij de waarderingen die gegeven worden aan de verschillende onderdelen, significant negatiever zijn in vergelijking met patiënten die wel ervaring met de huisartsenpost hebben. De betrokkenheid bij de huisartsenpost lijkt dus pas toe te nemen vanaf het moment dat de patiënt deze daadwerkelijk nodig heeft.

Naast de verwachtingen vooraf, ligt de academische relevantie van dit onderzoek in de aanvulling op de eerder uitgevoerde patiënttevredenheidsonderzoeken. De daarbij vastgestelde, beperkte spoedbeleving bij patiënten, kan door dit onderzoek vanuit een ander oogpunt belicht worden. De resultaten van het onderzoek laten zien dat de beoordeling door de patiënten van de informatievoorziening over de huisartsenpost laag is. Daarentegen geven respondenten aan wel goed op de hoogte te zijn van de werkwijze en doel van de huisartsenpost. Dit is tegenstrijdig omdat verwacht mag worden als de informatievoorziening vanuit de bron slecht is, de kennis hierover ook laag is. De aangegeven mate van kennis zou moeten betekenen dat men wel goed een inschatting kan maken wat wel en wat niet thuishoort op de huisartsenpost. Dit blijkt in de praktijk vaak niet het geval. Hierdoor heeft dit onderzoek waarschijnlijk een gap blootgelegd tussen de visie vanuit de huisartsenpost (*'gebrek aan spoedbeleving bij de patiënt'*) en de perceptie bij de patiënt (*'ben voldoende op de hoogte van het doel van de huisartsenpost'*). Hiervoor zijn twee verklaringen mogelijk. Een eerste verklaring is dat mensen, in een enquête, liever niet van zichzelf toegeven iets niet te weten of niet te beheersen. Een tweede verklaring kan zijn dat patiënten oprecht denken te weten wat spoed is (en dus thuishoort op de huisartsenpost). Doordat de grote meerderheid van de patiënten niet in staat de medische afweging te maken wat spoed is en welke behandeling, medisch gezien, vereist is, kan betekenen dat patiënten met een andere verwachting contact opnemen dan waarvoor de huisartsenpost daadwerkelijk bedoeld is. Doordat de verwachtingen

niet overeenkomen met de werkelijkheid is een patiënt ook eerder ontevreden, ook al is deze correct behandeld en/of te woord gestaan.

6.2 Conclusie

De eindconclusie van het onderzoek vormt het antwoord op de onderzoeksvraag:

Wat is het imago van Huisartsenposten HOV onder de bevolking in het verzorgingsgebied van de organisatie?

Het antwoord hierop is dat het imago over het algemeen licht positief is. Er zijn zowel positieve als negatieve uitschieters. De omschrijving 'licht positief' komt voort uit het feit dat de gemiddelde waarden voor het imago omgerekend naar een tien-puntsschaal ongeveer uitkomen rond een zeven. Dit is een positieve uitkomst, echter dient hier niet de conclusie aan verbonden te worden dat het imago goed is. Een zeven is een vrij standaard uitkomst bij onderzoeken waarbij de betrokkenheid gemiddeld tot laag is. Een tweede belangrijke uitkomst is het feit dat de gevonden resultaten vrij consistent zijn onder de verschillende demografische groepen die zijn opgenomen in het onderzoek.

Het toegepaste model heeft zich bruikbaar getoond voor het vaststellen van imago in de gezondheidssector met een R^2 van bijna 56 procent en een significante invloed van vijf van de zeven opgenomen variabelen. De grootste invloed op het imago heeft de persoonlijke omgang tussen de medewerkers en artsen met de patiënt. Dit bestaat vooral uit het geruststellen, vriendelijk en beleefd zijn, begrip tonen en individuele aandacht aan patiënten geven. Pas op de tweede plaats komt de invloed van de feitelijke dienstverlening (werkwijze); deskundigheid, betrouwbaarheid, korte wachttijden. Het kruisen van de gevonden waarden voor *importance* en *performance* heeft drie aandachtspunten opgeleverd. Eén daarvan is de toegankelijkheid, patiënten ervaren veelal een drempel om contact op te nemen met de huisartsenpost en hebben een duidelijke voorkeur voor de eigen huisarts. De twee andere onderwerpen houden verband met elkaar; de informatievoorziening en de voorkeur bij een spoedgeval voor de Eerste Hulp. De informatievoorziening over het doel en werkwijze van de huisartsenpost wordt laag, maar wel als een belangrijk aspect beoordeeld. De matige informatievoorziening is er mogelijk debet aan dat een groot deel van de populatie ten onrechte denkt goed op de hoogte te zijn van het doel en werkwijze van de huisartsenpost, terwijl dit niet het geval is.

Bij respondenten met een negatief imago is gebleken dat deze vaak is veroorzaakt door een negatieve ervaring op het gebied van behandeling of diagnose uit het verleden, waarbij de negatieve ervaringen tot langer geleden genoemd worden als oorzaak voor een negatief imago dan andersom. Een verklaring hiervoor kan gezocht worden in de prospecttheorie van Kahneman & Tversky (1979). Deze theorie gaat er vanuit dat negatieve afwijkingen ten opzichte van een referentiepunt een grotere impact heeft dan een positieve afwijking van gelijke grootte. Zo zijn bij de open vraag in de vragenlijst als verklaring voor een negatief beeld, ervaringen uit 2003 gemeld, terwijl een positieve ervaring morgen vergeten is of meer normaal gevonden wordt. Het referentiepunt kan gezien worden als de verwachting van de patiënt en heeft weer alles te maken met het aspect van informatievoorziening.

6.3 Aanbevelingen

Aanbevelingen zijn er op twee gebieden. Ten eerste zijn er aanbevelingen op managementniveau ten aanzien van het imago. Daarnaast zijn er aanbevelingen te geven ten aanzien van vervolgonderzoek. Hierbij komen ook de beperkingen van dit onderzoek aan bod.

6.3.1 Managementaanbevelingen

Zoals het voorgaande reeds heeft duidelijke gemaakt ligt er een belangrijk aandachtspunt bij de informatievoorziening; dit om ervoor te zorgen dat het verwachtingspatroon bij de patiënt zo reëel mogelijk is. Het betrekken van de huisartsen hierbij is belangrijk. Eenmalige publiekscampagnes lijken te weinig impact te hebben omdat de gemiddelde contactfrequentie tussen patiënt en huisartsenpost erg laag is, en de betrokkenheid bij de huisartsenpost pas toeneemt vanaf het moment dat een patiënt er contact mee heeft. Op het moment dat de huisartsenpost geen prominente rol speelt in het geheugen van de patiënt zal een boodschap van een publiekscampagne ook weinig impact hebben. De lange termijneffecten tot het moment waarop een patiënt wel een beroep moet doen op de huisartsenpost, zullen waarschijnlijk verwaarloosbaar zijn. Een beter alternatief is een constante informatievoorziening via de aangesloten huisartsen, maar ook op de posten zelf kan hieraan aandacht besteed worden. De wachtkamer van de huisartsenpost kan voorzien worden van de tekst: *Dit is de huisartsenpost en dit kunt u van ons verwachten...* . Op het moment van hoge betrokkenheid kan de patiënt direct de vergelijking maken met de eigen situatie en de afweging

maken of er overeenstemming is tussen de verwachting en de werkelijkheid. De huisarts kan een rol spelen door duidelijk(-er) te maken dat hij deel uitmaakt van de huisartsenpost en het een voorziening is die de huisarts zelf treft voor zijn patiënten in de avonden en weekenden. Dit maakt dat de huisartsenpost dichterbij de eigen huisarts komt te staan, in plaats van dat het gezien wordt als onafhankelijke organisatie. Hierdoor kan de voorkeur voor de eigen huisarts worden overgedragen op HOV.

Voor de lange termijn mag de vraag gesteld worden of het gerechtvaardigd is om de afweging waar een patiënt in geval van (gepercipieerde) spoed naar toe moet (huisartsenpost of eerste hulp), aan de patiënt te laten. Een ontwikkeling die in bepaalde regio's al gaande is en ook door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) wordt gesteund is de samenvoeging van de SEH met de huisartsenpost. Hierbij moet ook de functie van het telefonische contact tegen het licht gehouden worden. Veel contact komt voort uit ongerustheid en het oprechte idee van de patiënt dat het met een spoedeisende klacht te maken heeft. Bij het telefonisch contact ligt momenteel de nadruk op de beoordeling of een bezoek aan de post of visite thuis gerechtvaardigd is of dat kan worden volstaan met een telefonisch advies. Dit kan betekenen dat patiënten het telefoonnummer alleen bellen wanneer zij al vinden dat ze langs moeten komen op de post. Telefonisch contact kan, naast het beoordelen van de mate van spoed, ook met name gericht zijn op het wegnemen van onrust in plaats van het beoordelen van de mate van spoed. Om dit te bereiken kan bijvoorbeeld een aparte advieslijn gestart worden, waarbij patiënten een expliciete mogelijkheid wordt geboden om enkel telefonisch advies in te winnen, vergelijkbaar met een telefonisch spreekuur van de reguliere huisarts. Een tweede lijn kan dienen voor het maken van een afspraak op de post of visite, waarbij de voordelen van eerst telefonisch contact wordt benadrukt, bijvoorbeeld omdat bij een consult op afspraak de wachttijd korter is. Door een advieslijn expliciet als zodanig te positioneren kan de perceptie van de betrouwbaarheid van de adviezen toenemen, alsmede de tevredenheid aangezien patiënten reeds bellen vanuit de verwachting een telefonisch advies te krijgen.

Ter verbetering van het imago valt de meeste winst echter te halen bij de factor *werkwijze*. Aangezien deze factor, na *omgang*, de grootste invloed op het imago heeft. Het is mogelijk als doel te stellen om deze factor op hetzelfde niveau te brengen als de score voor *omgang*. Om dit

te bereiken zal de door de patiënt gepercipieerde betrouwbaarheid en deskundigheid toe moeten nemen. Ook hiervoor is communicatie essentieel, maar gaat het niet om het overbrengen van informatie, maar van vertrouwen. Zoals al eerder beschreven leiden de meeste patiënten hun oordeel over betrouwbaarheid en vertrouwen af aan intrinsieke cues, omdat zij niet in staat zijn om de medische afweging te maken of een advies of diagnose medische gezien juist is. Deze cues kunnen ingezet worden om de perceptie van betrouwbaarheid en deskundigheid te vergroten. Voorbeelden hiervan zijn; de benaming van de doktersassistenten, het aanhebben van een witte jas, certificaten in het zicht van de patient. Ook de locatie kan hieraan bijdragen, een huisartsenpost gevestigd in of bij een ziekenhuis kan al meer vertrouwen en betrouwbaarheid oproepen dan een post op een afzonderlijke locatie. Dit alles kan worden opgenomen in een communicatieplan, waarvoor vervolgonderzoek naar achterliggende motieven en waarden van belang is. De mogelijkheden voor vervolgonderzoek voor zowel HOV als algemeen worden in de volgende paragraaf besproken.

6.3.2 Vervolgonderzoek

Dit eerste imago-onderzoek in de (huisartsen-)zorg opent de weg voor diverse vervolgonderzoeken. Vervolgonderzoek kan zich toespitsen op het blootleggen van achterliggende motieven, gedachten, emoties en waarden. Door middel van kwalitatieve diepte-interviews (laddering) kan het 'waarom' van veel antwoorden achterhaald worden. Tevens kan hiermee worden vastgesteld waar de exacte informatiebehoefte bij de patiënt ligt. Experimenten kunnen worden uitgevoerd om de aanbevelingen te toetsen op effect. Het is interessant om vast te kunnen stellen of een post waarbij alle medewerkers een witte jas aan hebben en certificaten zichtbaar zijn, als betrouwbaarder worden beschouwd dan een post waar dit niet het geval is. Ook kan effect vastgesteld worden van het aanbieden een specifieke advieslijn op de betrouwbaarheid van het gegeven advies.

Om de in dit onderzoek gebruikte methodiek te toetsen op consistentie kunnen gelijksoortige imago-onderzoeken worden uitgevoerd in andere regio's. Dit kan tevens mogelijke landelijke imago-problemen ten aanzien van huisartsenposten blootleggen. De verwachting is niet dat de beeldvorming in andere regio's veel anders zal zijn. In grote lijnen komt landelijk de werkwijze van huisartsenposten overeen en zullen ook de persoonskenmerken overeenkomen. Voor

landelijke organisaties zoals de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), maar ook zorgverzekeraars, is dit interessant om beleid op af te stemmen.

Breder gezien kan een imago-onderzoek interessant zijn voor de gehele gezondheidszorg. Het overheidsbeleid is in steeds grote mate gericht op marktwerking in deze sector; ziekenhuizen worden bedrijven, patiënten worden zorgconsumenten en de transparantie en keuzemogelijkheden nemen toe. Het imago van individuele organisaties maar ook van sectoren binnen de gezondheidszorg, kunnen hierbij van invloed zijn. Inzichten in het imago kunnen ook bijdragen leveren in vraagstukken zoals de toenemende werkdruk in de zorg en de verhoging van de eigen bijdrage door zorgverzekeraars.

6.3.3 *Beperkingen*

Een van de beperkingen van dit onderzoek bestaat uit het feit dat de respons is verkregen uit twee groepen. De eerste groep heeft de vragenlijst ingevuld bij de eigen huisarts, wat mogelijk van invloed is op de voorkeur voor de eigen huisarts. De tweede groep bestaat enkel uit respondenten die korter dan een jaar geleden contact hebben gehad met de huisartsenpost. Hoewel de resultaten tussen beide groep niet significant verschillen, kan er sprake zijn van een storende invloed.

Daarnaast is de verhouding tussen man en vrouw niet gelijk aan de verdeling onder de gebruikers van de huisartsenpost. Echter mag, gezien de resultaten, worden aangenomen dat bij een gelijke verdeling de resultaten ook hetzelfde zouden zijn. In het geval allochtonen is dit niet het geval, het aandeel van allochtonen in de respons is dermate laag dat dit onderzoek geen uitspraak kan doen over deze groep.

Tot slot is er vanwege het feit dat dit het eerst imago-onderzoek is op het gebied van huisartsenposten, geen benchmark. Hierdoor kan de waarde van de uitkomst van dit onderzoek niet gewogen worden in de zin van beter of slechter dan gemiddeld.

Literatuuroverzicht

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Babakus, E. & W.G. Mangold (1992). Adapting the SERVQUAL scale to Hospital Services: an Empirical Investigation. *Health Services Research*, 26 (6), 767-786
- Berg, P.O. (1985). Organizational change as a symbolic transformation process. In: Frost P., *Reframing organizational culture* (pp 281-300). Beverly Hills; Sage.
- Bernstein, D. (1984). *Company image and reality: a critique of corporate communications*. Eastbourne, UK. Holt, Rinehart & Winston.
- Bloom, P.N. & T. Reeve (1990). Transmitting signals to consumers for competitive advantage. *Business Horizons*, 33 (july-august), 58-66
- Bromley, D.B. (2000). Psychological aspects of corporate identity, image and reputation. *Corporate Reputation Review*, 3 (2), 240-252.
- Carroll, A. B. (1999). Corporate social responsibility. *Business and Society*, 38 (3), 268 – 395.
- Deshpande, R. & F.E. Webster Jr. (1989). Organizational culture and Marketing: Defining the Research Agenda. *Journal of Marketing*, 53, 3-15
- Easton, A. (1966). Corporate Style versus Corporate Image. *Journal of Marketing Research*, 3 (2), pg. 168
- Flavian, C, E. Torres & M. Guinaliu (2004). Corporate image measurement. *The International Journal of Bank Marketing*, 22 (4-5), 366
- Fishbein, M. (1967). A behavior theory approach to the relations between beliefs about an object and the attitude toward that object. In: M. Fishbein (ed.), *Readings in attitude theory and measurement*. New York: Wiley, 398-400
- Fishbein, M. & I. Ajzen (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley
- Gardner, B.B. & S.J. Levy (1955). The Product and the Brand. *Harvard Business Review*, 33, 33-9

- Giesen, P. (2007). Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands. Proefschrift, *Radboud Universiteit Nijmegen*
- Giesen P. (2004). Goed bevonden. Patiënten geven huisartsen het rapportcijfer 8. *Medisch Contact*, 59 (17), 672-5.
- Giesen, P., A. Hammink, A. Mulders & A. Oude Bos (2009). Te snel naar de Huisartsenpost. *Medisch Contact*, 64 (6), 239-243
- Gray, E. & L. Smeltzer (1985). Corporate Image, an Integral Part of Strategy. *Sloan Management Review*, Summer, 73-7
- Hair, J.F. (1998). *Multivariate Data Analysis*. Londen: Prentice-Hall International
- Hollender, J. (2004). What matters most: Corporate values and social responsibility. *California Management Review*, 46 (4), 111-119
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 141-151.
- Khaneman, D. & A. Tversky (1979). Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. *Econometrica*, 47, 263-291.
- Keller, K.L. (1993). Conceptualizing, Measuring and Managing Customer-Based Brand Equity. *Journal of Marketing*, 57 (1)
- Kennedy, S.H. (1977). Nurturing corporate image. *European Journal of Marketing*, 11 (3), 120-164
- LeBlanc, G & N. Nguyen (1996). Cues used by customers evaluating corporate image in service firms, an empirical study in financial institutions. *International Journal of Service Industry Management*, 17(2), 44-56
- Lee, H., L.M. Delene & M.A. Bunda (2000). Methods of Measuring Health-Care Service Quality. *Journal of Business Research*, 48, 233-246
- Martilla, J.A., J.C. James (1977). Importance-Performance Analysis. *Journal of Marketing*, 41 (1), 77-79.
- McKinley, R.K. & C. Roberts (2001). Patient satisfaction with out of hours primary medical care. *Qual Health Care*, 10, 23-28

- Moll van Charante, E, P. Giesen, H. Mokkink, F. Oort, R. Grol & N. Klazinga (2006). Patient satisfaction with large-scale out-of-ours primary health care in The Netherlands: development of a postal questionnaire. *Family Practice*, 23, 437-443
- Nguyen, N. (2006). The Perceived Image of Service Cooperations: An Investiagtion in Canada and Mexico. *Corporate Reputation Review*, 9 (1), 62-78
- Parasuraman, A., V.A. Zeithaml & L.L. Berry (1988). SERVQUAL: A Multiple-Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 62 (1), 12-40.
- Poiesz, T.B.C (1989). The Image Concept: Its Place in Consumer Psychology. *Journal of economic psychology*, 10 (4), 457
- Ramsaran-Fowdar, R.R. (2005). Identifying Health Care Quality Attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, 27, 428-443.
- Ramsaran-Fowdar, R.R. (2008). The relative importance of service dimensions in a healthcare setting. *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, 21 (1), 104-126.
- Schrodt, P. (2002). The Relationship between Organizational identification and organizational culture: Employee perceptions of culture and identification in a retail sales organization. *Communication Studies*, 53 (2), 189-202
- Schuler, M. (2004). Management of the Organizational Image: A Method for Organizational Image Configuration. *Corporate Reputation Review*, 7 (1), 37-53
- Sekaran U., (2003). *Research methodes for business: A skill building approach*. New York: John Wiley & Sons Inc
- Silvestro, R. (2005). Applying gap analysis in the health service to inform the service improvement agenda. *The International Journal of Quality & Reliability Management*, 22 (2/3), 215-232
- Solomon, M.R. (2004). *Consumer Behavior, Buying, Having and Being*. New Jersey: Pearson Education
- Schuler, M. (2004). Management of the Organizational Image: A Method for Organizational Image Configuration. *Corporate Reputation Review*, 7 (1), pg. 37
- Tomes, A.E. & S. Chee Peng (1995). Service quality in hospital care: The development of an in-patient questionnaire. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8 (3), 25-33

Tversky, A. & D. Kahneman (1991). Loss Aversion in Riskless Choice: A Reference Dependent Model. *Quarterly Journal of Economics*, 106, 1039-1061

Uden, C.J.T. van, A.J.H.A. Ament, S.O. Hobma, P.J. Zwietering & H.F.J.M. Crebolder (2005). Patients satisfaction with out-of-hours primary care in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 5 (6)

Vereniging Huisartsenposten Nederland (2004). *Huisartsenposten in Nederland, essentiële schakel in de acute zorgketen; toekomstvisie*. Utrecht: VHN

Vereniging Huisartsenposten Nederland (2009). *Werkplan VHN 2009*. Utrecht: VHN

Whetten, D.A., D. Lewis & L.J. Mischel (1992). Towards an integrated model of organizational identity and member commitment. *Academy of Management*, Las Vegas.

