

University of Groningen

Inwoners van de Veenkoloniën naar de huisarts

Schaafsma, Josien; Tuinstra, Jolanda; van Tol, Donald

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Publication date:
2017

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Schaafsma, J., Tuinstra, J., & van Tol, D. (2017). *Inwoners van de Veenkoloniën naar de huisarts: Een kwalitatief onderzoek naar de verschillen tussen mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status in wat maakt dat zij wel of niet naar de huisarts gaan*. Science Shop, University of Groningen.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



umcg



**rijksuniversiteit
groningen**

wetenschapswinkels

Inwoners van de Veenkoloniën naar de huisarts

Een kwalitatief onderzoek naar de verschillen tussen mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status in wat maakt dat zij wel of niet naar de huisarts gaan

Masterscriptie september 2017

Josien Schaafsma

S2534886

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Vakgroep Sociologie

Masterroute Gezondheid, Zorg en Welzijn

Begeleider: Dr. J. Tuinstra

Referent: Dr. D. G. van Tol

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie van de masteropleiding Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen, route Gezondheid, Zorg en Welzijn. Ik heb voor het project Kans voor de Veenkoloniën een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar wat maakt dat mensen in de Veenkoloniën wel of niet naar de huisarts gaan en welke verschillen hierbij te vinden zijn tussen mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status.

Voorafgaand aan het schrijven van mijn scriptie heb ik een aantal weken stage mogen lopen bij de Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid te Groningen van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Tijdens deze periode heb ik mij kunnen verdiepen in het project Kans voor de Veenkoloniën en heb ik een beeld kunnen krijgen van wat onderzoekers en andere medewerkers op de afdeling zoal doen. Op die manier heb ik een kijkje kunnen nemen in het werkveld. De vrijheid die ik kreeg om mijn tijd en bezigheden zelf in te plannen heb ik als zeer prettig ervaren.

Zowel tijdens de stageperiode als tijdens het schrijven van mijn scriptie ben ik begeleid door Jolanda Tuinstra. Ik wil haar graag bedanken voor de goede begeleiding en de nuttige tips, feedback en adviezen die ik heb gekregen tijdens dit gehele proces. Deze kan ik meenemen voor in de toekomst. Ook wil ik mijn referent Donald van Tol bedanken voor zijn bruikbare feedback en tips, met name op het gebied van kwalitatief onderzoek.

Daarnaast gaat mijn dank uit naar een aantal huisartsen en een praktijkondersteuner in Groningen en Drenthe, met wie ik oriënterende gesprekken heb mogen voeren ter voorbereiding op mijn onderzoek. Deze gesprekken hebben ervoor gezorgd dat ik veel te weten ben gekomen over de problematiek in de regio en hebben bijgedragen aan het vormen en concretiseren van mijn uiteindelijke onderzoeksvraag. In het bijzonder wil ik huisarts Marinka van Dijk en haar collega's van huisartsenpraktijk Noorderbreedte te Nieuw-Buinen bedanken. Door hun hulp en inzet heb ik participanten kunnen werven en daarmee het onderzoek succesvol uit kunnen voeren.

Tevens wil ik graag de participanten zelf bedanken voor hun inzet en bereidheid om deel te nemen aan het onderzoek. Zonder hun deelname was het uitvoeren van dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Tot slot wens ik u veel leesplezier toe.

Josien Schaafsma

September 2017

Samenvatting

Het project Kans voor de Veenkoloniën, opgezet in 2015, heeft als centraal doel het verkleinen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen in het Veenkoloniaal gebied van Groningen en Drenthe. Met het huidige onderzoek is geprobeerd een bijdrage te leveren aan dit doel door meer inzicht te verschaffen in de sociaaleconomische gezondheidsverschillen in de regio.

