

Gebruik van de huisartsenpost door migranten*

Wat zijn hun motieven en verwachtingen?



FOTO: GREENAPERTURE/STOCK

SAMENVATTING

ACHTERGROND Migranten maken relatief vaak gebruik van de huisartsenpost (HAP). Het doel van deze studie is nagaan wat de motieven en verwachtingen van migranten zijn om contact op te nemen met de HAP.

METHODEN We gebruikten gegevens van een vragenlijstonderzoek onder 11.483 patiënten die contact hadden met een HAP in de periode 2009-2014 (respons: 45,6%). Met logistische regressieanalyses exploreerden we de verschillen in motieven en verwachtingen tussen niet-westerse migranten, westerse migranten en autochtonen.

RESULTATEN De vaakst genoemde motieven en verwachtingen van migranten om contact te zoeken met de HAP waren gelijk aan die van autochtonen. De vaakst genoemde motieven voor niet-westerse en westerse migranten waren 'de noodzaak voelen voor contact met een huisarts' (respectievelijk 54,9 en 52,4%), 'ongerustheid' (resp. 49,3 en 43,0%) en 'behoefte aan medische informatie' (resp. 21,3 en 26,2%). Vergeleken met autochtonen hadden niet-westerse migranten vaker het gevoel dringend een huisarts nodig te hebben (gecorrigeerde oddsratio (aOR): 1,65; 99%-BI: 1,27-2,16), hadden ze minder vaak behoefte aan medische informatie (aOR: 0,59; 99%-BI: 0,43-0,81) en ervoeren ze, net als westerse migranten, vaker problemen met het bereiken van hun eigen huisarts (aOR: 1,71; 99%-BI: 1,21-2,43 (niet-westers); aOR: 1,38; 99%-BI: 1,04-1,84 (westers)). De meeste niet-westerse en westerse migranten verwachtten een dokter te zien (46,1 en 46,6%) of advies te krijgen (39,6 en 41,5%). Niet-westerse migranten verwachtten vaker lichamelijk onderzoek (aOR: 1,53; 99%-BI: 1,14-2,04) en medicatie (aOR: 1,37; 99%-BI: 1,00-1,88) dan autochtonen.

CONCLUSIE De motieven en verwachtingen van migranten zijn vergelijkbaar met die van autochtonen, maar niet-westerse migranten willen vaker actie van de huisarts zoals lichamelijk onderzoek of medicatie. Daarnaast ervaren migranten vaker problemen met de bereikbaarheid van hun eigen huisarts. We bevelen aan voorlichting aan migranten te geven over het doel van de HAP en de bereikbaarheid van huisartsenpraktijken te onderzoeken en te verbeteren.

In 2017 bestond 23% van de Nederlandse bevolking (3,9 miljoen mensen) uit migranten of kinderen van migranten.¹ De verwachting is dat in 2060 het aandeel migranten is toegenomen tot 31%.² Het zorggebruik van personen met een migrantenachtergrond is vaak onderzocht en de onderzoeken leverden verschillende resultaten op. De meeste studies toonden aan dat migranten relatief veel gebruik maken van zowel eerstelijnszorg als sommige specialistische zorg, terwijl preventieve zorg en andere vormen van gezondheidszorg minder vaak worden gebruikt.^{3,4} Daarnaast lijkt het er ook op dat migranten meer gebruik maken van de huisartsenpost (HAP).⁵ Ook bestaan er verschillen in zorggebruik tussen de diverse migrantengroepen.⁶ Niet-westerse migranten lijken meer gebruik te maken van eerstelijnszorg dan westerse migranten. Eerdere studies op de Spoedeisende Hulp (SEH) en op de HAP toonden aan dat migranten vaker zorg gebruiken voor problemen die vanuit

medisch perspectief niet-urgent zijn.^{7,8} Een mogelijke verklaring is dat niet-westerse migranten verschillen in hulpzoekgedrag en andere verwachtingen hebben van de gezondheidszorg dan personen met Nederlandse achtergrond (hierna te noemen: autochtonen). Dit kan voorkomen omdat migranten gewend zijn aan een ander gezondheidszorgsysteem in het land van herkomst, een slechtere gezondheid hebben,⁹ en lagere gezondheidsvaardigheden hebben.¹⁰ Een andere reden is een mogelijk verschil in perceptie van urgentie; problemen die in Nederland als niet-urgent worden beschouwd, kunnen in andere landen als urgent worden bestempeld. De HAP is bedoeld voor spoedeisende zorgvragen die niet kunnen wachten tot het reguliere spreekuur van de eigen huisarts. In de praktijk blijkt echter dat een groot deel van de klachten vanuit medisch perspectief niet-urgent is. Aan gezien migranten meer gebruik lijken te maken van zorg voor laagurgente problemen