Whetten, D.A. & A. Mackey (2002). A Social actor conception of organizational identity and its implications for the study of organizational reputation. *Business society*, 41, 393

Worchester. R.M. (1997). Managing the image of bank: the glue that binds. *International Journal of Bank Marketing*, 15(5), 146-152

Zeithaml, V.A., M.J. Bitner, D.D. Gramler (2005). *Services Marketing*. New York: McGraw-Hill

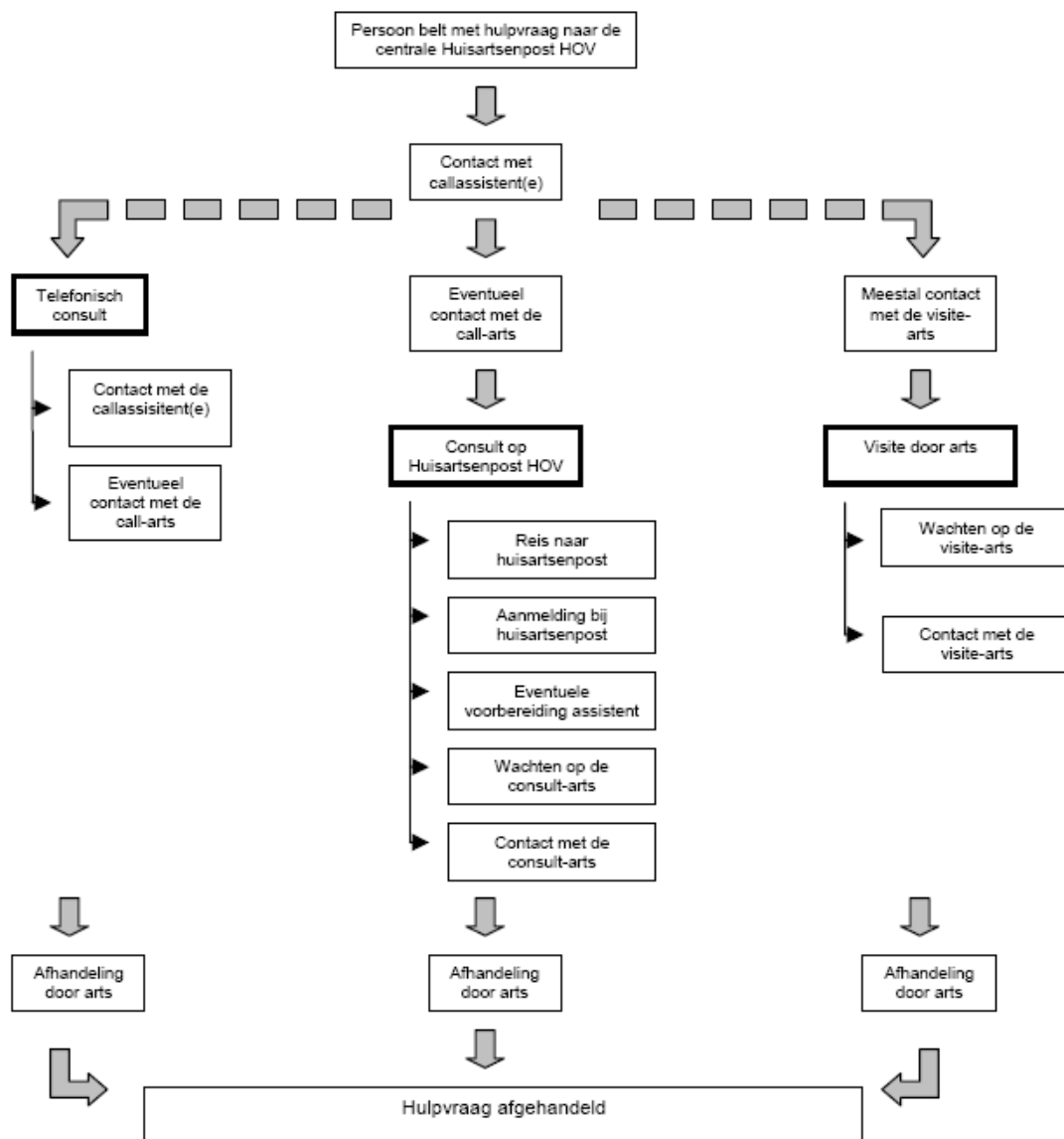
Zins, A.H. (2001). Relative attitudes and commitment in customer loyalty models. *International Journal of Service Industry Management*, 12, 3/4, 269

Bijlagen

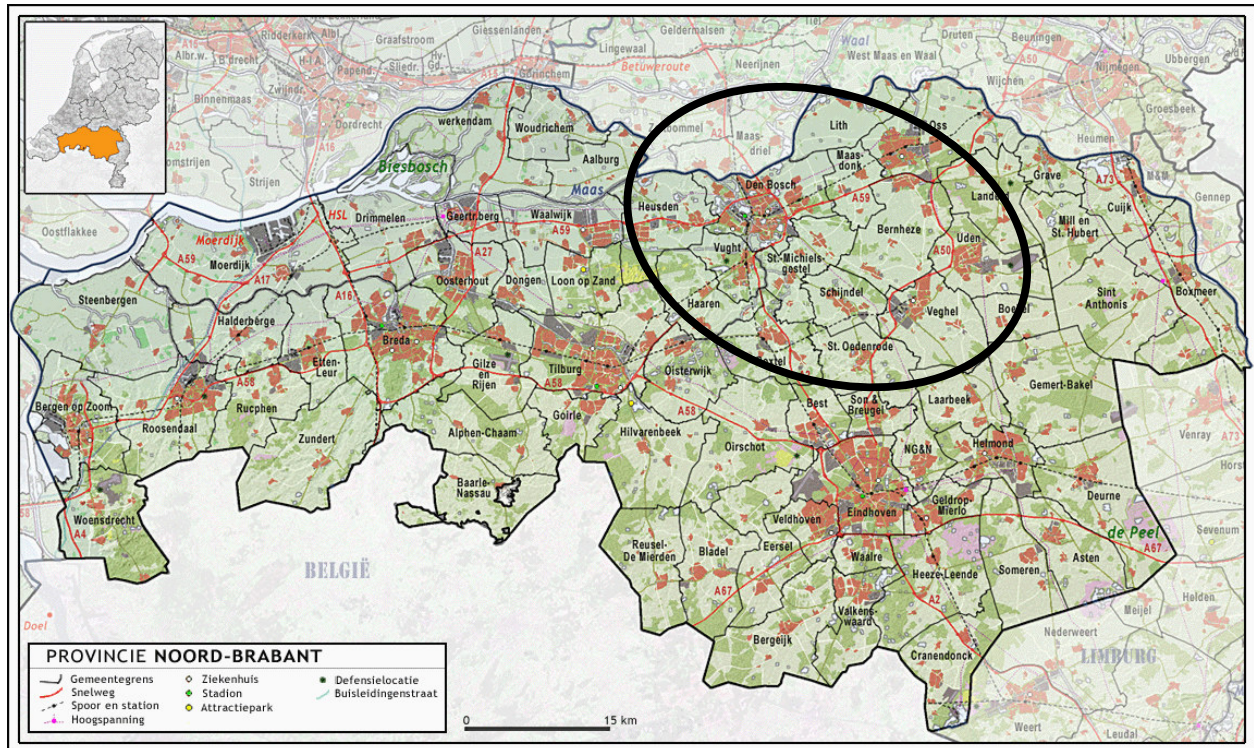
Bijlagen

Bijlage 1 Achtergrond HOV	45
Bijlage 2 Literatuuroverzicht	47
Bijlage 3 Vooronderzoek.....	48
Constructen uit literatuur	48
Constructen uit interviews.....	48
Gespreksverslagen	49
Bijlage 4 Methoden van onderzoek.....	58
Steekproefberekening	58
Vragenlijst	59
Bijlage 5 Resultaten.....	63
Respons.....	63
Beschrijvende statistieken	64
Factor analyse	76
Regressie	77
Clusteranalyse.....	78
Importance-performance	79
Kwalitatieve resultaten	80

Bijlage 1 Achtergrond HOV



Figuur 1.1: Patiëntenstroom



Figuur 1.2: Werkgebied HOV

Bijlage 2 Literatuuroverzicht

Parasuraman et al. (1988) Taylor & Cronin (1994)	Reidenbach & Sandifer-Smallwood (1990)	Carman (1990)	Bowes et al. (1994)	Johnston (1995)	Silvestro (2005)
Tastbaarheden	Hygiëne Aangenaamheid Voorkomen (gebouw) Voorkomen (personeel) Temperatuur	Hygiëne Aantrekkelijkheid Rust omgeving Eenvoudig parkeren		Hygiëne Esthetiek Comfort Functionaliteit	Hygiëne Comfort Functionaliteit
Betrouwbaarheid Responsiviteit	Betrouwbaarheid Responsiviteit Wachttijd Snelheid en gemak (proces)	Betrouwbaarheid Responsiviteit	Betrouwbaarheid Responsiviteit	Betrouwbaarheid Responsiviteit Flexibiliteit	Betrouwbaarheid Responsiviteit Flexibiliteit
Communicatie	Communicatie	Uitleg over procedure/proces	Communicatie	Communicatie	Communicatie
Vertrouwen	Vertrouwen		Integriteit Toewijding		Integriteit
Veiligheid	Veiligheid	Veiligheid Privacy		Veiligheid	Privacy
Competentie	Competentie (staf) Nauwkeurigheid factuur	Kennis staf		Competentie	Competentie
Hoffelijkheid	Hoffelijkheid	Hoffelijkheid Opgewerkt personeel Bezoek goed behandeld	Hoffelijkheid	Hoffelijkheid Vriendelijkheid	Hoffelijkheid
Begrip	Begrip Bezorgdheid	Persoonlijke aandacht	Empathie	Attentheid Zorg	Zorg
Toegankelijkheid	Toegankelijkheid Beschikbaarheid			Toegankelijkheid Beschikbaarheid	Toegankelijkheid Beschikbaarheid

Tabel 2.1 Kwaliteitsdimensies binnen onderzoeken in de gezondheidszorg - Silvestro (2005); vertaling

Bereikbaarheid/ Toegankelijkheid	Betreft zowel de telefonische als fysieke bereikbaarheid en toegankelijkheid van de huisartsenpost.
Contact met assistent/triagist	Attitude/houding van de assistent/triagist, zowel aan de telefoon als op de post. Daarnaast gaat het over de vragen die gesteld worden en het gegeven advies.
Contact met arts	De wachttijd op en behandeling door de arts.
Perceptie van spoed	De door de patiënt ervaren mate van spoed bij zijn/haar hulpvraag.
Wachten	Perceptie van de wachttijd en beoordeling van de wachtruimte
Algehele tevredenheid	De gemiddelde tevredenheid

Tabel 2.2 Factoren uit patiënttevredenheidsonderzoeken huisartsenposten (van Uden et al, 2005; Moll van Charante et al, 2006)

Bijlage 3 Vooronderzoek

Constructen uit literatuur

Theorie	Factoren	Bron
Servqual/kwaliteit	Betrouwbaarheid Responsiviteit / Toegankelijkheid Zekerheid Empathie Tastbaarheden	Parasuraman et al. (1988); Taylor & Cronin (1994); Silvestro (2005); Zeithaml, et al. (2005);
Organisatorisch	Identiteit Waarden/cultuur Openheid Herkenbaarheid Logo	Kennedy, 1977; Deshpande & Webster, 1989; Carroll, 1999; Schrodt, 2002; Nguyen, 2006; Hollender, 2004
Informatie	Kennis over functie HAP Informatiebron	Schuler, 2004

Tabel 3.1: Samenvatting van factoren die van toepassing zijn bij imago-onderzoek uit de literatuur

Constructen uit interviews

Omschrijving	Factoren	Genoemd door
Buiten deur houden	Toegankelijkheid	MT, kwaliteit, cliëntenraad
Niet serieus nemen	Empathie	MT, kwaliteit
(Vertrouwen in) deskundigheid	Betrouwbaarheid	MT, huisartsen, kwaliteit, VHN
Onpersoonlijk en anoniem	Empathie	MT, kwaliteit, assistenten, cliëntenraad, VHN
(Telefonisch) slecht bereikbaar	Toegankelijkheid	Huisartsen, kwaliteit, assistenten, cliëntenraad
Gewenning aan situatie	Informatie	MT, huisartsen, kwaliteit, assistenten, VHN
Werkwijze huisartsenpost	Informatie	Assistenten, Cliëntenraad, VHN
Verskil met eigen huisarts/SEH	Identiteit	MT, huisartsen, kwaliteit, assistenten, VHN
Communicatie naar patienten	Informatie	MT, huisartsen, VHN
Huisartsenpost is duur	Identiteit	Kwaliteit
Maatschappelijke trend	-	VHN, Cliëntenraad

Tabel 3.2: Samenvatting van kwalitatief onderzoek

Gespreksverslagen

Verslag: MT-overleg HOV
Datum: 09-03-2009
Locatie: Backoffice HOV, 's-Hertogenbosch

Besproken is hoe het management team (MT) van Huisartsenpost HOV aankijkt tegen het imago van de organisatie en welke onderwerpen van belang zijn om rekening mee te houden in het onderzoek.

Aangegeven wordt dat de verwachting is dat HOV een groot imago probleem heeft. Dit zou zich vooral uiten in het telefonisch contact, waarbij de perceptie zou zijn dat het call-center ondeskundig is en vooral tracht patiënten buiten de deur te houden. Waarschijnlijk is er een verschil tussen de tevredenheid en het imago. De tevredenheid over met name een consult op de post en een visite is positief. De tevredenheid over telefonisch contact (en advies) is lager en voldoet vaak niet aan de verwachting.

De komst van huisartsenposten vereist dat mensen een omslag hebben moeten maken naar een meer gestructureerde maar ook onpersoonlijkere benadering van huisartsenzorg buiten kantooruren. De huisartsenposten hebben bij het ontstaan weinig aandacht gegeven aan de communicatie naar, en de beeldvorming bij de patiënt over de wijziging.

Factoren die genoemd zijn om rekening mee te houden bij het imago zijn:

- Vertrouwen in goede afhandeling
- Deskundigheid, met name bij het call-center
- Vergelijking tussen huisartsenpost/reguliere huisarts/SEH (verwachting, keuzegedrag, voorkeur)
- Kennis over werking/procedure/doel huisartsenpost
- Kennisoverdracht door huisarts: patiënten leren hoe om te gaan met de HAP
- Ervaring met eigen huisarts (bereikbaarheid) noot: gaat meer richting keuzegedrag

Schattingen op basis van bezoeken aan de huisartsenposten laten zien dat binnen vijf jaar gemiddeld ieder huishouden een ervaring heeft met de huisartsenpost. Dit maakt het mogelijk een willekeurige steekproef te trekken uit het totale adressenbestand. Vervolgens kan binnen deze steekproef segmentatie toegepast worden naar ervaring en historie. De afzonderlijke groep patiënten die geen contact hebben gehad met de posten, ook niet andere personen binnen het huishouden, is hierdoor waarschijnlijk erg klein en niet te identificeren.

Verslag: Bijeenkomst Huisartsen HOV*Brainstorm over werkdruk*

Datum: 10-03-2009

Locatie: Hotel vd. Valk, Vught

Bijeenkomst van de huisartsen aangesloten bij Huisartsenpost HOV om de problematiek van de werkdruk op de HAP's te bespreken en te brainstormen over mogelijke oplossingen.

Belangrijkste aandachtspunten zijn met name de zaterdag en de specifieke groepen kinderen en bejaarden.

Aangegeven wordt dat er verschillen worden ervaren tussen de posten in Den Bosch en Veghel. Hierbij gaat het om verschillen in zowel kwantiteit als kwaliteit. Dit uit zich in de werksfeer op de posten en het aanbod van zorgvragen. Werkdruk op zich kan van invloed zijn op imago.