Hierbij is gefocust op het gebruik van de huisartsenzorg en achterliggende motieven, redenen en factoren die maken dat inwoners wel of niet een bezoek brengen aan de huisarts. De volgende vraag vormt de rode draad in het onderzoek: *Wat maakt dat mensen in de Veenkoloniën wel of niet naar de huisarts gaan en welke verschillen zijn hierbij te vinden tussen mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status?*

Ter beantwoording van deze vraag is er gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode. De data zijn verzameld door bij tien participanten uit de Veenkoloniën een diepte-interview af te nemen, waarbij de ene helft van de participanten een hoge sociaaleconomische status heeft en andere helft een lage. Tijdens de interviews is er hoofdzakelijk gericht op de vragen (1) wat maakt dat mensen wel naar de huisarts gaan? en (2) wat maakt dat mensen niet naar de huisarts gaan? Er is gesproken over zowel hypothetische voorbeeldsituaties als eigen ervaringen. Na het analyseren van de data zijn er inductief twee extra deelonderwerpen naar voren gekomen, namelijk: (3) welke verwachtingen hebben mensen bij het bezoeken van de huisarts? en (4) welke handelingen voeren mensen uit met betrekking tot de aan- of afwezigheid van een gezondheidsprobleem?

Uit de resultaten blijkt dat participanten met een hoge en lage sociaaleconomische status op bepaalde punten verschillen en op bepaalde punten overeenkomen in wat maakt dat zij naar de huisarts gaan. Zij verschillen in ongerustheid en onbekendheid met een probleem, wat voor participanten met een lage sociaaleconomische status van invloed is en voor participanten met een hoge sociaaleconomische status minder. Voor hen is juist een verslechtering van de situatie en het opmerken van een afwijkende situatie van invloed om naar de huisarts te gaan.

In wat maakt dat er geen bezoek aan de huisarts wordt gebracht, verschillen de groepen in de zin dat de perceptie dat het probleem vanzelf overgaat een belangrijke rol speelt bij de hoge sociaaleconomische status-groep, terwijl dit een kleine rol speelt bij de andere groep.

Verder komen de twee groepen overeen in dat zij de verwachting hebben dat de huisarts hen kent. Zij verschillen in de zin dat de lage sociaaleconomische status-groep verwacht een oplossing te krijgen van de huisarts en doorgestuurd te worden. De hoge sociaaleconomische status-groep hecht belang aan het zoeken van een oplossing, een oplossing krijgen niet per se. Ook is er bij hen geen sprake van de verwachting doorgestuurd te worden.

Daarnaast komt wat betreft handelingen uit het huidige onderzoek naar voren dat

participanten met een lage sociaaleconomische status zowel bij de eigen ervaringen als bij de hypothetische situaties vaker beslissen een bezoek te brengen aan de huisarts dan participanten met een hoge sociaaleconomische status. Tevens zijn hun handelingen, afgaand op het oordeel van een huisarts, vaker medisch-objectief gezien onjuist.

Tot slot worden er naar aanleiding van dit onderzoek de volgende aanbevelingen gedaan: (1) vervolgonderzoek doen naar dit onderwerp, waarbij er data worden geworven bij meer participanten, (2) een toename van kennis en inzichten stimuleren op medisch gebied bij mensen met een lage sociaaleconomische status en (3) bewustzijn bij huisartsen vergroten over de sociaaleconomische positie van de patiënt, zodat er rekening gehouden kan worden met de verschillen in verwachtingen.