AUTEURS

Ellen Keizer, Peter Bakker, Paul Giesen, Michel Wensing, Femke Atsma, Marleen Smits en Maria van den Muijsenbergh

Gerelateerd artikel:
B1515 Maak kennis met Maria van den Muijsenbergh, blz. 39

* Dit onderzoek werd eerder in een uitgebreidere vorm gepubliceerd in *BMC Family Practice* (2017;18:92) met als titel 'Migrants' motives and expectations for contacting out-of-hours primary care: a survey study'.

ONDERZOEK

TABEL 1

Kenmerken van de onderzoekspopulatie

| kenmerk* | niet-westerse migranten (n = 475) | westerse migranten (n = 700) | autochtonen (n = 10.308) |
|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| geslacht | | | |
| ♂ | 39,9 | 40,1 | 42,9 |
| ♀ | 60,1 | 59,9 | 57,1 |
| leeftijd, jaren | | | |
| 0-4 | 11,7 | 5,8 | 8,2 |
| 5-17 | 36,6 | 17,4 | 18,3 |
| 18-44 | 36,4 | 42,1 | 36,5 |
| 45-64 | 9,1 | 24,0 | 25,3 |
| ≥ 65 | 6,2 | 10,7 | 11,7 |
| opleidingsniveau | | | |
| laag (≤ 10 jaar) | 38,2 | 35,8 | 42,7 |
| midden (11-14 jaar) | 38,2 | 33,4 | 32,4 |
| hoog (≥ 15 jaar) | 23,6 | 30,8 | 24,9 |
| zelfgerapporteerde gezondheid | | | |
| zeer goed of uitstekend | 26,2 | 35,0 | 37,1 |
| goed | 46,7 | 37,2 | 38,8 |
| matig of slecht | 27,1 | 27,8 | 29,4 |

* Getallen zijn %.

en het aantal migranten toeneemt, is het zinvol om inzicht te krijgen in de motieven en verwachtingen van migranten. Het doel van deze studie is om na te gaan wat de motieven en verwachtingen van migranten zijn om contact op te nemen met de HAP.

METHODE

Onderzoekopzet, -setting en -populatie

We gebruikten gegevens van een vragenlijstonderzoek onder 11.483 patiënten die contact hadden met een HAP in de periode 2009-2014. In totaal beschikten we over patiëntgegevens van 42 HAP's verspreid over Nederland. Per HAP werden 200 vragenlijsten gestuurd naar patiënten die werden bezocht door een huisarts, 200 naar patiënten die de HAP bezochten en 200 naar patiënten die telefonisch contact hadden met de HAP.

Vragenlijst

We gebruikten de 'Consumer quality index huisartsenposten'-vragenlijst, die is ontwikkeld door IQ healthcare van het Radboudumc en is gevali-

deerd voor de algemene populatie van patiënten die gebruik maken van de HAP'.¹¹ De vragenlijst bevat vragen over patiëntkenmerken, verwachtingen van zorg, motieven om hulp te zoeken en patiëntervaringen met de zorg. Voor deze studie gebruikten we alleen het deel over motieven en verwachtingen om contact op te nemen met de HAP. Om de herkomst van de patiënt te bepalen, vroegen we naar het geboorteland van de betreffende patiënt en het geboorteland van zijn of haar ouders.

Procedure

Van iedere HAP ontving een representatieve steekproef van 600 patiënten een schriftelijke vragenlijst tussen 4 en 10 dagen na het contact met de HAP. Voor patiënten jonger dan 12 jaar vroegen we de ouders de vragenlijst in te vullen. Patiënten werden als migrant gedefinieerd als ten minste één ouder in het buitenland was geboren, in overeenstemming met de definitie van het CBS. Patiënten werden ingedeeld in 3 groepen: niet-westerse migranten (herkomst: Afrika, Latijns-Amerika of Azië met uitzondering van Indonesië, Japan en Turkije), westerse migranten (herkomst: Europa (met uitzondering van Turkije), Noord-Amerika, Oceanië, Indonesië of Japan) en autochtonen (beide ouders geboren in Nederland).