Het proces op de huisartsenpost kan ingedeeld worden naar vier stappen:

- Instroom
- Triage
- Consult
- Nazorg

Er is behoefte aan meer voorlichting over huisartsenposten. Hierbij zou aandacht moeten worden besteed aan het doel van de HAP en voor welke gevallen de HAP bedoeld is. Dit kan vanuit de huisartsen zelf, de zorgverzekeraars en landelijke organisaties.

De informatievoorziening vanuit de huisartsen zelf over het HAP is beperkt. Aandachtspunten zijn de doorverwijzing via het antwoordapparaat naar de HAP buiten kantooruren, maar ook de opvang van de hulpvragen aan het einde van de werkdag op een uitloopspreekuur. Dit om te voorkomen dat deze mensen direct om 17.00 op de HAP zijn aangewezen.

De deskundigheid van de telefonische triage wordt in twijfel getrokken. Er zou een gebrek zijn aan klinische ervaring. De afhandeling van telefoongesprekken door de triagisten zou in sommige gevallen door een huisarts zelf moeten plaatsvinden. Andere zaken zouden de triagisten juist zelf direct moeten kunnen afhandelen.

Verslag: Commissie kwaliteit
Datum: 30-03-2009
Locatie: Back office HOV, 's-Hertogenbosch

Twee vragen:

- Hoe kijken de commissieleden aan tegen het imago
- Wat is van belang bij het tot standkomen van het imago

Imago bestaat nu uit:

- Patiënten buiten de deur houden, niet serieus nemen.
- Moeilijk om een afspraak te maken, moeilijk om er doorheen te komen, lange wachttijden aan de telefoon.
- Niveau van triagisten/assistenten aan de telefoon, wel verbetering
- Huisartsenpost is duur, geld speelt een rol
- Liever wachten totdat bij de eigen huisarts terecht kan, of juist omgekeerd als de eigen huisarts slecht bereikbaar is.
- Onpersoonlijk en anoniem, het vragen naar NAW-gegevens en verzekering (empathie).
- Imago is slechter geweest dan het nu is.

Opbouw van het imago:

- Er is meer gewenning over de functie en manier van werken van de Huisartsenpost.
- Acceptatie over deze manier van werken, of er bij neergelegd dat het zo is.
- Verandering in gedrag/houding bij begin HAP en nu. Groep die oude situatie heeft meegemaakt en hier tevreden over was ziet het als verslechtering. Jongere groep is niet beter gewend
- Verschil in bejegening tussen telefoon en consult
- Informatievoorziening vanuit huisartsenpraktijk over HAP beperkt.

Bezoek: Huisartsenpost locatie 's-Hertogenbosch

Datum: 30-03-2009

Locatie: Rijnstraat 4, 's-Hertogenbosch

Vershil in beleving bij de baliemedewerkster en de callcenter-medewerkers (triagisten/assistenten).

De balie krijgt ook de maken met binnenlopers zonder afspraak. Dit gaat tegen het proces van het HAP in. Maar het imago van de Huisartsenpost maakt waarschijnlijk dat men niet eerst gaat bellen (lang wachten, wordt afgescheept, ernst wordt niet onderkent). Of men is niet voldoende op de hoogte van de werkwijze van de HAP.

Balie krijgt ook inzicht in de ernst van de klachten. Grotendeels is niet spoedeisend. Daarbij zijn de mensen tegenwoordiger mondiger en brutaler. Er wordt zorg verwacht, want er wordt voor betaald. Patient stelt eisen, ook aan de telefoon.

HAP wordt gezien als overloop van eigen huisarts. Voor veel mensen is de HAP een handiger alternatief voor de eigen huisarts, makkelijkere openingstijden. Gevolg van 24-uurs economie en marktwerking de zorg. Het toenemend patiëntenaantal, waarvan veel niet spoedeisend is, samen met de houding van de patient maakt dat de werkdruk toeneemt en het plezier in het werk afneemt.

Callcenter kan moeilijk ernst van de situatie vaststellen door de telefoon. Het is moeilijk om mensen geen consult te geven als ze er op aandringen. Veel telefoongesprekken achter elkaar. Huidige generatie weet niet hoe het met simpele medische klachten moet omgaan, bellen voor meest onbenullige zaken.

Vinden het moeilijker om het imago te omschrijven.

Verslag: Cliëntenraad
Datum: 08-04-2009
Locatie: Back office HOV, 's-Hertogenbosch

Het doel van de cliëntenraad is de wettelijke vertegenwoordiging van cliënten van HOV als zorginstelling. Belangrijkste doel van de raad is de kwaliteitsbewaking van de organisatie. Hiervoor heeft de raad een periodiek overleg met het management van HOV en voorziet het HOV van advies, vanuit het oogpunt van de cliënten.

Vragen:

Hoe kijkt de cliëntenraad aan tegen het imago van huisartsenposten/HOV?

- De bevolking is onbekend met het systeem van de huisartsenpost (telefonische triage, rol van assistent is urgentiebepaling). (KENNIS)
- Telefoniste wordt gezien als vestiging die genomen moet worden (BEREIKBAARHEID/EMPATHIE)
- Met de eigen huisarts is een vertrouwensrelatie, de HAP is onpersoonlijk (VERSCHIL EIGEN HUISARTS/EMPATHIE)
- Trend van toename gebruik van HAP, dit zorgt voor tegendruk vanuit de triage om consultatie tegen te gaan. Dit merkt de cliënt; alles wat tegengehouden kan worden, wordt tegengehouden.
- De HAP is moeilijk toegankelijk

53

Welke signalen ontvangt de cliëntenraad over het imago vanuit de omgeving?

- Maatschappelijke verandering: 24-uurs zorg, client wenst zelf moment van zorg te bepalen. Uit de gedachte dat men er ook voor betaald.
- Ouderen (groep 75+) begrijpen triage niet. Hebben nog steeds moeite met de overgang van oude situatie naar HAP. Ervaren een drempel om te bellen, hebben moeite met de gegevens die als eerste gevraagd worden (BSN, verzekering).
- Er zou meer openheid moeten zijn in de termen/systeem/werking van een huisartsenpost.
- Het voordeel van het systeem van telefonische triage is niet bekend. Patient ervaart het niet als voordeel om eerst telefonisch een afspraak te maken.

Wat zijn voor de bevolking factoren voor imagobepaling?

- Imago wordt gemaakt of gebroken bij eerste contactmomenten (telefonisch en fysieke binnenkomst). De bejegening geeft de stemming weer en maakt het imago.
- Bekendheid met de Huisartsenpost als instelling > 99%
- Bekendheid over werking beperkt, vergelijking met de SEH van ziekenhuizen:
 - o SEH is laagdrempelig, echter voor meer urgente/ernstigere zorgvragen
 - o HAP werpt een drempel op, is echter voor lagere klasse van spoedzorg.

- Eerdere ervaringen.
- Benadering/informatievoorziening door eigen huisarts.

Verwacht de cliëntenraad verschillen tussen de verschillende posten?

Ja, het verzorgingsgebied per locatie laat verschillen zien in samenstelling van de bevolking.

Verwacht de cliëntenraad dat het beeld in de afgelopen jaren is verbeterd of verslechterd?

Er zijn verbeteringen doorgevoerd en er is de wil om het te verbeteren. Eerste twee jaar waren slecht, in het derde en vierde jaar zijn negatieve impulsen weggewerkt.

Hoe kijkt de cliëntenraad aan tegen de manier van onderzoek; schriftelijke enquêtes binnen het verzorgingsgebied (steekproef)?

Aanvulling met kwalitatief onderzoek lijkt zinvol. Pilottest van de vragenlijst via de cliëntenraad. Opletten met samenstelling adressenbestand HOV als steekproefkader.

Verslag: Vereniging Huisartsenposten Nederland, Andre van Zwol
Datum: 22-04-2009
Locatie: Domus Medica, Utrecht

Besproken zijn verschillende onderwerpen die van belang (kunnen) zijn bij de beeldvorming onder de bevolking over de huisartsenpost.

Maatschappelijke trend:

De consument gaat mee met de tijd, is veeleisender geworden. Dit zorgt mede voor een toename op de huisartsenposten. Met deze toenemende werkdruk hebben huisartsen moeite, met name als de zorgvragen niet spoedeisend zijn.

Mensen worden mondiger en zoeken meer informatie op internet. Aan de andere kant is de samenleving meer individualistisch, waardoor tips over hoe om te gaan met kleine dingen niet wordt gedeeld tussen bijvoorbeeld burens.

Daarnaast wordt de Huisartsenpost steeds bekender onder de bevolking, mensen weten eerder weg te vinden naar een Huisartsenpost dan enkele jaren geleden.

Verwachting ten aanzien van het imago van huisartsenposten:

Locatie waar men goed terecht kan en goed geholpen wordt. Servicegericht en goede kwaliteit. De huisartsenpost wordt waarschijnlijk wel als anoniem ervaren. Een deel van de patiënten heeft moeite met de manier waarop het primaire proces van de Huisartsenpost werkt; eerst telefonische triage en aan de hand van deze triage kijken of en hoe snel een patiënt geholpen moet worden.

Vergelijking huisartsenpost – Eerste hulp (SEH):

Er bestaat een grijs gebied tussen wat op de huisartsenpost thuishoort en wat bij de Eerste hulp van het ziekenhuis. Het is begrijpelijk als de patiënt moeite heeft met dit onderscheid. In het land bestaan verschillende samenwerkingsvormen tussen de Huisartsenpost en SEH. Patiënten kunnen altijd eerst naar de Huisartsenpost, als een bezoek aan de SEH nodig is, volgt een doorverwijzing vanuit de Huisartsenpost.

Positie huisartsenpost/reguliere huisartsen(dag-)praktijk:

De huisarts heeft zelf een dagpraktijk, waar hij 24/7 verantwoordelijk is voor de zorg aan zijn patiënten. Een deel van deze zorg wordt vormgegeven via de Huisartsenpost. Hiervoor doet de huisarts zelf regelmatig dienst op de Huisartsenpost. De meeste huisartsen zien de Huisartsenpost als een voorziening die hen werk uit handen neemt, die goed voor zijn patiënten zorgt, en waar ze zelf ook soms een dienst moeten doen.

Een deel van de huisartsen zien de Huisartsenpost als een noodzakelijke oplossing voor de opvang van zorgvragen buiten kantooruren. Dit volgt uit de 24-uurs zorgplicht die aan het vak van huisarts verbonden is, maar de dagpraktijk is de 'corebusiness'.

Rol van triage:

Een deel van de mensen die belt heeft het liefst direct een huisarts aan de telefoon. Patiënten worden geïnformeerd over deze werkwijze. Wellicht is niet bij iedereen voldoende duidelijk wat de rol van de triage is, en de supervisie die er is door een huisarts bij ieder gesprek.

Onrust is vaak een belangrijke reden om te bellen. Een patiënt kan zelf niet de medische afweging maken of een klacht spoedeisend is. Het is voor de triagist van belang om consensus te bereiken over de behandeling. Het kan dan ook voorkomen dat besloten wordt tot een consult, ook al betreft het geen spoedeisende zorgvraag.

Een valide vraag is of vastgehouden moet worden aan de bepaling dat de huisartsenpost enkel voor spoedeisende zaken is, of dat reguliere zorgvragen ook op de huisartsenpost geholpen moeten kunnen worden.

Publiekscampagnes VHN:

De VHN is benieuwd naar hoe het imago bijgestuurd kan worden, met welke middelen en waaraan dan aandacht gegeven dient te worden.

Een van de campagnes had betrekking op 'wissewasjes op de huisartsenpost', vanuit de gedachte dat deze 'wissewasjes' de scherpste van huisartsen op de HAP negatief beïnvloedt.

Achtergrond informatie over spoed bij huisartsenposten (landelijk), mede gebaseerd op publicaties van de VHN:

Centraal staat in de huisartsenpost het begrip 'acute zorg' (of 'spoedzorg'). Hierbij gaat het volgens definitie van de VHN bij om zorgvragen die in de beleving van patiënten acuut zijn en de zorg die in reactie hierop wordt geboden. Kenmerkend voor deze definitie is dat de bepaling van 'acuut' subjectief is en afhankelijk is van de interpretatie door de patiënt.

Hier staat tegenover dat het een taak van de huisartsenposten is om terughoudend te zijn in het toepassen van (aanvullende) diagnostiek en (doorverwijzing voor) behandeling alleen plaatsvindt indien dat op dat moment noodzakelijk is¹. Op basis van de genoemde definitie van spoedzorg lijkt het dan ook tegenstrijdig om de grenzen van de zorg door huisartsenposten duidelijk te formuleren. De VHN schrijft in november 2006 dat het vraagstuk van welke zorg wel en welke niet onder de huisartsenpost valt een lastige is. Duidelijkheid over welke zorg de patiënt wel kan verwachten en welke niet leidt tot betere informatie aan de patiënt die op basis daarvan een beter beeld kan vormen van de functie van een huisartsenpost en het verwachtingspatroon en gedrag hierop kan aanpassen.

Recente onderzoeken (Giesen, Hammink, Mulders & Oude Bos, 2009; Giesen, 2007) maken echter duidelijk dat de spoedbeleving van patiënten amper te beïnvloeden is. Het gevolg is dat een groeiend aantal patiënten de huisartsenpost bezoekt, zonder dat er sprake is van een spoedeisend karakter. Ongeveer tachtig procent van de hulpvragen op huisartsenposten is medisch gezien niet spoedeisend. Het totaal aantal hulpvragen op huisartsenposten is de

¹ Visie van de VHN op acute zorg en de rol van de huisartsenpost, november 2006

laatste jaren met 6,8 procent per jaar toegenomen. Voor huisartsenposten dreigt de toenemende werkbelasting een negatieve invloed te hebben op de kwaliteit van het medisch handelen en hun motivatie om hun dienst te doen. Deze gevolgen staan lijnrecht tegenover de redenen waarom de huisartsenposten oorspronkelijk in het leven zijn geroepen.

Ongerustheid en het gevoel met spoed een huisarts nodig te hebben, blijken uit het onderzoek van Giesen et al. (2009) de belangrijkste motieven om de huisartsenpost te bezoeken. Hierbij komt wederom de tegenstrijdigheid naar voren tussen de VHN-definitie van 'acute zorg' (beredeneerd vanuit de patient) en de behoefte die bestaat voor het aangeven van grenzen van de zorgverlening door huisartsenposten. Dit kan zijn weerslag hebben op het imago van huisartsenposten bij de patiënt omdat de beleving van spoed door de patiënt anders is dan die van de artsen en medewerkers op de huisartsenpost. Dit komt doordat een patiënt over het algemeen niet over de medische kennis beschikt om een afweging te maken wat spoedeisend is.

Bijlage 4 Methoden van onderzoek

Steekproefberekening

Voor het vaststellen van de steekproefomvang onder de bevolking wordt gebruik gemaakt van de volgende formule:

$$n = gC \left(\frac{s}{d} \right)^2$$

Met:	n = Geschatte steekproefgrootte	
	g = Aantal onafhankelijke groepen	4
	C = $(Z_{\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2$	7,85
	s = Standaarddeviatie van de populatie	1,7
	d = gewenste verschil	0,5

Het aantal onafhankelijke groepen (g) is vier vanwege het aantal posten binnen het verzorgingsgebied. Voor C kan de standaardwaarde 7,85 worden aangenomen omdat dit volgt uit een gehanteerde *power* van 0,80 en significantie van 0,05 (Pieters, 2008). Op basis van vergelijkbare onderzoeken wordt voor s een waarde aangehouden van 1,7 (Giessen et al., 2009; Moll van Charante et al., 2006; van Uden et al., 2005). Het gewenste verschil (d) wordt gesteld op 0,5 omdat gebruik gemaakt wordt van een vijf-puntschaal, waarbij 0,5 gezien wordt als wenselijk verschil om vast te kunnen stellen. Met deze waarden is de uitkomst een geschatte steekproefgrootte van n = 363.

Vragenlijst

Geachte heer/mevrouw,

Huisartsenpost HOV is binnen uw regio verantwoordelijk voor alle spoedeisende huisartsenzorg buiten kantooruren. Vrijwel alle huisartsen uit uw regio werken hiervoor 's avonds en in het weekend samen in huisartsenposten in 's-Hertogenbosch, Oss, Veghel en Zaltbommel. Samen vormen deze posten HOV.

Huisartsenposten staan vaak in de aandacht van de media en worden regelmatig besproken, bijvoorbeeld op straat en op verjaardagen. De laatste jaren maken ook steeds meer mensen gebruik van de huisartsenposten. Hierdoor heeft u waarschijnlijk, zelfs als u geen ervaring met de huisartsenpost heeft, er toch een bepaald beeld bij. Dit beeld geeft mede aan welke verwachtingen u heeft als u contact opneemt met de huisartsenpost, of waarom u juist geen contact opneemt.

Voor HOV is het belangrijk te weten hoe u tegen de huisartsenposten aankijkt. In het kader van mijn afstudeeronderzoek voor de opleiding Marketing Management aan de Universiteit van Tilburg, doe ik daarom onderzoek naar het imago van Huisartsenpost HOV. Met de resultaten hopen wij inzicht te krijgen in het imago en de aspecten die voor verbetering vatbaar zijn.

Uit een willekeurige steekproef via uw huisarts bent u geselecteerd om bij te dragen aan dit onderzoek. Ik zou u daarom willen vragen om bijgevoegde vragenlijst in te vullen en te retourneren. Uw antwoorden zijn erg belangrijk. Door uw mening te geven heeft u invloed op wat Huisartsenpost HOV, ook voor u, kan verbeteren. Het invullen neemt slecht een paar minuten in beslag en voor terugsturen van de vragenlijst kunt u gebruik maken van de *bijgevoegde, reeds gefrankeerde, retourenvelop*. Als blijk van waardering maakt u kans op een van de drie VVV-cadeaubonnen twv € 20,- die onder de inzenders worden verloot.