Inhoudsopgave

1. Introductiehoofdstuk	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Kans voor de Veenkoloniën	8
1.3 Het huidige onderzoek	8
1.3.1 Maatschappelijke relevantie	9
1.3.2 Wetenschappelijke relevantie	10
1.4 Actuele cijfers over het bezoeken van de huisarts	11
1.5 Leeswijzer	15
2. Theoretisch kader	16
2.1 Het gedragsmodel van Andersen	16
2.2 Gezondheidsovertuigingen bekeken vanuit het Health Belief Model	18
2.2.1 Gezondheidsovertuigingen en huisartsbezoek	19
2.2.2 Gezondheidsovertuigingen en sociaaleconomische status	20
2.3 Gezondheidsvaardigheden	21
2.3.1 Gezondheidsvaardigheden en huisartsbezoek	22
2.3.2 Gezondheidsvaardigheden en sociaaleconomische status	23
2.4 Locus of control	23
2.4.1 Locus of control en huisartsbezoek	24
2.4.2 Locus of control sociaaleconomische status	24
2.5 Vertrouwen	25
2.5.1 Vertrouwen en huisartsbezoek	26
2.5.2 Vertrouwen en sociaaleconomische status	27
2.6 De invloed van de sociale omgeving	28
2.6.1 Sociale steun	28
2.6.2 Sociale invloed en heersende normen	30
2.6.3 De indirecte invloed van de sociale omgeving op huisartsbezoek	32
2.7 Het samengestelde model	33
3. Methodenhoofdstuk	34
3.1 Kwalitatief onderzoek	34
3.2 Oriënterende gesprekken	35
3.3 Diepte-interviews en interviewschema	35
3.4 Werving en respons van de participanten	36

3.5	Dataverwerking en data-analyse	41
3.6	Betrouwbaarheid en validiteit	42
3.7	Ethische overwegingen	44
4.	Resultatenhoofdstuk	45
4.1	Kenmerken van de participanten	45
4.2	Wat maakt dat participanten naar de huisarts gaan?	46
4.3	Wat maakt dat participanten niet naar de huisarts gaan?	54
4.4	Verwachtingen met betrekking tot het bezoeken van de huisarts	59
4.5	Handelingen met betrekking tot de aan- of afwezigheid van een gezondheidsprobleem	64
5.	Conclusie, discussie en aanbevelingen	71
5.1	Conclusie	71
5.2	Discussie	77
5.3	Aanbevelingen	82
6.	Literatuurlijst	84
7.	Bijlagen	94
7.1	Interviewschema	94
7.2	Codeboek	97
7.3	Categorisatie van codes	119
7.4	Thick descriptions	120
7.4.1	Wat maakt dat participanten naar de huisarts gaan?	120
7.4.2	Wat maakt dat participanten niet naar de huisarts gaan?	125
7.5	Vergelijking van deductieve groepen	129
7.5.1	Wat maakt dat participanten naar de huisarts gaan?	129
7.5.2	Wat maakt dat participanten niet naar de huisarts gaan?	136
7.5.3	Verwachtingen	140
7.5.4	Handelingen	145

1. Introductiehoofdstuk

1.1 Inleiding

In Nederland is er sprake van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (Mackenbach & Stronks, 2004; Kunst et al., 2005). Dit houdt in dat er een samenhang is tussen de gezondheid van mensen en de positie die zij innemen op de maatschappelijke ladder (Kunst, 2007). Deze positie, de sociaaleconomische status, wordt bepaald aan de hand van drie indicatoren. De eerste indicator is de sociale status, deze wordt gemeten door opleiding. De tweede indicator is de economische status, welke gemeten wordt door inkomen en ten derde is de werkstatus van belang, deze wordt gemeten door beroep (Adler et al., 1994). Hoe hoger het opleidingsniveau, inkomen en status van het beroep, hoe hoger de positie op de ladder. Dit wordt ook wel sociaaleconomische status genoemd.

Mensen met een lage sociaaleconomische status verkeren over het algemeen in een slechtere gezondheidstoestand dan mensen met een hoge sociaaleconomische status (RIVM, 2008). Hierbij wordt uitgegaan van een biologische opvatting van gezondheid, waarbij er bijvoorbeeld gekeken wordt naar overlevingsjaren of lichamelijke klachten en waarbij een arts kan nagaan of iemand gezond is door te kijken of het functioneren van het lichaam overeenkomt met het zogenaamde ‘bouwplan’ van de mens (Ten Have, 2013). Uit onderzoek komt naar voren dat hoogopgeleide mannen en vrouwen gemiddeld bijna 10 jaar langer zonder lichamelijke beperkingen leven dan mannen en vrouwen die lager opgeleid zijn (Van Oers, 2002). Deze gezondheidsverschillen gaan bovendien samen met het hebben van een ongezonde leefstijl in combinatie met ongunstige fysieke en sociale omgevingsfactoren (RIVM, 2008).