Statische analyse

We gebruikten beschrijvende statistiek om kenmerken, motieven en verwachtingen van patiënten te beschrijven. Voor elk motief en elke verwachting werden verschillen tussen migranten en autochtonen getest met een logistische regressieanalyse. We corrigeerden voor clustering van de uitkomsten binnen een huisartsenpost. Daarnaast corrigeerden we voor leeftijdsgroep, geslacht, opleiding en zelf-gerapporteerde gezondheid. Omdat we veel testen uitvoerden (n = 22), hanteerden we een p-waarde < 0,01 (99%-BI) om de significantie van de verschillen tussen de herkomstgroepen te bepalen. We testten alleen verschillen voor motieven en verwachtingen die door meer dan 5% van de patiënten waren genoemd. We analyseerden de gegevens met behulp van SPSS versie 22.

RESULTATEN

Patiëntkenmerken

Van de respondenten was 4,1% (n = 475) niet-wes-

TABEL 2

Motieven en verwachtingen om contact op te nemen met de huisartsenpost

| | niet-westerse allochtonen (n = 475) | | westerse allochtonen (n = 700) | | autochtonen (n = 10.308) |
|---|--|------------------|-----------------------------------|------------------|-----------------------------|
| | % | OR (99%-BI)† | % | OR (99%-BI)† | % |
| motief* | | | | | |
| <i>ik had met spoed een huisarts nodig</i> | 54,9 | 1,65 (1,27-2,16) | 52,4 | 1,13 (0,91-1,41) | 48,2 |
| <i>ik was ongerust</i> | 49,3 | 0,96 (0,73-1,28) | 43,0 | 0,92 (0,74-1,14) | 45,3 |
| <i>ik wilde medische informatie</i> | 21,3 | 0,59 (0,43-0,81) | 26,2 | 0,96 (0,74-1,25) | 27,2 |
| <i>mijn huisarts was tijdens kantoortijden niet te bereiken</i> | 18,7 | 1,71 (1,21-2,43) | 15,7 | 1,38 (1,04-1,84) | 12,2 |
| <i>ik was doorverwezen naar de HAP door een andere zorgverlener</i> | 3,6 | - | 3,5 | - | 4,6 |
| <i>ik had overdag geen tijd om naar de huisarts te gaan</i> | 3,3 | - | 1,9 | - | 1,3 |
| <i>ik kon niet terecht bij de SEH van het ziekenhuis</i> | 3,0 | - | 2,1 | - | 0,8 |
| <i>ik wilde een second opinion</i> | 2,6 | - | 1,1 | - | 0,8 |
| verwachting* | | | | | |
| <i>ik verwachtte een dokter te zien</i> | 46,2 | 1,23 (0,96-1,59) | 46,6 | 1,09 (0,87-1,35) | 44,5 |
| <i>ik verwachtte advies</i> | 39,6 | 0,79 (0,59-1,07) | 41,5 | 1,09 (0,87-1,35) | 39,7 |
| <i>ik verwachtte lichamelijk onderzoek</i> | 27,4 | 1,53 (1,14-2,04) | 18,6 | 0,94 (0,71-1,23) | 19,3 |
| <i>ik verwachtte een recept of medicijn</i> | 24,5 | 1,37 (1,00-1,88) | 20,3 | 1,22 (0,94-1,59) | 17,1 |
| <i>ik verwachtte geruststelling</i> | 24,0 | 1,34 (0,96-1,85) | 19,8 | 1,28 (0,99-1,67) | 16,6 |
| <i>ik verwachtte een verwijzing naar het ziekenhuis</i> | 12,2 | 1,28 (0,87-1,90) | 13,2 | 1,10 (0,81-1,49) | 12,0 |
| <i>ik verwachtte een behandeling (bijvoorbeeld hechten)</i> | 7,4 | 1,00 (0,60-1,67) | 7,4 | 0,98 (0,64-1,50) | 7,5 |

OR = oddsratio.

* Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

† Effectschattingen zijn gecorrigeerd voor geslacht, leeftijdsgroep, opleidingsniveau en zelf-gerapporteerde gezondheid. Als effectschattingen ontbreken is dit omdat het aantal patiënten dat een bepaald antwoord gaf te klein was om een logistische regressieanalyse uit te voeren. Significante effectschattingen ($p < 0,01$) zijn rood gedrukt. Autochtone patiënten zijn de referentiegroep.

terse migrant, 6,1% (n = 700) westerse migrant en 89,8% (n = 10.308) autochtoon. Vergelijken met autochtonen waren de niet-westerse migranten in onze streekproef jonger (tabel 1).

Motieven om hulp te zoeken

De vaakst genoemde motieven voor niet-westerse en westerse migranten om contact op te nemen met de HAP waren 'de noodzaak voelen voor contact met een huisarts' (respectievelijk 54,9 en 52,4%), 'ongerustheid' (resp. 49,3 en 43,0%) en 'behoefte aan medische informatie' (resp. 21,3 en 26,2%) (tabel 2). Deze motieven werden ook het vaakst genoemd door autochtonen. We vonden ook een aantal kleine verschillen tussen met name niet-westerse

migrant en autochtonen. Niet-westerse migranten voelden vaker de noodzaak voor contact met een huisarts (gecorrigeerde oddsratio (aOR): 1,65; 99%-BI: 1,27-2,16) en hadden minder vaak behoefte aan medische informatie (aOR: 0,59; 99%-BI: 0,43-0,81) dan autochtonen. Ze gaven ook vaker aan hun eigen huisarts niet te kunnen bereiken tijdens kantooruren (aOR: 1,71; 99%-BI: 1,21-2,43), vergeleken met autochtonen. Ook westerse migranten gaven aan vaker problemen te ervaren met de bereikbaarheid van hun eigen huis-

ONDERZOEK

arts (aOR: 1,38; 99%-BI: 1,04-1,84). We vonden geen andere verschillen in motieven tussen westerse migranten en autochtonen.

Verwachtingen van zorg

De vaakst genoemde verwachtingen van niet-westerse en westerse migranten waren 'het zien van een dokter' (resp. 46,1 en 46,6%) en 'het krijgen van advies' (resp. 39,6 en 41,5%), net als bij autochtonen (zie tabel 2). Niet-westerse migranten verwachtten vaker lichamelijk onderzoek (aOR: 1,53; 99%-BI: 1,14-2,04) en medicatie (aOR: 1,37; 99%-BI: 1,00-1,88), vergeleken met autochtonen.

BESCHOUWING

Belangrijkste bevindingen en interpretatie

De belangrijkste motieven om contact op te nemen met de HAP waren vergelijkbaar voor personen met een migrantenachtergrond en personen met een Nederlandse achtergrond, namelijk ongerustheid, de noodzaak voelen voor contact met een huisarts en behoefte aan medische informatie. We vonden ook verschillen in motieven tussen met name niet-westerse migranten en autochtonen. Niet-westerse migranten voelden vaker de noodzaak voor contact met een huisarts en hadden minder behoefte aan medische informatie. Een verklaring hiervoor kan zijn dat niet-westerse migranten over lagere gezondheidsvaardigheden beschikken, waardoor ze minder goed weten wanneer ze contact op moeten nemen met de HAP.

Migrantengaven ook vaker aan dat ze hun eigen huisarts niet konden bereiken tijdens kantooruren. Bekend is dat de telefonische bereikbaarheid van huisartsen in stedelijke gebieden, waar veel migranten wonen, in het algemeen minder goed is en dat er een relatie is tussen een langere wachttijd aan de telefoon voor de huisartsenpraktijk en meer gebruik van de HAP.⁵

Ongeacht hun afkomst, verwachtten de meeste patiënten een dokter te zien of advies te krijgen. Niet-westerse migranten verwachtten vaker lichamelijk onderzoek of medicatie in vergelijking met autochtonen. In het land van herkomst zijn migranten wellicht gewend sneller een lichamelijk onderzoek of medicatie te krijgen en hierdoor te worden gerustgesteld.¹² Dit zou de verschillen in verwachtingen kunnen verklaren.