U kunt de vragenlijst terugsturen tot 11 juni 2009

Hiervoor kunt u gebruik maken van bijgevoegde retourenvelop

Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld en worden enkel gebruikt voor dit onderzoek. Uw persoonlijke gegevens en de gegeven antwoorden kunnen op geen enkele manier aan elkaar gerelateerd worden. **Uw privacy is gegarandeerd.**

Op de achterzijde van deze brief vindt u een invulinstructie voor de vragenlijst. Mocht u naar aanleiding van dit onderzoek of de vragenlijst nog vragen en/of opmerkingen hebben, neemt u dan contact op met de onderzoeker, bij voorkeur via e-mail: m.cuypers@uvt.nl of telefonisch: 06 – 44 358 307 (tussen 10.00 - 16.00).

Mede namens Huisartsenpost HOV dank ik u hartelijk voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Maarten Cuypers

Student Marketing Management
Universiteit van Tilburg

Invulinstructie:

De vragenlijst bestaat uit één pagina met een voor- en achterkant. De voorkant bestaat uit een aantal stellingen waarbij u zowel aangeeft in welke mate u het eens bent met de stelling als hoe belangrijk u dit onderwerp vindt. De eerste schaal loopt van *zeer mee oneens* tot *zeer mee eens*, de tweede schaal loopt van *zeer onbelangrijk* tot *zeer belangrijk*.

Geef uw antwoord door per vraag een kruisje te zetten in de bijbehorende vakjes. Bijvoorbeeld:

	Ze er mee oneens	M ee O neens	N iet e en s/ N iet o neens	M ee e en s	Ze er mee e en s	Ze er o n b e l a n g r i j k	O n b e l a n g r i j k	N iet b e l a n g r i j / n i e t o n b e l a n g r i j k	B e l a n g r i j k	Ze er b e l a n g r i j k
1. De volgende vier stellingen hebben betrekking op de informatievoorziening over huisartsenposten in uw regio.										
De huisartsenpost informeert patiënten regelmatig over haar werkwijze	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mijn huisarts informeert zijn patiënten regelmatig over de huisartsenpost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben goed op de hoogte van de werkwijze van de huisartsenpost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Ik weet niet zo goed waarvoor ik wel en waarvoor niet een beroep kan doen op de huisartsenpost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ze er mee oneens				Ze er mee e en s		Ze er o n b e l a n g r i j k		Ze er b e l a n g r i j k	

Bij de antwoorden gaat vooral om het beeld dat u heeft van uw huisartsenpost. Hierbij zijn er geen goede of foute antwoorden, het gaat om uw mening. De antwoorden hoeven ook niet altijd gebaseerd te zijn op persoonlijke ervaring, maar gaan om het algemene beeld dat u heeft.

Als er staat 'de huisartsenpost' wordt hiermee bedoeld de huisartsenpost waar u toe behoort.

De vragenlijst wordt afgesloten met een aantal persoonlijke vragen, op de achterzijde. Deze vragen zijn enkel bedoeld om na afloop, op basis van de gegeven antwoorden, groepen te kunnen samenstellen. Deze gegevens kunnen op geen enkele wijze gerelateerd worden aan andere persoonlijke gegevens. De antwoorden worden strikt vertrouwelijk behandeld en worden enkel voor dit onderzoek gebruikt.

Maakt u voor het terugsturen van de vragenlijst gebruik van *bijgevoegde retourenvelop (postzegel is niet nodig)*.

>>> **U kunt de vragenlijst terugsturen tot 11 juni 2009** <<<

Vragenlijst imago-onderzoek Huisartsenpost HOV											
<i>Leest u voor het invullen eerst de invulinstructie</i>											
		Ze er m ee o ne ens	M ee o ne ens	N iet e ens/ N iet o ne ens	M ee e ens	Ze er m ee e ens	Ze er o n b e l a n g r i k	O n b e l a n g r i k	N iet b e l a n g r i k/ n i e t o n b e l a n g r i k	B e l a n g r i k	Ze er b e l a n g r i k
1. De volgende vier stellingen hebben betrekking op de informatievoorziening over huisartsenposten in uw regio											
	De huisartsenpost informeert patiënten regelmatig over haar werkwijze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mijn huisarts informeert zijn patiënten regelmatig over de huisartsenpost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ik ben goed op de hoogte van de werkwijze van de huisartsenpost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ik weet niet zo goed waarvoor ik wel en waarvoor niet een beroep kan doen op de huisartsenpost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ze er m ee o ne ens			Ze er m ee e ens		Ze er o n b e l a n g r i k			Ze er b e l a n g r i k	
2. De volgende zeven stellingen hebben betrekking op het vertrouwen dat u heeft in de huisartsenpost											
	De huisartsenpost is in staat patiënten gerust te stellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	De huisartsenpost gaat zorgvuldig om met het probleem van de patiënt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	De huisartsenpost is in staat direct de juiste beslissing te nemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	De huisartsenpost geeft betrouwbare adviezen aan de telefoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	De telefonisten van de huisartsenpost zijn deskundig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ik heb vertrouwen in de huisartsenpost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	De huisartsenpost heeft een goede reputatie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ze er m ee o ne ens			Ze er m ee e ens		Ze er o n b e l a n g r i k			Ze er b e l a n g r i k	
3. De volgende vijf stellingen hebben betrekking op de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de huisartsenpost											
	De huisartsenpost is telefonisch goed bereikbaar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Er bestaat een drempel bij het contact opnemen of bezoeken van de huisartsenpost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	De huisartsenpost is accuraat in de zorgverlening	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bij de huisartsenpost kun je terecht voor vlotte zorgverlening zonder wachttijd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	De huisartsenpost geeft het gevoel welkom te zijn als patiënt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ze er m ee o ne ens			Ze er m ee e ens		Ze er o n b e l a n g r i k			Ze er b e l a n g r i k	
4. De volgende zes stellingen hebben betrekking op hoe u de houding van de huisartsenpost ervaart											
	De medewerkers van de huisartsenpost zijn vriendelijk en beleefd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	De huisartsenpost neemt de tijd voor de problemen van de patiënt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	De huisartsenpost is bereidwillig om in te gaan op vragen en zorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	De huisartsenpost toont begrip voor persoonlijke situaties	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	De huisartsenpost maakt individuele afwegingen per patiënt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	De huisartsenpost heeft het beste voor met de patiënt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ze er m ee o ne ens			Ze er m ee e ens		Ze er o n b e l a n g r i k			Ze er b e l a n g r i k	
5. De volgende vijf stellingen hebben betrekking op het verschil tussen de huisartsenpost en andere zorgaanbieders											
	Ik ga net zo makkelijk naar de huisartsenpost als naar mijn eigen huisarts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ik wacht liever tot mijn eigen huisarts weer beschikbaar is dan dat ik naar de huisartsenpost ga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ik heb een voorkeur voor de huisartsenpost boven het spreekuur van eigen huisarts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ik heb een positiever beeld van de Eerste hulp van het ziekenhuis dan van de huisartsenpost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bij een spoedgeval ga ik liever naar de Eerste hulp van het ziekenhuis dan naar de huisartsenpost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ze er m ee o ne ens			Ze er m ee e ens		Ze er o n b e l a n g r i k			Ze er b e l a n g r i k	
6. De volgende drie stellingen hebben betrekking op het algemene beeld dat u heeft van de huisartsenpost											
	Over het algemeen heb ik een positieve indruk van de huisartsenpost in mijn regio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ik praat met anderen positief over de huisartsenpost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ik heb de indruk dat Huisartsenpost HOV een positiever imago uitstraalt dan andere huisartsenposten in Nederland	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tot slot volgen enkele persoonlijke vragen. Deze gegevens worden vertrouwelijk behandeld en enkel gebruikt voor dit onderzoek.		
Wat is uw geslacht?	<input type="radio"/> Man	<input type="radio"/> Vrouw
Wat is uw leeftijd?	[] [] Jaar	
Wat zijn de eerste vier cijfers van uw postcode?	[] [] [] []	
Hoe is uw huishouden samengesteld?	<input type="radio"/> Alleenwonend <input type="radio"/> Samenwonend, zonder (thuiswonende) kinderen <input type="radio"/> Samenwonend, met kinderen waarvan de jongste jonger dan 12 jaar <input type="radio"/> Samenwonend, met kinderen waarvan de jongste ouder dan 12 jaar <input type="radio"/> Inwonend bij (groot-)ouders <input type="radio"/> Anders	
Wat uw hoogst genoten opleiding?	<input type="radio"/> LBO/VBO/VMBO/MAVO <input type="radio"/> HBO <input type="radio"/> MBO/HAVO <input type="radio"/> WO <input type="radio"/> VWO	
Wat is de achtergrond van uw huishouden?	<input type="radio"/> Nederlands <input type="radio"/> Surinaams <input type="radio"/> Belgisch <input type="radio"/> Turks <input type="radio"/> Duits <input type="radio"/> Antilliaans <input type="radio"/> Marokkaans <input type="radio"/> Anders, namelijk: _____	
Wanneer heeft u voor de laatste keer contact gehad met de huisartsenpost?	<input type="radio"/> 2009: April - mei - juni <input type="radio"/> 2007: Juli - december <input type="radio"/> 2009: Jan – februari - maart <input type="radio"/> 2007: Januari - juni <input type="radio"/> 2008: Juli - december <input type="radio"/> 2006 of eerder <input type="radio"/> 2008: Januari - juni <input type="radio"/> nooit	
Indien van toepassing, op welke wijze heeft u de laatste keer contact gehad met de huisartsenpost?	<input type="radio"/> Enkel telefonisch <input type="radio"/> Visite gebracht door huisarts <input type="radio"/> Huisartsenpost bezocht <input type="radio"/> Niet van toepassing	
Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met de huisartsenpost?	<input type="radio"/> Maandelijks <input type="radio"/> Zelden <input type="radio"/> Aantal keer per jaar <input type="radio"/> Nooit <input type="radio"/> Jaarlijks	
Is het beeld dat u heeft van de huisartsenpost naar aanleiding van het laatste contact:	<input type="radio"/> Positief veranderd <input type="radio"/> Bevestigd/gelijk gebleven <input type="radio"/> Negatief veranderd <input type="radio"/> Niet van toepassing	
Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met uw eigen huisarts?	<input type="radio"/> Maandelijks <input type="radio"/> Zelden <input type="radio"/> Aantal keer per jaar <input type="radio"/> Nooit <input type="radio"/> Jaarlijks	
Kunt u het beeld dat u heeft van de huisartsenpost nader toelichten? Deze ruimte kunt u ook gebruiken voor vragen en/of opmerkingen		
<p style="text-align: center;"><i>Indien u kans wilt maken op een van de drie VVV-cadeaubonnen twv € 20,- vul dan hieronder uw emailadres of telefoonnummer in:</i></p>		
<p>Einde van de vragenlijst. Hartelijk dank voor uw medewerking.</p> <p>Maakt u voor het terugsturen van de vragenlijst gebruik van <u>bijgevoegde retourenvelop</u>.</p> <p><i>Stuurt u de vragenlijst svp retour voor 11 juni 2009</i></p>		

Bijlage 5 Resultaten

Respons

		Populatie	Respons
Geslacht	Man	45,6 procent	30,4 procent
	Vrouw	54,4	69,6
Leeftijd	< 45 jaar	56,5	49,5
	> 45 jaar	43,5	50,5
	> 65 jaar	18,8	20,1
Samenstelling huishouden	Met kinderen	38,9	48,7
	Zonder kinderen	32,0	30,7
	Alleenwonend	29,1	13,9
Achtergrond huishouden	Autochtoon	87,1	96,7
	Allochtoon	12,9	3,3
Opleidingsniveau	VMBO/MBO	64,7	
	HAVO/VWO	9,7	
	LBO/VMBO/MAVO		29,4
	MBO/HAVO		37,4
	HBO	16,9	22,0
	WO	9,5	7,0
Historie Huisartsenpost	Max. jaar geleden		69,0
	Langer dan jaar		11,4
	Nooit		19,6
Wijze van contact	Telefonisch	37,5	15,6
	Bezoek	52,4	64,7
	Visite	10,1	8,6
	Nvt		11,0
Frequentie van contact HAP	Zelden-nooit		60,8
	Jaarlijks of meer		39,8
Frequentie van contact huisarts	Zelden-nooit		20,2
	Jaarlijks of meer		79,8
Invloed van laatste contact met HAP	Positief		14,1
	Negatief		6,1
	Gelijk/gelijk		61,0
	Niet van toepassing		19,4
Regio	's-Hertogenbosch	44,2	35,2
	Oss	24,8	29,7
	Veghel	22,8	27,3
	Zaltbommel	8,2	3,9
	Buiten HOV-regio	0	3,9

Beschrijvende statistieken

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Responsgroep	343	1	2	1,60	,490
Vragenlijstnummer	343	1	207	89,92	55,466
De HAP informeert patiënten regelmatig	317	1	5	2,49	,926
Mijn huisarts informeert over HAP	311	1	5	2,53	,963
Ik ben goed op de hoogte van de werkwijze	317	1	5	3,42	,977
Ik weet NIET zo goed waarvoor wel/niet HAP	316	1	5	2,77	1,101
De HAP is in staat patiënten gerust te stellen	314	1	5	3,65	,872
De HAP gaat zorgvuldig om met probleem van patiënt	312	1	5	3,66	,834
De HAP is in staat direct de juiste beslissing te nemen	311	1	5	3,41	,936
De HAP geeft betrouwbare adviezen aan de telefoon	310	1	5	3,31	,931
De telefonistes van de HAP zijn deskundig	312	1	5	3,36	,910
Ik heb vertrouwen in de HAP	311	1	5	3,61	,912
De HAP heeft een goede reputatie	312	1	5	3,17	,944
De HAP is telefonisch goed bereikbaar	317	1	5	3,70	,921
Er bestaat een drempel bij het contact opnemen/bezoeken van de HAP	313	1	5	2,80	1,152
De HAP is accuraat in de zorgverlening	313	1	5	3,62	,804
Bij de HAP kun je terecht voor vlotte zorgverlening zonder wachttijd	311	1	5	2,99	1,069
De HAP geeft het gevoel welkom te zijn als patiënt	312	1	5	3,43	,983
De mw van de HAP zijn vriendelijk en beleefd	310	1	5	3,99	,715
De HAP neemt de tijd voor de problemen van de patiënt	308	1	5	3,81	,775
De HAP is bereidwillig om in te gaan op vragen en zorgen	307	1	5	3,71	,831
De HAP toont begrip voor persoonlijke situaties	307	1	5	3,59	,829
De HAP maakt individuele afwegingen per patiënt	305	1	5	3,56	,809
De HAP heeft het beste voor met de patiënt	308	1	5	3,85	,741
Ik ga net zo makkelijk naar de HAP als naar mijn eigen huisarts	312	1	5	2,69	1,212
Ik wacht liever tot mijn eigen huisarts weer beschikbaar is dan naar HAP	313	1	5	3,31	1,216
Ik heb een voorkeur voor de HAP boven het spreekuur van mijn eigen huisarts	311	1	5	1,81	,925
Ik heb een positiever beeld van de Eerste Hulp dan van de HAP	314	1	5	3,04	1,043
Bij een spoedgeval ga ik liever naar de Eerste Hulp dan naar de HAP	314	1	5	3,67	1,118
Over het algemeen heb ik een positieve indruk van de HAP in mijn regio	318	1	5	3,64	,879
Ik praat met anderen positief over de HAP	312	1	5	3,38	,855
Ik heb de indruk dat HOV een positiever imago uitstraalt dan andere HAP's in NL	308	1	5	2,98	,653
Wat is uw geslacht?	332	1	2	1,70	,461
Wat is uw leeftijd?	323	1	8	4,82	1,751
Behorend tot post	256	1	5	2,12	1,05994
Wat zijn de eerste vier cijfers van uw postcode?	256	4261	6828	5348	211,831
Hoe is uw huishouden samengesteld?	332	1	6	2,69	1,130
Wat is uw hoogstgenoten opleiding?	313	1	5	2,40	1,302
Wat is de achtergrond van uw huishouden?	334	1	8	1,15	,924
Wanneer heeft u voor de laatste keer contact gehad met de HAP?	332	1	8	3,41	2,253
Op welke wijze heeft u de laatste keer contact gehad?	326	1	4	2,15	,815
Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met de HAP?	327	1	5	3,47	1,008
Is het beeld dat u heeft van de HAP naar aanleiding van uw laatste contact...	326	1	4	2,84	,889
Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met uw eigen huisarts?	331	1	4	2,41	,898

64

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	256	1	5	3,77	,684
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	257	1	5	3,55	,769
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	255	2	5	4,01	,585
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	253	1	5	4,06	,624
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	256	1	5	4,28	,667
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	255	1	5	4,38	,711
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	254	1	5	4,38	,738
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	252	1	5	4,29	,746
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	252	1	5	4,33	,680
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	255	1	5	4,35	,720
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	253	1	5	4,10	,705
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	255	1	5	4,52	,645
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	250	1	5	3,60	1,018
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	253	1	5	4,26	,730
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	256	1	5	4,15	,752
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	252	1	5	4,19	,713
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	259	1	5	4,25	,702
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	257	1	5	4,34	,655
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	257	1	5	4,26	,726
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	258	1	5	4,17	,720
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	258	1	5	4,20	,758
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	257	1	5	4,44	,635
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	246	1	5	3,61	,958
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	244	1	5	3,64	,922
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	241	1	5	2,95	1,134
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	241	1	5	3,37	,905
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	241	1	5	3,83	,962
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	248	1	5	3,99	,737
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	249	1	5	3,56	,869
Hoe belangrijk vindt u dit onderwerp?	248	1	5	3,21	,953
1 = Zeer onbelangrijk, 2 = Zeer belangrijk					

65

F1_omgang F2_werkwijze F3_contact F4_informatie F5_SEH F6_kennis F7_tel_bereik Y_imgo * Wat is uw geslacht? Report

Wat is uw geslacht?	F1_omgang	F2_werkwijze	F3_contact	F4_informatie	F5_SEH	F6_kennis	F7_tel_bereik	Y_imgo
man	Mean 3,7302	3,1050	2,9185	2,5652	2,4835	3,1188	3,6154	3,5161
	N 94	94	92	92	91	92	91	93
	Std. Deviation ,75414	,79156	,89070	,86513	,88334	1,16584	1,01947	,81578
vrouw	Mean 3,6871	3,1435	2,8214	2,4865	2,7230	3,2534	3,7354	3,5045
	N 224	223	224	222	222	221	223	222
	Std. Deviation ,58151	,60940	,92809	,83466	,92651	1,06560	,87865	,79020
Total	Mean 3,6998	3,1321	2,8437	2,5096	2,6534	3,2141	3,7006	3,5079
	N 318	317	316	314	313	313	314	315
	Std. Deviation ,63648	,66754	,91701	,84307	,91924	1,09582	,92162	,79665