Vergelijking met bestaande literatuur

Voor zover wij weten zijn de motieven en de verwachtingen van migranten om contact te zoeken met de HAP niet eerder onderzocht. De vaakst genoemde motieven in onze studie zijn vergelijkbaar met een Britse studie over motieven om contact op te nemen met huisartsenzorg buiten kantooruren en een Nederlandse studie over motieven van patiënten met laagurgente klachten om contact op te nemen met de HAP.^{8,13} De behoefte van migranten aan lichamelijk onderzoek is bekend uit kwalitatieve studies.¹²

Onze bevinding dat migranten moeilijkheden ervaren met de bereikbaarheid van hun eigen huisarts komt overeen met een Britse studie waarin gevonden werd dat patiënten in achterstandswijken meer problemen ervaren hun eigen huisarts te bereiken.¹⁴ Een Deense studie vond dat migranten vaker aangaven de SEH te bezoeken, omdat ze hun eigen huisarts niet konden bereiken of omdat ze hun probleem niet aan de telefoon konden uitleggen.¹⁵

Sterke punten en beperkingen

Een sterk punt van onze studie is dat we een groot databestand gebruikten, met gegevens van veel patiënten van verschillende HAP's verspreid over Nederland. Het responspercentage van 45,9% is vergelijkbaar met ander vragenlijst-onderzoek in dezelfde setting.

Een beperking van ons onderzoek is dat we geen non-responseanalyse konden uitvoeren, waardoor het moeilijk is na te gaan of onze resultaten representatief zijn voor de Nederlandse populatie. Het aandeel migranten in onze studiepopulatie was lager dan het aandeel migranten in de Nederlandse populatie. Dit gold vooral voor niet-westerse migranten (4,1 vs. 12,1%). Mogelijk hebben minder goed geïntegreerde migranten minder vaak de vragenlijst ingevuld vanwege taalbarrières. Het opleidingsniveau van niet-westerse migranten vormt geen representatieve afspiegeling van het opleidingsniveau van niet-westerse migranten in Nederland, en waarschijnlijk nog minder van niet-westerse migranten die de HAP bezoeken. Op basis van de literatuur kunnen we aannemen dat lager opgeleide niet-westerse migranten nog meer barrières ervaren met de bereikbaarheid van hun eigen huisarts.¹⁶

KERNPUNTEN

- Migrantengmaken meer gebruik van de huisartsenpost (HAP) dan autochtone Nederlanders.
- Migrantengmaken vaker gebruik van spoedeisende zorg voor medisch niet-urgente problemen.
- Niet-westerse migrantengverwachtten vaker lichamelijk onderzoek of medicatie wanneer ze contact opnemen met de huisartsenpost, vergeleken met autochtone Nederlanders.
- Migrantenggeven vaker dan autochtone Nederlanders aan problemen te ervaren met de bereikbaarheid van hun eigen huisarts.

Implicaties voor praktijk en toekomstige studies

Het is belangrijk dat migranten geïnformeerd worden over het gezondheidszorgsysteem in het land waar ze wonen. Informatie over het doel van een HAP kan gegeven worden in de huisartsenpraktijk, tijdens integratiecursussen of sociale bijeenkomsten met migranten.

Daarnaast is persoonsgerichte communicatie door de eigen huisarts belangrijk, waardoor mogelijke taalbarrières weggenomen kunnen worden en rekening kan worden gehouden met eventuele laaggeletterdheid. Huisartsen kunnen tijdens consulten de verwachtingen van hun patiënten onderzoeken en indien mogelijk zelfzorgadviezen geven en vragen of hun patiënten die adviezen accepteren en begrijpen. Dit kan worden gecombineerd met een uitleg over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Ook bevelen we aan te onderzoeken of de huisartsenpraktijk overdag minder toegankelijk is voor migranten en, zo ja, hoe dit kan worden verbeterd.

Voor de toekomst adviseren we vragenlijsten over ervaringen met de zorg van de HAP ook mondeling en in andere talen aan te bieden aan patiënten om een grotere en meer representatieve groep migranten te bereiken. Ten slotte zou met een kwalitatief onderzoek meer inzicht kunnen worden verkregen in de motieven en de verwachtingen van migranten. Het combineren van onze kwantitatieve resultaten met de resultaten van toekomstig kwalitatief onderzoek kan leiden tot concretere aanbevelingen voor de praktijk.