ANOVA Table

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
F1_omgang * Wat is uw geslacht?	,123	1	,123	,302	,583
Between Groups	128,300	316	,406		
Within Groups	128,423	317			
Total					
F2_werkwijze * Wat is uw geslacht?	,098	1	,098	,220	,640
Between Groups	140,714	315	,447		
Within Groups	140,812	316			
Total					
F3_contact * Wat is uw geslacht?	,614	1	,614	,730	,394
Between Groups	264,274	314	,842		
Within Groups	264,888	315			
Total					
F4_informatie * Wat is uw geslacht?	,403	1	,403	,566	,452
Between Groups	222,068	312	,712		
Within Groups	222,471	313			
Total					
F5_SEH * Wat is uw geslacht?	3,701	1	3,701	4,428	,036
Between Groups	259,938	311	,836		
Within Groups	263,639	312			
Total					
F6_kennis * Wat is uw geslacht?	1,163	1	1,163	,969	,326
Between Groups	373,495	311	1,201		
Within Groups	374,658	312			
Total					
F7_tel_bereik * Wat is uw geslacht?	,931	1	,931	1,087	,296
Between Groups	264,929	312	,849		
Within Groups	265,860	313			
Total					
Y_imgo * Wat is uw geslacht?	,009	1	,009	,014	,905
Between Groups	199,221	313	,636		
Within Groups	199,230	314			
Total					

F1_omgang F2_werkwijze F3_contact F4_informatie F5_SEH F6_kennis F7_tel_bereik Y_Imago * Wat is uw leeftijd? Report

Wat is uw leeftijd?	F1_omgang	F2_werkwijze	F3_contact	F4_informatie	F5_SEH	F6_kennis	F7_tel_bereik	Y_Imago
< 18	Mean 3,9861	3,5312	3,0000	2,7500	2,3750	3,5000	3,6250	3,8125
	Std. Deviation ,42595	,42125	1,00791	,75593	,95431	1,06904	1,18773	,25877
19-25	Mean 3,4778	3,1375	2,9000	2,7500	2,6667	3,5000	3,7000	3,5000
	Std. Deviation ,95596	,82380	,77060	,79057	1,14864	1,08012	,67495	,84984
26-35	Mean 3,6852	3,0747	2,8500	2,3833	2,6333	3,3000	3,8500	3,4417
	Std. Deviation ,54324	,61681	,96536	,72115	,80710	1,06246	,86013	,86882
36-45	Mean 3,6460	3,0830	2,8841	2,4085	2,7134	3,5244	3,7901	3,5305
	Std. Deviation ,49077	,52612	,87673	,83195	,82038	1,02108	,86192	,58977
46-55	Mean 3,6457	3,0775	2,7014	2,5400	2,6458	3,3081	3,7292	3,5625
	Std. Deviation ,56436	,67237	,93720	,83201	,86884	1,10310	,70679	,73387
56-65	Mean 3,7602	3,1149	2,8876	2,5465	2,5814	2,9286	3,4390	3,4659
	Std. Deviation ,75723	,76486	,98247	,84384	1,01729	1,15596	1,14124	,97883
66-75	Mean 3,7743	3,3251	3,1613	2,6724	2,5667	2,8966	3,6000	3,5862
	Std. Deviation ,86451	,69436	,95402	1,17470	1,04826	1,17549	1,10172	,90701
76 >	Mean 3,7667	3,1293	2,6790	2,6154	2,6731	2,7308	3,6786	3,4808
	Std. Deviation ,82606	,94579	,97613	,80384	1,04826	,87442	,94491	,86560
Total	Mean 3,6963	3,1260	2,8630	2,5065	2,6405	3,2363	3,7092	3,5163
	Std. Deviation ,64005	,67203	,91953	,84458	,90437	1,09103	,91815	,78678

ANOVA Table

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
F1_omgang * Wat is uw leeftijd?	1,983	7	,285	,680	,680
	Between Groups				
	Within Groups	303	,413		
F2_werkwijze * Wat is uw leeftijd?	125,000	7	,419	,926	,487
	Between Groups				
	Within Groups	301	,452		
F3_contact * Wat is uw leeftijd?	2,932	7	,419	,926	,487
	Between Groups				
	Within Groups	301	,452		
F4_informatie * Wat is uw leeftijd?	136,169	7	,738	,870	,531
	Between Groups				
	Within Groups	301	,848		
F5_SEH * Wat is uw leeftijd?	255,260	7	,571	,797	,591
	Between Groups				
	Within Groups	300	,717		
F6_kennis * Wat is uw leeftijd?	214,991	7	,193	,232	,977
	Between Groups				
	Within Groups	298	,833		
F7_tel_bereik * Wat is uw leeftijd?	248,106	7	3,216	2,814	,007
	Between Groups				
	Within Groups	298	1,143		
Y_Imago * Wat is uw leeftijd?	22,509	7	,739	,874	,527
	Between Groups				
	Within Groups	298	,845		
Total	340,550	305			
	Between Groups				
	Within Groups	298			
Total	5,173	305			
	Between Groups				
	Within Groups	298			
Total	251,941	299			
	Between Groups				
	Within Groups	299			
Total	257,114	299			
	Between Groups				
	Within Groups	299			
Total	1,444	299			
	Between Groups				
	Within Groups	299			
Total	187,975	299			
	Between Groups				
	Within Groups	299			

F1_omgang F2_werkwijze F3_contact F4_informatie F5_SEH F6_kennis F7_tel_bereik Y_imago * Behorend tot post Report

	F1_omgang	F2_werkwijze	F3_contact	F4_informatie	F5_SEH	F6_kennis	F7_tel_bereik	Y_imago
Behorend tot post								
s-Hertogenbosch	Mean 3,7088 N 87	3,1983 88	2,7222 87	2,4540 87	2,6724 87	3,1609 87	3,7273 88	3,4713 87
	Std. Deviation ,53260	,62285	,94441	,92016	,93643	1,06611	,82667	,74458
Oss	Mean 3,7074 N 71	3,0973 71	2,8542 72	2,5282 71	2,7324 71	3,4429 70	3,8028 71	3,5070 71
	Std. Deviation ,61557	,68837	,83775	,80128	,91741	1,16285	,90427	,79504
Veghel	Mean 3,7922 N 68	3,0964 68	2,9020 68	2,2612 67	2,6567 67	3,2388 67	3,7727 66	3,5985 66
	Std. Deviation ,67006	,71461	1,03353	,71963	1,00079	1,06015	,95749	,86478
Zalbonnel	Mean 3,6333 N 10	3,1125 10	2,8333 10	2,4500 10	2,6500 10	3,2000 10	3,8000 10	3,3500 10
	Std. Deviation ,62865	,70576	,83518	,95698	,94428	1,13529	1,13529	,74722
Buiten HOV-regio	Mean 3,7413 N 10	3,4375 10	3,2667 10	3,2500 10	2,9500 10	3,7000 10	3,4444 9	3,7000 10
	Std. Deviation ,57207	,53765	,91355	,71696	,55025	1,15950	1,23603	,34960
Total	Mean 3,7297 N 246	3,1329 247	2,8367 247	2,4551 245	2,6959 245	3,2889 244	3,7541 244	3,5205 244
	Std. Deviation ,59910	,66627	,93529	,84448	,93233	1,09979	,91004	,78015

ANOVA Table

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
F1_omgang * Behorend tot post	Between Groups	,433	4	,108	,298	,879
	Within Groups	87,503	241	,363		
F2_werkwijze * Behorend tot post	Between Groups	1,174	4	,294	,658	,622
	Within Groups	108,028	242	,446		
F3_contact * Behorend tot post	Between Groups	3,301	4	,825	,942	,440
	Within Groups	211,891	242	,876		
F4_informatie * Behorend tot post	Between Groups	9,217	4	2,304	3,356	,011
	Within Groups	164,788	240	,687		
F5_SEH * Behorend tot post	Between Groups	,912	4	,228	,259	,904
	Within Groups	211,184	240	,880		
F6_kennis * Behorend tot post	Between Groups	5,020	4	1,255	1,038	,388
	Within Groups	288,898	239	1,209		
F7_tel_bereik * Behorend tot post	Between Groups	1,139	4	,285	,340	,851
	Within Groups	200,107	239	,837		
Y_imago * Behorend tot post	Between Groups	1,238	4	,310	,504	,733
	Within Groups	146,659	239	,614		

F1_omgang F2_werkwijze F3_contact F4_informatie F5_SEH F6_kennis F7_tel_bereik Y_Imago *Hoe is uw huishouden samengesteld? Report

Hoe is uw huishouden samengesteld?	F1_omgang	F2_werkwijze	F3_contact	F4_informatie	F5_SEH	F6_kennis	F7_tel_bereik	Y_Imago
Alleenwonend	Mean	3,2169	2,6818	2,6395	2,6047	3,1860	3,5227	3,4070
	N	45	44	43	43	43	44	43
	Std. Deviation	,76284	1,00889	,88859	1,11033	1,15996	,96974	,97135
Samenwonend, geen kinderen	Mean	3,7782	2,9032	2,5333	2,6304	2,9111	3,6667	3,5272
	N	92	93	90	92	90	90	92
	Std. Deviation	,67306	,95500	,92043	,97741	1,13815	1,01671	,83654
Samenwonend, kinderen < 12	Mean	3,6857	2,9449	2,3678	2,7479	3,4298	3,8430	3,5413
	N	121	121	121	121	121	121	121
	Std. Deviation	,51575	,94609	,77397	,83697	1,01511	,81658	,68492
Samenwonend, kinderen > 12	Mean	3,5709	2,9840	2,6667	2,5541	3,2368	3,5526	3,3553
	N	39	38	39	37	38	38	38
	Std. Deviation	,78848	,72325	,65282	,82185	1,10121	,89132	,96498
Inwonend	Mean	3,7302	3,3214	2,8571	2,5714	3,5714	3,5000	3,7143
	N	14	14	14	14	14	14	14
	Std. Deviation	,53503	,53645	,71270	,70321	,93761	,94054	,37796
Anders	Mean	3,7143	3,3214	2,5238	2,3333	3,0000	4,1429	3,7143
	Std. Deviation	,39888	,82240	,89874	,85912	1,00000	,68007	,39340
Total	Mean	3,6991	3,1306	2,8528	2,6550	3,2204	3,7038	3,5079
	N	318	317	314	313	313	314	315
	Std. Deviation	,63628	,66677	,81926	,84167	1,09455	,92092	,79655

ANOVA Table

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
F1_omgang * Hoe is uw huishouden samengesteld?	1,295	5	,257	,631	,676
	127,054	312	,407		
F2_werkwijze * Hoe is uw huishouden samengesteld?	2,198	5	,439	,988	,425
	138,280	311	,445		
F3_contact * Hoe is uw huishouden samengesteld?	4,298	5	,860	1,017	,407
	261,888	310	,845		
F4_informatie * Hoe is uw huishouden samengesteld?	4,759	5	,952	1,351	,243
	216,971	308	,704		
F5_SEH * Hoe is uw huishouden samengesteld?	2,305	5	,461	,540	,746
	261,930	307	,853		
F6_kennis * Hoe is uw huishouden samengesteld?	16,038	5	3,208	2,753	,019
	357,750	307	1,165		
F7_tel_bereik * Hoe is uw huishouden samengesteld?	6,710	5	1,342	1,597	,161
	258,746	308	,840		
Y_Imago * Hoe is uw huishouden samengesteld?	2,387	5	,477	,749	,587
	196,843	309	,637		

F1_omgang F2_werkwijze F3_contact F4_informatie F5_SEH F6_kennis F7_tel_bereik Y_imgago * Wat is uw hoogstgenoten opleiding?

Report										
Wat is uw hoogstgenoten opleiding?	F1_omgang	F2_werkwijze	F3_contact	F4_informatie	F5_SEH	F6_kennis	F7_tel_bereik	Y_imgago		
LBO/MBO/VMBO/MAVO	Mean N	3,2764 86	2,9765 85	2,6982 85	2,7000 85	2,9759 83	3,7381 84	3,6353 85		
	Std. Deviation	,53236	,94426	,84225	,99463	1,08173	,97089	,79578		
MBO/HAVO	Mean N	3,6242 114	2,8009 113	2,6395 114	2,5177 113	3,2544 114	3,7658 111	3,4868 114		
	Std. Deviation	,61655	,90255	,80139	,85023	1,10359	,84159	,82671		
VWO	Mean N	3,7222 12	2,9167 12	2,3333 12	3,1364 11	2,6667 12	3,4167 12	3,4615 13		
	Std. Deviation	,55556	,78012	,83485	,67420	,88763	,96620	,59377		
HBO	Mean N	3,7170 69	2,7536 69	2,2971 69	2,6522 69	3,5797 69	3,7101 69	3,4783 69		
	Std. Deviation	,59838	,91938	,77800	,86732	1,02046	,90913	,72980		
WO	Mean N	3,4040 22	2,9621 22	2,5909 22	2,9091 22	3,2273 22	3,5465 22	3,2955 22		
	Std. Deviation	,57022	,88779	,93397	,85407	1,06600	,80043	,73451		
Total	Mean N	3,7078 303	2,8660 301	2,4934 302	2,6517 300	3,2267 300	3,7148 298	3,5116 303		
	Std. Deviation	,59583	,91101	,82221	,89844	1,08899	,89660	,78206		

ANOVA Table

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
F1_omgang * Wat is uw hoogstgenoten opleiding?	5,599	4	1,400	4,105	,003
	101,616	298	,341		
F2_werkwijze * Wat is uw hoogstgenoten opleiding?	3,825	4	,956	2,383	,052
	119,186	297	,401		
F3_contact * Wat is uw hoogstgenoten opleiding?	2,592	4	,648	,778	,540
	246,392	296	,832		
F4_informatie * Wat is uw hoogstgenoten opleiding?	4,182	4	1,045	1,558	,186
	199,305	297	,671		
F5_SEH * Wat is uw hoogstgenoten opleiding?	6,269	4	1,567	1,867	,100
	235,080	295	,797		
F6_kennis * Wat is uw hoogstgenoten opleiding?	17,670	4	4,418	3,868	,004
	336,917	295	1,142		
F7_tel_bereik * Wat is uw hoogstgenoten opleiding?	2,033	4	,508	,629	,642
	236,722	293	,808		
Y_imgago * Wat is uw hoogstgenoten opleiding?	2,507	4	,627	1,025	,394
	182,202	298	,611		

F1_omgang F2_werkwijze F3_contact F4_informatie F5_SEH F6_kennis F7_tel_bereik Y_imgago
 Wanneer heeft u voor de laatste keer contact gehad met de HAP? Report

	F1_omgang	F2_werkwijze	F3_contact	F4_informatie	F5_SEH	F6_kennis	F7_tel_bereik	Y_imgago
Recent; april-juni 2009	Mean 3,7784	Mean 3,2483	Mean 3,0386	Mean 2,6397	Mean 2,8116	Mean 3,1912	Mean 3,9118	Mean 3,7132
	Std. Deviation ,59292	Std. Deviation ,60927	Std. Deviation ,94719	Std. Deviation ,86751	Std. Deviation ,97807	Std. Deviation 1,09253	Std. Deviation ,90990	Std. Deviation ,72439
2009; jan-mrt	Mean ,63060	Mean 3,1230	Mean 3,0383	Mean 2,3333	Mean 2,6750	Mean 3,1500	Mean 3,9636	Mean 3,4750
	Std. Deviation ,79934	Std. Deviation ,83700	Std. Deviation 1,01671	Std. Deviation ,82762	Std. Deviation 1,16190	Std. Deviation 1,16190	Std. Deviation ,78511	Std. Deviation ,78883
2008; jul-dec	Mean ,66428	Mean 3,1116	Mean 2,8569	Mean 2,4396	Mean 2,6154	Mean 3,3946	Mean 3,6196	Mean 3,5532
	Std. Deviation ,96428	Std. Deviation ,63452	Std. Deviation ,84681	Std. Deviation ,76679	Std. Deviation ,91006	Std. Deviation 1,01847	Std. Deviation ,88755	Std. Deviation ,73495
2008; jan-juni	Mean ,66519	Mean 3,2276	Mean 2,5897	Mean 2,6923	Mean 2,7500	Mean 2,8077	Mean 3,6538	Mean 3,4593
	Std. Deviation 3,9144	Std. Deviation ,66377	Std. Deviation ,85144	Std. Deviation ,98058	Std. Deviation 1,13358	Std. Deviation 1,16685	Std. Deviation 1,09334	Std. Deviation ,93153
2007; jul-dec	Mean ,66196	Mean 3,3682	Mean 2,7879	Mean 2,8333	Mean 2,9455	Mean 3,4167	Mean 4,0000	Mean 3,6364
	Std. Deviation 3,1597	Std. Deviation ,68639	Std. Deviation 1,01404	Std. Deviation 1,13485	Std. Deviation 1,01130	Std. Deviation 1,16450	Std. Deviation ,63246	Std. Deviation 1,05097
2007; jan-juni	Mean 1,04006	Mean 2,8036	Mean 2,7778	Mean 2,0833	Mean 2,1667	Mean 3,5000	Mean 2,8571	Mean 3,0714
	Std. Deviation 3,5185	Std. Deviation 1,03797	Std. Deviation ,89611	Std. Deviation ,20412	Std. Deviation ,68313	Std. Deviation 1,21499	Std. Deviation 1,21499	Std. Deviation ,97590
2006 of eerder	Mean ,48657	Mean 3,0052	Mean 2,8333	Mean 2,2778	Mean 2,7778	Mean 3,5556	Mean 3,6250	Mean 3,4167
	Std. Deviation 3,3143	Std. Deviation ,54725	Std. Deviation ,98518	Std. Deviation ,52081	Std. Deviation ,75190	Std. Deviation 1,09664	Std. Deviation ,71880	Std. Deviation ,66972
nooit	Mean ,76541	Mean 2,9652	Mean 2,3824	Mean 2,6765	Mean 2,3485	Mean 3,0606	Mean 3,1176	Mean 3,1471
	Std. Deviation 3,7024	Std. Deviation ,56246	Std. Deviation ,67859	Std. Deviation ,89512	Std. Deviation ,89691	Std. Deviation 1,08799	Std. Deviation ,87956	Std. Deviation ,84861
Total	Mean 319	Mean 3,1338	Mean 2,8533	Mean 2,5079	Mean 2,6613	Mean 3,2293	Mean 3,6984	Mean 3,5063
	N 63596	N 318	N 317	N 315	N 314	N 314	N 315	N 316
	Std. Deviation ,66486	Std. Deviation ,86486	Std. Deviation ,91784	Std. Deviation ,84222	Std. Deviation ,92371	Std. Deviation 1,09236	Std. Deviation ,92100	Std. Deviation ,79590

ANOVA Table

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
F1_omgang * Wanneer heeft u voor de laatste keer contact gehad met de HAP?	9,938	7	1,420	3,721	,001
	118,674	311	,382		
F2_werkwijze * Wanneer heeft u voor de laatste keer contact gehad met de HAP?	3,788	7	,541	1,231	,285
	136,338	310	,440		
F3_contact * Wanneer heeft u voor de laatste keer contact gehad met de HAP?	13,894	7	1,985	2,431	,019
	252,313	309	,817		
F4_informatie * Wanneer heeft u voor de laatste keer contact gehad met de HAP?	8,591	7	1,227	1,759	,095
	214,138	307	,688		
F5_SEH * Wanneer heeft u voor de laatste keer contact gehad met de HAP?	7,024	7	1,003	1,181	,313
	260,041	306	,850		
F6_kennis * Wanneer heeft u voor de laatste keer contact gehad met de HAP?	11,006	7	1,573	1,328	,237
	362,482	306	1,185		
F7_tel_bereik * Wanneer heeft u voor de laatste keer contact gehad met de HAP?	26,188	7	3,741	4,783	,000
	240,180	307	,782		
Y_imgago * Wanneer heeft u voor de laatste keer contact gehad met de HAP?	9,275	7	1,325	2,145	,038
	190,212	308	,618		

F1_omgang F2_werkwijze F3_contact F4_informatie F5_SEH F6_kennis F7_tel_bereik Y_Imago * Op welke wijze heeft u de laatste keer contact gehad?

	F1_omgang	F2_werkwijze	F3_contact	F4_informatie	F5_SEH	F6_kennis	F7_tel_bereik	Y_Imago
Op welke wijze heeft u de laatste keer contact gehad?								
Telefonisch	3,7333	3,2022	2,9252	2,4694	2,7100	3,1224	3,8163	3,5408
Mean	50	50	49	49	50	49	49	49
N	,60609	,67910	,84235	,91520	,88115	1,21848	,80812	,71324
Std. Deviation	3,7312	3,1420	2,9171	2,4778	2,6946	3,2906	3,8177	3,5270
Mean	206	205	205	203	203	203	203	204
N	,56428	,62782	,96756	,82249	,89571	1,05739	,85670	,77556
Std. Deviation	3,8239	3,0831	2,7949	2,6538	2,6800	3,2308	3,5556	3,6852
Mean	27	27	26	26	25	26	27	27
N	,89739	,98264	,96449	,68948	1,20658	1,14220	1,18754	,96225
Std. Deviation	3,3200	2,9964	2,4375	2,6719	2,3226	3,1290	3,0000	3,2031
Mean	32	31	32	32	31	31	32	32
N	,76109	,53631	,68621	,92116	,84210	1,08756	,84242	,76051
Std. Deviation	3,6977	3,1321	2,8590	2,5113	2,6596	3,2427	3,7106	3,5096
Mean	315	313	312	310	309	309	311	312
N	,63712	,66420	,92312	,83745	,91919	1,09128	,91220	,78669
Std. Deviation								

Report

ANOVA Table

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
F1_omgang * Op welke wijze heeft u de laatste keer contact gehad?	5,289	3	1,763	4,488	,004
Between Groups	122,169	311	,393		
Within Groups					
F2_werkwijze * Op welke wijze heeft u de laatste keer contact gehad?	,902	3	,301	,679	,565
Between Groups	136,739	309	,443		
Within Groups					
F3_contact * Op welke wijze heeft u de laatste keer contact gehad?	6,688	3	2,233	2,662	,048
Between Groups	258,319	308	,839		
Within Groups					
F4_informatie * Op welke wijze heeft u de laatste keer contact gehad?	1,667	3	,556	,791	,500
Between Groups	215,044	306	,703		
Within Groups					
F5_SEH * Op welke wijze heeft u de laatste keer contact gehad?	3,907	3	1,302	1,549	,202
Between Groups	256,323	305	,840		
Within Groups					
F6_kennis * Op welke wijze heeft u de laatste keer contact gehad?	1,579	3	,526	,440	,725
Between Groups	365,217	305	1,197		
Within Groups					
F7_tel_bereik * Op welke wijze heeft u de laatste keer contact gehad?	19,695	3	6,562	8,455	,000
Between Groups	238,270	307	,776		
Within Groups					
Y_Imago * Op welke wijze heeft u de laatste keer contact gehad?	3,947	3	1,316	2,150	,094
Between Groups	188,524	308	,612		
Within Groups					

F1_omgang F2_werkwijze F3_contact F4_informatie F5_SEH F6_kennis F7_tel_bereik Y_imgao * Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met de HAP? Report

Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met de HAP?	F1_omgang	F2_werkwijze	F3_contact	F4_informatie	F5_SEH	F6_kennis	F7_tel_bereik	Y_imgao
Maaandelijks	2,3333 1	3,5000 1	3,3333 1	3,0000 1	2,5000 1	2,0000 1	2,0000 1	2,0000 1
Aantal keren per jaar	3,7128 80	3,1205 80	2,9558 80	2,3688 80	2,5812 80	3,3500 80	3,8481 79	3,5437 80
Jaarlijks	,59314 3,8448 47	,66960 3,1117 47	,96419 2,8696 46	,86326 2,4239 46	,92587 2,8251 46	1,06854 2,9556 45	,80206 3,8298 47	,85756 3,6889 45
Zelden	,47666 3,7218 151	,64580 3,1357 150	,93882 2,8244 149	,75253 2,5439 148	1,00674 2,6757 148	1,10691 3,3176 148	1,00691 3,7095 148	,59628 3,5067 150
Nooit	,62789 3,3771 36	,68342 3,0307 36	,88208 2,5405 37	,81635 2,6806 36	,86870 2,4167 36	1,10063 3,0278 36	,88259 3,0833 36	,78147 3,1429 35
Total	,79491 3,6941 315	,60170 3,1188 314	,91152 2,8429 313	,95732 2,4984 311	,90633 2,6431 311	1,10805 3,2355 310	,93732 3,6849 311	,81864 3,4968 311
	,63391 Std. Deviation	,66245 Std. Deviation	,91943 Std. Deviation	,83810 Std. Deviation	,91030 Std. Deviation	1,09988 Std. Deviation	,91778 Std. Deviation	,79514 Std. Deviation

ANOVA Table

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
F1_omgang * Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met de HAP?	6,682	4	1,670	4,333	,002
F2_werkwijze * Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met de HAP?	119,497	310	,385	,275	,894
F3_contact * Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met de HAP?	,487	4	,122	,443	,158
F4_informatie * Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met de HAP?	136,869	309	,438	1,196	,312
F5_SEH * Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met de HAP?	5,578	4	1,394	1,170	,324
F6_kennis * Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met de HAP?	258,171	308	,838	1,807	,127
F7_tel_bereik * Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met de HAP?	3,353	4	,838	1,170	,324
Y_imgao * Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met de HAP?	214,396	306	,701	1,807	,127
Total	3,870	4	,967	1,170	,324
Between Groups	253,013	306	,827	1,807	,127
Within Groups	8,652	4	2,163	6,019	,000
Total	365,158	305	1,197	4,762	,791
Between Groups	19,047	4	4,762	14,119	,009
Within Groups	242,072	306	,791	2,119	,613
Total	261,119	310	1,170	1,170	,324
Between Groups	8,476	4	2,119	3,458	,009
Within Groups	187,520	306	,613	1,170	,324

F1_omgang F2_werkwijze F3_contact F4_informatie F5_SEH F6_kennis F7_tel_bereik Y_Imago
 Is het beeld dat u heeft vande HAP naar aanleiding van uw laatste contact... Report

	F1_omgang	F2_werkwijze	F3_contact	F4_informatie	F5_SEH	F6_kennis	F7_tel_bereik	Y_Imago
Postief veranderd	3,9148 46	3,1632 46	2,8986 46	2,5000 46	2,7717 46	3,2174 46	3,8222 45	3,7500 46
Std. Deviation	53431	,78608	1,02769	,90062	1,09396	1,15303	1,05073	,68109
Negatief veranderd	2,9944 20	2,3821 20	2,7037 18	2,6389 18	2,3947 19	3,3333 18	3,6000 20	2,7750 20
Std. Deviation	87450	,76341	1,07186	,76323	,98006	1,09465	,94032	,97973
Bevestigd/geleken	3,7838 193	3,2127 193	2,8986 194	2,4453 192	2,6969 193	3,2969 192	3,8187 193	3,5984 193
Std. Deviation	53707	,59167	,88183	,78659	,88384	1,09754	,82491	,72216
N	3,4708	3,0837	2,6420	2,6545	2,4135	3,0377	3,2642	3,2830
Std. Deviation	71529	,61940	,83202	,95196	,77166	1,05543	,96379	,79970
Mean	3,6972	3,1301	2,8429	2,5016	2,6419	3,2427	3,7106	3,5144
N	315	313	312	311	310	309	311	312
Std. Deviation	63665	,66770	,91626	,83425	,91155	1,09722	,91220	,78200

ANOVA Table

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
F1_omgang * Is het beeld dat u heeft vande HAP naar aanleiding van uw laatste contact...	16,371	3	5,457	15,304	,000
Between Groups	110,889	311	,357		
Within Groups					
F2_werkwijze * Is het beeld dat u heeft vande HAP naar aanleiding van uw laatste contact...	12,671	3	4,224	10,323	,000
Between Groups	126,426	309	,409		
Within Groups					
F3_contact * Is het beeld dat u heeft vande HAP naar aanleiding van uw laatste contact...	3,274	3	1,091	1,306	,272
Between Groups	257,253	308	,835		
Within Groups					
F4_informatie * Is het beeld dat u heeft vande HAP naar aanleiding van uw laatste contact...	2,234	3	,745	1,071	,362
Between Groups	213,515	307	,695		
Within Groups					
F5_SEH * Is het beeld dat u heeft vande HAP naar aanleiding van uw laatste contact...	5,233	3	1,744	2,122	,097
Between Groups	251,521	306	,822		
Within Groups					
F6_kennis * Is het beeld dat u heeft vande HAP naar aanleiding van uw laatste contact...	2,967	3	,989	,820	,484
Between Groups	367,829	305	1,206		
Within Groups					
F7_tel_bereik * Is het beeld dat u heeft vande HAP naar aanleiding van uw laatste contact...	13,622	3	4,541	5,705	,001
Between Groups	244,333	307	,796		
Within Groups					
Y_Imago * Is het beeld dat u heeft vande HAP naar aanleiding van uw laatste contact...	17,688	3	5,896	10,528	,000
Between Groups	172,497	308	,560		
Within Groups					

F1_omgang F2_werkwijze F3_contact F4_informatie F5_SEH F6_kennis F7_tel_bereik Y_imgago * Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met uw eigen huisarts? Report

Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met uw eigen huisarts?	F1_omgang	F2_werkwijze	F3_contact	F4_informatie	F5_SEH	F6_kennis	F7_tel_bereik	Y_imgago
Maandelijks	Mean 3.574	2.9302	2.3623	2.3913	2.1458	3.3043	4.0870	3.4400
	N 24	24	23	23	24	23	23	25
	Std. Deviation .79968	.98002	.99966	.86545	.89052	1.10514	.59643	1.03401
Aantal keren per jaar	Mean 3.7205	3.1447	2.9253	2.4950	2.7512	3.2079	3.6782	3.5223
	N 203	203	203	202	201	202	202	202
	Std. Deviation .62879	.62224	.91664	.85372	.92348	1.10013	.93597	.79433
Jaarlijks	Mean 3.6822	3.1200	2.8533	2.6458	2.5208	3.0435	3.6000	3.3696
	N 25	25	25	24	24	23	25	23
	Std. Deviation .67767	.77685	.89794	.87823	.85312	1.10683	1.15470	.78650
Zelden	Mean 3.8996	3.1403	2.8229	2.5391	2.5952	3.3438	3.6508	3.5000
	N 65	64	64	64	63	64	63	64
	Std. Deviation .58105	.62114	.88825	.79834	.88835	1.10150	.84546	.74001
Totaal	Mean 3.6988	3.1255	2.8577	2.5080	2.6554	3.2308	3.6965	3.5000
	N 317	316	315	313	312	312	313	314
	Std. Deviation .63593	.66689	.91902	.84301	.91997	1.09865	.92016	.79535

ANOVA Table

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
F1_omgang * Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met uw eigen huisarts?	.588	3	.196	.482	.695
Between Groups	127.204	313	.406		
Within Groups	1.005	3	.335	.751	.522
F2_werkwijze * Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met uw eigen huisarts?	139.129	312	.446		
Between Groups	6.646	3	2.216	2.666	.048
Within Groups	258.583	311	.831		
F4_informatie * Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met uw eigen huisarts?	.865	3	.288	.403	.751
Between Groups	220.865	309	.715		
Within Groups	8.741	3	2.914	3.527	.015
F5_SEH * Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met uw eigen huisarts?	254.470	308	.826		
Between Groups	1.854	3	.618	.509	.676
Within Groups	373.531	308	1.213		
F7_tel_bereik * Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met uw eigen huisarts?	3.938	3	1.313	1.559	.199
Between Groups	280.228	309	.842		
Within Groups	.582	3	.194	.304	.822
Y_imgago * Hoe vaak heeft u, gemiddeld genomen, contact met uw eigen huisarts?	197.418	310	.637		

Factor analyse

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,893
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square
	3369,925
	df
	351
	Sig.
	,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	8,628	31,956	31,956	8,628	31,956	31,956	5,498	20,362	20,362
2	2,013	7,454	39,410	2,013	7,454	39,410	3,806	14,096	34,458
3	1,839	6,811	46,221	1,839	6,811	46,221	2,096	7,762	42,220
4	1,454	5,384	51,605	1,454	5,384	51,605	1,722	6,376	48,596
5	1,361	5,039	56,644	1,361	5,039	56,644	1,672	6,194	54,790
6	1,145	4,241	60,885	1,145	4,241	60,885	1,424	5,272	60,062
7	1,036	3,837	64,722	1,036	3,837	64,722	1,258	4,660	64,722
8	,945	3,501	68,223						
9	,865	3,203	71,426						
10	,710	2,628	74,054						
11	,693	2,568	76,622						
12	,644	2,385	79,007						
13	,600	2,221	81,228						
14	,548	2,031	83,259						
15	,518	1,919	85,178						
16	,488	1,807	86,985						
17	,458	1,696	88,681						
18	,402	1,490	90,170						
19	,387	1,432	91,603						
20	,378	1,398	93,001						
21	,339	1,256	94,258						
22	,318	1,176	95,434						
23	,298	1,104	96,538						
24	,271	1,004	97,542						
25	,257	,951	98,493						
26	,212	,784	99,277						
27	,195	,723	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Regressie

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,748 ^a	,559	,548	,53416	1,871

a. Predictors: (Constant), F7_tel_bereik, F4_informatie, F6_kennis, F5_SEH, F3_contact, F1_omgang, F2_werkwijze

b. Dependent Variable: Y_Imago

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	107,704	7	15,386	53,926	,000 ^a
	Residual	85,026	298	,285		
	Total	192,730	305			

a. Predictors: (Constant), F7_tel_bereik, F4_informatie, F6_kennis, F5_SEH, F3_contact, F1_omgang, F2_werkwijze

b. Dependent Variable: Y_Imago

77

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	-,675	,235		-2,867	,004		
	F1_omgang	,549	,073	,414	7,543	,000	,491	2,036
	F2_werkwijze	,322	,073	,256	4,425	,000	,442	2,264
	F3_contact	,069	,037	,079	1,857	,064	,819	1,221
	F4_informatie	,100	,038	,105	2,635	,009	,934	1,071
	F5_SEH	,043	,036	,049	1,178	,240	,858	1,165
	F6_kennis	,082	,028	,113	2,885	,004	,963	1,039
	F7_tel_bereik	,084	,038	,092	2,213	,028	,854	1,172

a. Dependent Variable: Y_Imago

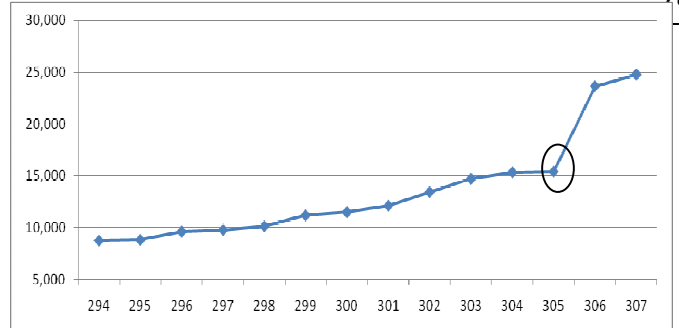
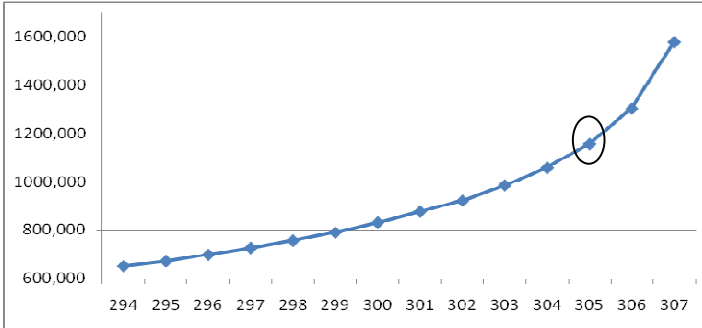
Clusteranalyse