LITERATUUR

- 1 Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en migratieachtergrond, 1 januari. CBS. [– Online artikel en reageren op \[ntvg.nl/D2590\]\(http://ntvg.nl/D2590\)](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37325&D1=0&D2=a&D3=0&D4=0&D5=a&D6=l&HDR=G2,G3&STB=G1,G5,T,G4&VW=T,geraadpleegd op 3 januari 2018.
2 Van Duin C, Stoeldraijer L. Bevolkingsprognose 2014-2060: groei door migratie. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2014.
3 Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A. Migrants utilization of somatic healthcare services in Europe: a systematic review. <i>Eur J Public Health.</i> 2010;20:555-63.
4 Uiters E, Devillé W, Foets M, Spreuwenberg P, Groenewegen PP. Differences between immigrant and non-immigrant groups in the use of primary medical care; a systematic review. <i>BMC Health Serv Res.</i> 2009;9:76.
5 Smits M, Peters Y, Broers S, Keizer E, Wensing M, Giesen P. Association between general practice characteristics and use of out-of-hours GP cooperatives. <i>BMC Fam Pract.</i> 2015;16:52.
6 Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Immigrants use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. <i>BMC Health Serv Res.</i> 2012;12:308.
7 Philips H, Remmen R, De Paepe P, Buylaert W, Van Royen P. Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call. <i>BMC Fam Pract.</i> 2010;11:88.
8 Keizer E, Smits M, Peters Y, Huibers L, Giesen P, Wensing M. Contacts with out-of-hours primary care for nonurgent problems: patients' beliefs or deficiencies in healthcare? <i>BMC Fam Pract.</i> 2015;16:157.
9 Devillé W, Uiters E, Westert GP, Groenewegen P. Perceived health and consultation of GPs among ethnic minorities compared to the general population in the Netherlands. In: Westert GP, Jabaaij L, François G, red. <i>Morbidity, performance and quality in primary care. Morbidity, performance and quality in primary care. Dutch general practice on stage.</i> Oxford: Radcliffe Publishing Ltd; 2006. p. 85-96.
10 Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. <i>Evid Rep Technol Assess (Full Rep).</i> 2011;(199):1-941
11 Hammink A, Giesen P. CQ-index huisartsenposten. Meetinstrumentontwikkeling en onderzoek naar discriminerend vermogen. Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare); 2010.
12 O'Donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K. Asylum seekers' expectations of and trust in general practice: a qualitative study. <i>Br J Gen Pract.</i> 2008;58:e1-11.
13 Shipman C, Dale J. Using and providing out-of-hours services: can patients and GPs agree? <i>Health Soc Care Community.</i> 1999;7:266-75.
14 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Telefonische bereikbaarheid huisartsen nog steeds onder de maat. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2011.
15 Norredam M, Mygind A, Nielsen AS, Bagger J, Krasnik A. Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. <i>Eur J Public Health.</i> 2007;17:497-502.
16 Heijmans M, Zwicker H, van der Heide I, Rademakers J. NIVEL Kennisvraag 2016: Zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden? Utrecht: NIVEL; 2016.

</div>
<div data-bbox=)

– Radboudumc, Radboud Institute for Health Sciences, Nijmegen. Scientific Center for Quality of Healthcare (IQ healthcare): dr. E. Keizer, socioloog (thans: Institute of Primary Care, University Hospital Zürich, Zürich, Zwitserland); dr. P. Bakker, MSc, huisarts in opleiding (tevens: afd. Eerstelijngeneeskunde); dr. P. Giesen, huisarts; prof.dr. M. Wensing, gezondheidszorgonderzoeker; dr. F. Atsma, epidemioloog; dr. M. Smits, gezondheids- en communicatiewetenschapper. Afd. Eerstelijngeneeskunde: prof.dr. M. van den Muijsenbergh, huisarts (tevens: Pharos, Utrecht).

– Contact: E. Keizer (ellen.keizer@usz.ch)

– Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

– Anita Oude Bos, onderzoeksmedewerker IQ healthcare, Radboudumc, verzamelde de gegevens voor dit onderzoek.

– Aanvaard op 25 april 2018

– Citeer als: *Ned Tijdschr Geneesk.* 2018;162:D2590