Agglomeration Schedule - Ward's Method

Stage	Cluster Combined		Coefficients	Stage Cluster First Appears		Next Stage
	Cluster 1	Cluster 2		Cluster 1	Cluster 2	
1 - 189						
290	16	126	579,732	276	288	293
291	26	27	595,000	284	274	303
292	4	28	612,193	287	260	302
293	16	38	630,398	290	255	299
294	1	14	649,938	266	280	301
295	15	17	670,017	283	281	304
296	2	12	697,145	278	267	297
297	2	13	725,341	296	279	300
298	11	30	755,270	277	285	301
299	3	16	789,543	248	293	304
300	2	10	830,738	297	286	303
301	1	11	875,644	294	298	306
302	4	5	921,330	292	289	305
303	2	26	984,848	300	291	306
304	3	15	1057,599	299	295	305
305	3	4	1155,927	304	302	307
306	1	2	1303,750	301	303	307
307	1	3	1578,564	306	305	0

Agglomeration Schedule - Between groups linkage

Stage	Cluster Combined		Coefficients	Stage Cluster First Appears		Next Stage
	Cluster 1	Cluster 2		Cluster 1	Cluster 2	
1 - 189						
290	89	163	7,498	0	280	303
291	1	5	7,820	285	286	293
292	9	115	8,292	288	284	296
293	1	19	8,424	291	251	296
294	11	93	8,772	0	281	301
295	4	7	8,837	275	279	300
296	1	9	9,633	293	292	298
297	26	206	9,785	283	0	299
298	1	16	10,138	296	278	299
299	1	26	11,199	298	297	302
300	4	102	11,488	295	289	302
301	11	56	12,127	294	274	305
302	1	4	13,445	299	300	303
303	1	89	14,701	302	290	305
304	2	41	15,337	287	0	306
305	1	11	15,406	303	301	306
306	1	2	23,647	305	304	307
307	1	291	24,760	306	0	0



K-means met drie clusters:

ANOVA

	Cluster		Error		F	Sig.
	Mean Square	df	Mean Square	df		
F1_omgang	20,386	2	,227	303	89,730	,000
F2_werkwijze	26,804	2	,227	303	118,282	,000
F3_toegang	26,568	2	,659	303	40,336	,000
F4_informatie	4,921	2	,669	303	7,358	,001
F5_SEH	21,565	2	,697	303	30,946	,000
F6_kennis	101,376	2	,536	303	189,252	,000
F7_tel_bereik	22,745	2	,614	303	37,039	,000
Y_Imago	43,689	2	,348	303	125,656	,000

The F tests should be used only for descriptive purposes because the clusters have been chosen to maximize the differences among cases in different clusters. The observed significance levels are not corrected for this and thus cannot be interpreted as tests of the hypothesis that the cluster means are equal.

Importance-performance

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Performance					
F1_OMGANG	310	1,00	5,00	3,7057	,64428
F2_WERKWIJZE	309	1,00	5,00	3,1326	,71300
F3_TOEGANKELIJKHEID	308	1,00	5,00	2,8574	,92462
F4_INFOVZ	306	1,00	5,00	2,5174	,85850
F5_SEH	305	1,00	5,00	2,6456	,94025
F6_KENNIS	308	1,00	5,00	3,2278	,85147
F7_TELEFOON	306	1,00	5,00	3,7035	,92743
OVERALL_IMAGE	307	1,00	5,00	3,5110	,80236
Median				3,1802	
Mean				3,1626	
Importance					
F1_Belang	255	1,00	5,00	4,2788	,56661
F2_Belang	249	1,00	5,00	4,0901	,53068
F3_Belang	248	1,00	5,00	3,6092	,75912
F4_Belang	248	1,00	5,00	3,6531	,65658
F5_Belang	232	1,00	5,00	3,6012	,83359
F6_Belang	247	2,50	5,00	4,0593	,49919
F7_Belang	245	1,00	5,00	4,5216	,64391
BELANG_IMAGE	239	1,00	5,00	3,7771	,72451
Median				3,9182	
Mean				3,9488	

Kwalitatieve resultaten

Opmerkingen

's ochtends gebeld, 's middags afspraak, direct aan de beurt. Vriendelijk en zorgvuldig behandeld, zowel aan de telefoon als door de dokter. Ik ben blij dat de post er is, als je ze nodig hebt in een weekend.
1 x naar toe geweest zonder te bellen, dit in paniek gedaan omdat we er langskwamen, even moeten wachten daarna geholpen doorgestuurd eerste hulp werden positief behandeld.
1. Ze zijn best vriendelijk.2. Wachtijd vind ik te lang.
Aantal keren dat ik de HAP heb bezocht was niet voor mezelf maar voor mijn zoontje, toen 2,5 mnd, later met 9 mnd.
Afhankelijk van degene die de telefoon opneemt. De ene keer word je geholpen, de andere keer krijg je het advies om maandag naar de eigen HA te gaan. Dit is niet goed, je belt nl. niet voor niets.
Alleen eigen huisarts tot nu toe.
Als alternatief voor je eigen HA n goede oplossing, alleen voor medicijnen zou n makkelijke oplossing moeten komen.
Als het nodig is, fijn dat ze er voor je zijn! Er moeten wel meer telefoonlijnen komen, of in de wacht gezet worden, je moet meerdere keren bellen om contact te krijgen.
Als ik de HOV bezocht vond ik het erg positief, geen wachttijden, vriendelijk geholpen. Ook via mijn werk heb ik regelmatig telefonisch contact met HOV, dan ook ervaar ik dit positief, professioneel behandeld.
Als je de HAP belt moet je ooit nog een uur wachten voordat je geholpen wordt. In onze regio bellen ze ooit de HAP omdat wij niet altijd terecht kunnen bij de HA in de ochtend of avond en wordt er gezegd dan bel ik de HAP (dit is toch zeker niet de bedoeling).
Altijd interesse, dus belangstelling, en de behandeling die nodig is! Volkomen tevreden ben ik als patiënt.
Beeld gecreëerd adhv ervaring met telefonisch contact
Beeld is duidelijk, alleen bij spoed wat niet kan wachten tot de huisarts aanwezig is.
Ben direct geholpen, werd gerustgesteld met uitleg.
Ben eenmaal bij de HAP geweest. Werd zeer goed behandeld en direct doorgestuurd naar ziekenhuis voor verder onderzoek.
Ben EHBO'er, iemand doorgestuurd op verdenking van breuk, mocht niet komen. Bleek later inderdaad fractuur te zijn. In persoonlijke situatie wel correct behandeld.
Ben heel goed geholpen en ben tevreden ook als de dokter thuis moest komen.
Ben nog nooit op de huisartsenpost geweest
Beperkt contact met HAP, veel vragen niet kunnen beantwoorden
Bezoek als zeer positief ervaren, vriendelijk behandeld en goed geholpen.
Bij de HAP moet veel te veel vragen beantwoorden voor er een dokter komt. Je vraagt hulp omdat het nodig is.
Bij mij niet de juiste beslissing genomen voor herstel. Als ik eerder naar de fysio was gestuurd had ik nu geen last van mijn gewrichten.
Bij mijn man is op het HOV een agina pectoris aangezien als hyperventilatie waardoor hij 2 weken later op 31-jarige leeftijd een hartinfarct kreeg. Ikzelf heb een vaginale schimmelinfectie gehad waar ik canesten 30 voor vroeg (krijg ik vaker van mijn huisarts) helaas moest ik dit oplossen van de assistente in de zomer met 30 gr. dmv yoghurt erop te smeren terwijl ik nog gezegd te gaan zwemmen met mijn kinderen. Dit zijn belachelijke behandelingen waarvan ik eigenlijk een klacht had moeten indienen.
Contact was is geweest was prima hulpverlenend.
De arts vd HAP zei dat ik gescheurde banden vd middenvoetsbeentjes had, of misschien was t zwaar gekneusd (dit zonder foto's te maken). Na 3 dagen bleek mijn voet toch gebroken te zijn (7 weken gips).

De bereikbaarheid van de HAP is erg problematisch. Zeker op oudere leeftijd. De vertrouwensband met de huisarts is niet vervangbaar door een HAP. Instelling van HAP is een noodzakelijk kwaad.
De ene keer dat we zijn geweest zijn we netjes ontvangen en is ons zontje keurig onderzocht. Was een vriendelijke arts.
De HAP is heel fijn als je eigen HA er niet is. Ze zijn er vriendelijk en helpen je op een goede manier. Ook is de HAP makkelijk te bereiken.
De HAP kan goede adviezen geven en goed geruststellen. Met kleine kinderen kun je soms niet wachten tot je eigen HA weer bereikbaar is en dan is een betrouwbare HAP belangrijk. Met een echt levensbedreigend spoedgeval zou ik wel naar de SEH gaan.
De HAP zie ik positief, als er iets is kan je altijd terecht. De telefoniste is behulpzaam, nemen altijd het zekere voor het onzekere, waardoor ik soms het idee heb dat de HA die je daar ziet, het idee heeft (geeft) 'wat kom je doen?' Zeker de laatste twee keer heb ik dat gehad = jammer. Algemeen = verder goed. HA weten te weinig soms, zou handig zijn als de basis bekend is, heeft reuma bv. Je moet erg veel uitleggen soms, dan heb je het idee dat je eigen diagnose stelt.
De keren dat ik de HAP heb gebeld, was ivm zieke kinderen. Ik kan niet anders zeggen dan dat ik altijd goed/vriendelijk en behulpzaam te woord ben gestaan.
De telefonistes vaak onvoldoende bekwaamheid genieten.
Door enkele keren verkeerde diagnoses gesteld te hebben en de lange wachttijden is mijn beeld over de HOV negatief.
Drie keer met HAP te maken gehad, drie keer zeer goed en vriendelijk geholpen.
Duurt te lang voor je iemand aan de lijn hebt. In dezelfde tijd ben ik al op de eerste hulp.
Een aantal keren bij de HAP geweest over het algemeen tevreden hierover muv een keer; bezoek met mijn dochter met krentenbaard (ernstig) werd afgedaan als niets aan de hand, niet besmettelijk en hoefde niet behandeld te worden. Na bezoek aan eigen huisarts werd wel diagnose krentenbaard gesteld en bleek dus wel zeer besmettelijk en moet het wel behandeld worden.
Een bezoek aan de HOV is voor mij alleen bij spoed. Dan vind ik de wachttijd veel te lang om daar te zitten.
Een keer nodig gehad voor mijn kind, toen zeer goed geholpen. Ervaringen van zus uit regio Nijmegen slecht op dit gebied. Het kan dus ook anders. Fijn dat het hier goed geregeld is, zeker met kinderen.
Een keer telefonisch (positief) contact gehad. Weet eigenlijk niet wat het adres is, is mij nooit verteld.
Eerst moet de gehele administratie verwerkt worden (polis, naam, etc) E 28,50. Daarna wordt pas gevraagd wat er aan de hand is. vervolgens stelt de telefoniste/assistente de diagnose en bepaalt zij of het toegestaan is E 98,- op consult te mogen komen. Telefonische behandeling is vaak zeer onvriendelijk, kortaf en met weinig begrip van emotie bij patiënt/ander.
Er wordt goed geluisterd naar mijn probleem en ook op gereageerd. Ik word serieus genomen en niet zo gauw afgewimpeld.
Er zitten te veel onbekwame telefonistes die denken de dokter te zijn. Vragen het hemd van je lijf en zeggen dan uiteindelijk kan het niet wachten om contact met eigen HA op te nemen. Dus u begrijpt het is een hele strijd om de HOV te bellen.
Ervaringen met de HAP zijn erg goed, vriendelijke en deskundige medewerkers. We hebben het gevoel dat er serieus wordt geluisterd en gekeken.
Fijn dat die er is, na 17.00 vaak geen HA te bereiken en in de weekenden ook niet. Dan fijn als je een HAP achter de hand hebt als er toch opeens iets op doet.
Geen beeld van de HAP omdat ik er nog nooit gebruik van heb gemaakt.
Geen beeld van, weet er niet veel van, geen informatie en geen ervaring mee.
Geen contact met HAP, alleen eigen HA
Geen flauw idee, nog nooit geweest
Geen persoonlijke ervaring. Hoopt gezien ervaringen uit omgeving dat dit zo blijft

Gelukkig de HAP niet vaak nodig gehad. Het beeld dat ik heb van deze post is wisselend. Viel voor mijzelf het contact tegen, dan stond daar een zeer positief contact voor mijn kleinkinderen tegenover.
Goed beeld, alleen moeten aan de telefoon niet te lang doorvragen maar eerder de mensen laten komen!
Goed behandeld. Bij ernstige voorvallen lijkt me de post niet zo praktisch omdat die verder weg zit en teveel onder zich kan hebben. Lijkt me niet goed voor de zorg.
Goed bereikbaar, correct werkend, noodopvang. Capaciteit rekenkundig gemiddeld. Bij piek en onderbezetting problemen. Inschatting ernst moeilijk. Doorschuiven naar 'normale werkweek' arts. Deskundigheid en persoonlijke inschatting bij SEH is beter.
Goed en vlot geholpen, goede uitleg gekregen
Goed te woord gestaan door arts en assistent; duidelijke uitleg
Goed toegankelijk, goed luisterend oor, vriendelijke en geruststellende benadering
Goed: fijn dat de apotheek er mee bij zit.
HAP gebruik ik alleen in noodgevallen, denk dat het daar ook voor bestemd is.
HAP is er voor SPOEDgevallen die niet tot het gewone spreekuur van de HA kunnen wachten. Personen zijn vaak wat kortaf. Je moet LANG wachten.
HAP te makkelijk toegankelijk voor geen spoedgevallen, daardoor te druk bezocht door binnenlopers en klachten die ook kunnen wachten tot later.
HAP voor matige spoedgevallen, indien grote twijfel over aard van aandoening of mate van pijn liever naar SEH, daar is heel team en apparatuur aanwezig.
Heb er beroepsmatig en privé mee te maken, zeker met 2 kleine kinderen. Heb ik wel eens contact met HOV. Deze stellen mijn altijd gerust, nemen geen risico en laten je vlug op consult komen als je het niet vertrouwd. Altijd een vriendelijke en correcte benadering. Ik werk ook 's nachts in een verzorgingshuis. HOV-artsen zijn bijna altijd vriendelijk en stellen onze cliënten altijd op hun gemak. Geven mij een veilig gevoel als ze geweest zijn.
Heb geen enkele ervaring met HAP, ook niet via anderen. Verspreiding van folder met info is belangrijk.
Heb het idee dat ze het te druk hebben en daardoor moeizamer prioriteiten stellen. Ook hebben ouderen of minder mondige mensen meer moeite 'gehoord' te worden.
Heb regelmatig contact met HAP vanwege mijn werk. Ben zeer tevreden maar vind wachttijd aan telefoon soms lang.
Hebben snel mening klaar zonder het gezien te hebben
Heel vriendelijke en bezorgt, blij dat ik er heen kon.
Het beeld van de HAP is niet zo duidelijk. Wel bekend dat ze er buiten de tijden zijn voor zaken die niet kunnen wachten voor eigen huisarts.
Het beeld wat ik er van heb is goed.
Het gaat best goed alleen de afstand naar 's-Hertogenbosch is ver voor ouderen.
Het is duidelijk te merken dat de hulp aan/voor patiënten centraal staat. Vriendelijke mensen
Het rijdend personeel is een aantal keertjes voor mijn moeder uitgerukt. Het viel mij op dat ze allemaal elke keer vrij goed op de hoogte waren van de situatie. Ze waren ook erg behulpzaam en tegemoetkomend.
Het zou fijner en beter zijn wanneer er meer met het ziekenhuis wordt samengewerkt, wij zijn nu in de situatie (kind met astma) dat we naar het ziekenhuis rijden.
HOV wordt bijna nooit bezocht, ook huisarts niet. Gelukkig maar, maar als het nodig is, moet deze hulp wel beschikbaar zijn.
Ik ben de afgelopen jaren met mijn man nog al eens op de post geweest, en heb het positief ervaren.
Ik ben er altijd goed geholpen, ik hoor wel vaak rare verhalen, maar zelf ben ik wel tevreden. Heb er nog geen problemen mee gehad. Hopelijk blijft dit zo.
Ik ben er geweldig over te spreken. Het is echt nodig als ik bel omdat het altijd plotseling opzet.

Ik ben erg positief over de HAP. Een hele slechte ervaring met HOV (2003). Zootje van 6 weken bleek longontsteking te hebben en heeft 8 dagen in ziekenhuis gelegen. Assistente bleef aan telefoon volhouden paracetamol te geven. Kwaad geworden en uiteindelijk toch afspraak gepland.
Ik ben op zich zeer positief over de post. Alleen vindt het jammer dat je vaak lang moet wachten (vooral met een kind met beperking). Soms zit de wachtruimte bomvol. Voor de kinderen is er weinig vermaak. In Oss wordt niet duidelijk aangegeven waar je kunt parkeren. Voor de deur zijn 3 of 4 parkeerhavens en als ze vol staan gaan ze dubbelparkeren. Terwijl de bij de GGZ ook kunt parkeren.
Ik heb een aantal keren helaas contact moeten zoeken met HOV. Soms had ik het gevoel te hebben niet serieus genomen te worden. Wel voor m'n kind maar niet voor mijn man. Terwijl hij nooit bij een dokter komt al jaren niet! Had ik wel verwacht dat hij langs mocht komen voor zijn hele erge hoofdpijn en duizeligheid, maar dat mocht niet! We waren echt ongerust!
Ik heb een positief beeld van de HAP in Zaltbommel. Maar er is wel een negatief punt nl. dat deze post na 23.00 sluit en dat wij (de patiënten) dan aangewezen zijn op de post in 's-Hertogenbosch.
Ik heb het beeld alleen in weekends bij de HAP terecht te kunnen en wellicht 's avonds of 's nachts. Bij elk bezoek ervaar ik de grote twijfel over de informatie die de HAP over mij heeft. Ook twijfel aan de kwaliteit van zorgverlening. Wanneer je pijn ervaart is elke vorm van verplaatsen vervelend, negatieve kijk op de gang van zaken.
Ik heb in begin 2009 HAP bezocht, maar mijn klacht was niet opgelost. Ben nadien naar de eigen HA moeten gaan, met zelfde klacht. Ben toen doorgestuurd.
Ik heb nog nooit gebruik gemaakt van de HAP. Als het geen spoed is probeer ik te wachten tot mijn eigen ha bereikbaar is. Is het spoed zal ik eerst bellen, duurt dit te lang (bereikbaarheid) of als ik het gevoel heb dat men de ernst vd situatie niet goed inschat, dan zou ik naar de EHBO gaan.
Ik heb zowel goede als minder goede ervaringen met HOV. Ik bel liever niet dan wel! Als ik dan bel dan heb ik altijd het idee dat ik afgehouden word om een of andere reden. Laatste keer dat ik belde was iov HA. Daar waren we do+vr al geweest. Na lang aandringen 'mochten' we zaterdag komen. Toen bleek toch dat dochter opgenomen moest worden. Was erg blij dat ik aangedrongen had om een afspraak te krijgen! Vind wel positief dat de wachttijden minder lang zijn dan paar jaar geleden.
Ik kan niet anders zeggen dat ik zeer goed geholpen ben., zo vaak ik geweest ben. Ben zeer tevreden.
Ik vertrouw erop dat de HAP alles doet om een zo goed mogelijke zorg te verlenen. Ik verwacht hierin geen verschil met de kwaliteit van andere zorgverleners.
Ik vind dat de HAP goed hun werk doen, alleen wat ze nog kunnen verbeteren is dat ze de patiënten serieuzer moeten nemen aan de telefoon.
Ik vind de wachttijd lang, maar word wel serieus genomen en geholpen. Met name bij de kinderen (2 en 3,5) nemen ze weinig risico en kun je over het algemeen snel terecht. Bij volwassenen 'zeuren' ze wat meer en zijn ze terughoudend.
Ik vind het belangrijker dat de HOV snel en accuraat een goede diagnose stelt, dan dat er begrip is voor de persoonlijke achtergronden. Het is nu eenmaal een spoedgeval. Voor de rest kun je beter naar de HA gaan, die is in deze gevallen ook op de hoogte van de prive-situatie.
Ik vind soms dat de telefoniste de ernst van een telefoontje kan onderschatten. Daardoor twijfel over advies.
Ik vond het zeer goed dat een dokter van de HAP na een verkeerde diagnose bij mij in het ziekenhuis kwam om zijn excuses aan te bieden.
In het algemeen een goede indruk van HAP omdat ik zelf nog geen negatieve ervaring heb meegemaakt. Slechts 1 x de HAP bezocht.
Ja goed.
Jammer dat het zo lang duurt voordat een telefoon wordt opgenomen!!! (langer als 'n kwartier)
Je moet stevig in je schoenen staan, anders verwijzen ze je makkelijk naar je huisarts.
Lang wachten, of de arts is dan weg. Dan heb je de klacht niet meer.

Lange wachttijd, eerst telefonisch (een heel vragenlijst en informatierijtje) en als ze dan besluiten dat je toch even langs mag komen moet je ook meestal pas over een 20 min-uur laten komen. Hier ben ik het niet mee eens, onze dochter dat haar vinger openliggen en moest direct gehecht worden, maar een uur later waren we pas aan de beurt en dat is voor kinderen veel te lang. Ze vinden het al eng al dat bloed en de pijn en dan nog zo'n lange wachttijd.
Lange wachttijden telefoon en post. Niet gerustgesteld na bezoek, bij volgende gelegenheid naar eigen HA.
Lastig dat de post in Den Bosch zit ivm lange reistijd.
Meer naar de individuele patiënt kijken. Vader met hartinfarct naar huis gestuurd ipv naar ziekenhuis, foute beslissing. Als er nu ernstige zaken gaan we niet meer naar de HAP. Houding van de werkzame HA is heel divers.
Mensen moeten zich aan afspraken houden (tijd is tijd) anders berichten.
Mijn beeld is na de laatste keer negatief veranderd. Heb 1 uur en 15 minuten moeten wachten, voordat ik aan de beurt was. Terwijl er wel een afspraak gemaakt was. Heb deze ervaring niet eerder gehad. Maar vond t wel vervelend. Vind t ook wel vervelend dat we altijd een eindje moeten rijden om de HOV te bereiken. 1 Apotheek als dienstdoende is wel heel ideaal.
Mijn ervaring is niet positief genoeg om er 100% vertrouwen in te hebben. Ik handel meestal op gevoel, moet zelf als dokters-gedachte meer handelen en dat is in sommige gevallen niet prettig. Enorme wachttijden ook meegemaakt.
Mijn ervaring met de HAP zijn goed. Ik ben hier wel eens geweest met een van mijn dochtertjes en heb een paar keer gebeld ivm de kinderen, dat ze bijv. waren gevallen. Ik kreeg voldoende informatie en was na het tel.gesprek gerustgesteld.
Mijn man heeft een herseninfarct gehad 6,5 jaar geleden, zeer ernstig en is altijd thuis. Als er iets met hem is, staan de artsen altijd klaar.
Mijn man is overleden, laatste maanden van 2008 veel contact gehad met HOV. Blijft afstandelijk! Vooral mensen aan telefoon. Artsen heel verschillend.
Mijn twee kindjes zijn astmatisch, waardoor ik in de wintermaanden met zieke kindjes zit. Nog nooit hebben ze met het kluitje in het riet gestuurd, wat ik bij anderen wel hoor! Ik heb geen klagen!
Nadeel: afstand tot post Veghel vanuit Uden.
Nauwelijks goed beeld; maak/hoeft er zelden gebruik van te maken. Wacht desnoods tot spreekuur HA (indien geen hele hoge nood!) Heeft voor mij een hogere drempel, ben er onbekend mee (en vind het daarom bovendien ook nogal onhandig).
Negatief beeld van HAP. Hoor veel verhalen over mensen die ze 'aan laten modderen'. Je kunt via de telefoon geen diagnose stellen.'
Netjes, accuraat, kundig, snel i.n.
Niet echt heel duidelijk wanneer naar HAP de gaan.
Noch positief, noch negatief; te weinig contact.
Nog maar drie keer in de drie jaar contact gehad. Alle keren goed geholpen! Ik heb geen vergelijking met andere posten.
Nog nooit bij HAP geweest
Nog nooit bij HOV geweest, dus niet alle vragen kunnen beantwoorden
Nog nooit contact gehad. Hoor wel allerlei verhalen, soms positief, soms negatief, maar weet niet wat die waard zijn.
Nog nooit gebruik gemaakt van HAP. Heb het idee dat ik het pas nodig heb bij SEH die niet tot na weekeinde kan wachten.
Nooit contact met de HAP.
Onbereikbaar en onpersoonlijk

Ondeskundig advies aan telefoon. Laten ernstig zieke patiënten naar post komen, vinden visite niet nodig. Onderschatten ernst van probleem. Mag ondanks werkdruk niet gebeuren, patiënt mag niet de dupe worden. Zo ontstaat: geen vertrouwen in HAP.
Ongeveer 5 jaar geleden deed ik 's avonds (23.30) een beroep op de post met het verzoek even te komen kijken, daar mijn man niet kon rijden. Maar er was geen denken aan, ik moest zelf maar komen. Afgelopen jaar belde ik voor een telefonisch advies vanwege een hondenbeet, maar kreeg het verzoek om even te komen, dus dat was positief.
Ontevreden vanwege een keer onterechte diagnose en onvriendelijke arts.
Oude vrouw wordt midden in de nacht naar huis gestuurd, terwijl met de ambulance gebracht werd naar het ziekenhuis.
Paar keer gebruik gemaakt van SEH van het ziekenhuis. Bijv bij verdenking gebroken enkel, je weet zeker dat er foto's gemaakt worden, en bij n gebroken kaak waar je voelt dat de kaak scheef staat, er moet een foto gemaakt worden.
Parkeergelegenheid post Oss onvoldoende.
Positief beeld, vriendelijk, begrip voor onrust. Ook zeer nodig een huisartsenpost.
Positief! Drempel is iets hoger dan bij je eigen HA, maar dat vind ik niet vervelend. Anders zouden spoedgevallen er niet terecht kunnen.
Prettig dat je altijd terecht kan als iets hebt.
Prima beeld. Indien wij denken dat het nodig is om de HAP te bellen in geval van nood, dan doen wij dat. Na goed overleg met de telefoniste wordt altijd bepaald od het nodig is om naar de post te gaan.
Prima geregeld.
Problemen met bereikbaarheid post Oss taxi/OV\
Slechte ervaringen met eigen HA. In zeer slechte nachten toevlucht gezocht bij HOV. Daar ging n zeer op prijs gestelde rust van uit. Er werd niet op beeldschermen getuurd en gezwegen, maar gepraat.
Slechte service en of handeling, ik moet de volgende dag naar eigen HA. Hoe ziek moet je zijn voor ze thuis komen bij volwassenen met 40 gr koorts vind ik dat met langs moet komen.
Slechts 1 maal beroep gedaan op de HAP, telefonisch. Alleen bij grote urgentie doen we een beroep op de HAP. Bij gebroken pols van dochter naar SEH gegaan. Ik was 'vergeten' dat ik eigenlijk eerst naar HAP had moeten. Beeld wordt mede gevormd door tv-programma.
Snelle afhandeling bij maken van afspraken. Ook telefonisch goede adviezen gehad. Vriendelijk behandeld. Nadeel blijft dan je eigen arts er niet is. Daarom ligt mijn voorkeur niet bij bezoeken HOV. Ben wel erg blij dat het er is, zeker met kinderen.
Soms zijn de artsen niet beleefd en doen maar iets. Mijn partner had een flinke snee bij z'n wenkbrauw, de arts keer er niet eens naar en deed er lijm op en we konden weer gaan. Hij heeft er nog last van. Zou het handig vinden dat de HAP in het systeem van de HA kan zodat hij/zij alle voorgeschiedenis kan zien (Medicijnen ed)
Te ver af tot de klant (kent de klant/patiënt niet), ook afstand HAP te ver (naar Oss), alleen bereikbaar per auto. Te duur om te bellen (0900-nummer). Ik probeer het uit te stellen tot ma-ochtend, omdat je eigen artsen niets hoeft uit te leggen, die kennen je dossier. Afstand te ver, het rijden er naar toe, het wachten, te lang (streekgebonden problemen), gevolg: ma-ochtend HA onbereikbaar, telefoon overbezet.
Te weinig ervaring om er een goed beeld van te hebben.
Telefonisch contact is goed, daarna zijn ze vaak bereid om langs te komen thuis, goed luisterend oor. Maar uiteindelijk komt het toch op neer dat je altijd maandagmorgen naar je eigen huisarts toe moet.
Telefonisch contact is heel belangrijk, daar is al de eerste beoordeling van de klacht/vraag
Telefonisch word ik perfect te woord gestaan en zelfs gerustgesteld, maar door de dienstdoende arts een aantal keer zo vlug mogelijk met een paracetamol weer weggestuurd. Ik ben er nu zo'n twee maal geweest en alle twee de keren was het erg druk, dus lang wachten. Maar ja, daar kunnen ze ook weinig aan doen. Ze kunnen er slechts tien dokters neerzetten.
Telefonische belofte van een adequate behandeling bleek bij bezoek niets te kunnen betekenen voor klacht

Telefonische bereikbaarheid & duidelijke vermelding in telefoonboek vind ik een pre. M'n eigen idee vd klachten bijvoorbeeld vermoeden van een botbreuk wordt naar geluisterd.
Telefoniste wilde geen afspraak maken, kindje bijna in ziekenhuis terecht gekomen. Door aandringen dag later toch een afspraak. Hevige diaree en koorts, bijna uitgedroogd. Ik had het gevoel dat ik niet geloofd werd door telefoniste.
Telefonistes zijn soms vriendelijk, soms enorm bot en gehaast. Voor sommige mensen kan dit remmend werken. Ik heb een 'borderline' problematiek moet regelmatig bellen voor een crisisopname, sommige ha wachten heel lang voor zij contact met de crisisdienst opnemen. Dit kan natuurlijk niet, het maar een telefoontje.
Telefonistes zou beter kunnen
Tot nu toe in mijn ervaring zijn we altijd goed behandeld, soms wat lang moeten wachten in de wachtkamer, verder wel redelijk positief, ook telefonische adviezen en geruststelling ervaren, dat is ook al belangrijk en soms ook al voldoende!
Tov de oude situatie, waarin elke huisartsenpraktijk zelf voor een oplossing zorgde, vind ik het zeker een verbetering. De arts weet waar hij aan toe is en kan zich, denk ik, beter instellen op de weekend- en nachtdiensten, wordt tijdig afgewisseld en dit komt de patiënten ten goede.
Vaak dat je niet lang mag komen, terwijl t wel nodig was.
Veel patiënten in weinig tijd, onmogelijk hele achtergrond kennen en derhalve niet altijd juiste beslissingen. Wel vriendelijk, zeker met kinderen, altijd luisterend oor.
Vervelend als met bloedende wond eerst allerlei administratieve vragen beantwoord moeten worden. Kan mi ook aan de balie als je geholpen bent. Verder zeer tevreden over HOV.
Vervelend dat het gevoel krijgt dat aan telefoon wordt gefilterd of het belangrijk genoeg is, geeft gevoel van afschepen. Aanhoren en afspraak plannen, meer hoeven ze niet te doen. Geen commentaar dus
Vind ze afgelopen jaar duidelijker en gestructureerder overkomen
voldoende
Voor mij is de HAP goed, heel vaak nodig gehad en tevreden.
Voor noodgevallen is het n goede oplossing. Ik probeer op werkdagen naar de HA te gaan maar met kleine kinderen weet je t nooit. Tot dusverre ik een goed beeld van HOV, ze hebben mij die keren dat ik ben geweest goed geholpen.
Vorige week voor het eerst geweest, goed behandeld, luisterde naar mijn verhaal, dus tevreden.
Vriendelijk en behulpzaam, maar afwachtend met stellen van een diagnose wat betekent dat uiteindelijk na een bezoek ook een bezoek bij eigen HA volgt ivm de klacht die blijft.
Vriendelijk te woord gestaan, vragen mbt kinderen worden serieus genomen, contact vnl nodig gehad voor man en kinderen.
Wachttijd is te lang
Wachttijden aan telefoon en bij consult te lang
Wat erg vervelend is dat je met voor jou serieuze klachten niet altijd zo behandeld wordt, er wordt vaak telefonisch afgehandeld ondanks vreselijke angst omdat ik hartkloppingen had!
Wat rommelig in de wachtkamer. Wat personeel betreft, ze staan, hangen, druk pratend. Te lange wachttijd.
Wbt informatievoorziening: wij ontvangen geen huis-aan-huisbladen of krant. Mogelijk missen we zo veel informatie. Wbt de drempel, die is er wel; dat ligt bij mijzelf, want ik wil niet bellen als er niet zo veel aan de hand is/bang dat ik te overdreven reageer of te bezorgd ben.
We hebben toevallig de afgelopen 3 jaar, 3 x gebruik moeten maken van het HAP. De 1e keer duurde het erg lang voordat er iets gebeurde, lang wachten. De 2e keer iets beter, en de laatste keer ging het zoals het altijd zou moeten zijn. ligt ook heel veel aan wie er aan de telefoon zit, zoals de situatie heel duidelijk is, hoef je niet een aantal onzinnige vragen te stellen (telefoniste)
Weinig ervaring met HAP
Wel een goed beeld van de HAP, mits de juiste personen aanwezig zijn, hier schort het wel eens aan.

Wel oke, maar bij spoed moet je erna toch nog naar eerste hulp, zonde van de tijd.
Wellicht dient dit onderzoek op een meer reguliere basis gestoeld te worden?
Wij twijfelen altijd of we zullen bellen en hebben dan het gevoel dat we nog 'door de assistente moeten'. Enigszins begrijpelijk, er zullen ook mensen komen met een verkoudheid, maar dat hebben we toch al een paar keer zeer lastig/storend gevonden. De kinderen kiezen hun momenten niet en zijn dan erg ziek, we kunnen/willen niet wachten. Ergste ervaring met man lymfeklierontsteking, werd afgedaan met paracetamol, was zeer verergerd. Dat is jammer, we begrijpen ook dat er een selectie moet zijn.
Wisselend hoe je behandeld wordt, wij als gezin hebben zowel positieve als negatieve (1 zeer negatieve) ervaringen met HOV.
Ze komen vaak niet als het bijv half 6 's morgens is, dan zeggen ze dat het wel even kan wachten. Foute inschatting bij bijv. denken dat t epilepsie en blijkt longembolie te zijn met fatale afloop.
Zeer goed
Zeer positief. Zonder HAP hadden we een groot probleem
Zeer tevreden
Zeer tevreden over eigen HA, kom er echter niet altijd uit met de HAP. Pas nog negatieve ervaring, eigen HA heeft dit naar tevredenheid opgelost.
Zelf deskundig en snel geholpen. Uit omgeving merkt ze dat men vervelend vindt om eerst administratieve gegevens te moeten geven voor daadwerkelijke advies
Zelf geen gebruik gemaakt van de HAP. Maar wel van anderen verhalen gehoord. Klachten van lange wachttijd, spoedgeval maar geen ambulance sturen (kennis van mij) toen zelf met patiënt naar SEH gereden, met gevolg door met ambulance naar Utrecht, hartproblemen. En voor oudere mensen een probleem 's avonds of 's nachts naar HOV te moeten gaan. Vaak te ver en vervoersproblemen.
Zelf geen negatieve ervaringen/goed en kundig behandeld, ook telefonisch. In verzorgingshuis gemerkt dat je niet altijd correct behandeld wordt/afgepoeierd. Kent ook zeer negatieve verhalen 'uit de buurt'; HOV na paar keer bellen niet komen, met alle gevolgen van dien.'
Zijn altijd zorgzaam en beleefd. Als ze je achtergrond eenmaal kennen zijn ze zeer grondig en vrij snel of er wel of niet een dokter bij je langs moet komen of gelijk een ambulance.
Zorg die wordt verleend is prima. Er is alleen met kleine kinderen over het algemeen een lange wachttijd.