In het Veenkoloniaal gebied van Groningen en Drenthe, waar relatief veel mensen wonen met een lage sociaaleconomische status, is het dan ook relatief slecht gesteld met de gezondheid. Hier is de gemiddelde levensverwachting lager dan elders in het land en is er sprake van veel gezondheidsproblematiek (Kans voor de Veenkoloniën, 2015). Om de gezondheidsproblematiek aan te pakken, is met ingang van het jaar 2015 het acht jaar durende project Kans voor de Veenkoloniën opgezet, afgekort KvdVk. Het centrale doel van KvdVk is het verkleinen van de gezondheidsverschillen in de regio (Kans voor de Veenkoloniën, 2015).

Met deze scriptie wordt geprobeerd om een bijdrage te leveren aan het centrale doel van het project, door meer inzicht te verschaffen in de sociaaleconomische gezondheidsverschillen in de regio. Hierbij wordt er gefocust op het gebruik van de huisartsenzorg en achterliggende motieven, redenen en factoren die maken dat inwoners wel en niet naar de huisarts gaan.

1.2 Kans voor de Veenkoloniën

In november 2014 is op initiatief van Kamerlid Agnes Wolberts het acht jaar durende project Kans voor de Veenkoloniën van start gegaan (Kans voor de Veenkoloniën, z.d.). Het Rijk heeft hiervoor een bedrag van tien miljoen euro beschikbaar gesteld, waarbij burgers met eigen initiatieven en hulp van verschillende partijen en organisaties hun leefsituatie kunnen verbeteren en de gezondheidsverschillen in de regio kunnen verkleinen. Het programma staat voor een positieve aanpak, waarbij de verbinding wordt gemaakt tussen verschillende domeinen en sectoren die van invloed zijn op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Hierbij staat de eigen kracht de inwoners centraal. Er is geen sprake van een kant en klaar plan, de inwoners kunnen zelf invulling geven aan het programma. Bij het project ligt de focus niet enkel op gezondheid, maar ook op andere factoren die hierop van invloed zijn. Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld laaggeletterdheid en armoede.

Het programma bestaat uit drie programmalijnen, namelijk *Leefstijl*, *Participatie* en *Zorgeffectiviteit*. De programmalijn *Leefstijl* heeft als doel het bieden van ondersteuning bij het veranderen van de leefstijl en leefomgeving van mensen, zodat zij gezonder kunnen worden. De leefstijl is namelijk van grote invloed op de gezondheid (Fuchs, 1986; Contoyannis & Jones, 2004). Binnen de programmalijn *Participatie* wordt op zoek gegaan naar de vraag hoe inwoners hun eigen gezondheid beleven. Er wordt gekeken naar de behoeften van deze mensen. Het uitgangspunt is dat inwoners zelf vaak het beste weten welke problemen er spelen of waar iets aan moet gebeuren. Tot slot gaat de programmalijn *Zorgeffectiviteit* over preventie van ziekte en de vraag hoe de zorg effectiever aan kan sluiten op de belevingswereld van de inwoners van de Veenkoloniën (<http://kvdvk.nl>; Kans voor de Veenkoloniën, z.d.). Hierbij spelen ook de behoeften van de inwoners een rol. Centraal staat dat de zorg beter aansluit bij de belevingswereld van de mensen die dit nodig hebben. Er wordt een positieve gezondheid nagestreefd: gezondheid wordt gezien als het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven (Huber et al., 2011). Verder wordt er geprobeerd mensen zelf in staat te stellen de juiste zorg te vinden en te krijgen.

In totaal zijn er dertien gemeenten betrokken bij het project KvdVk. In de provincie Groningen zijn dit de gemeenten Bellingwedde, Hoogezand-Sappemeer, Menterwolde, Pekela, Oldambt, Stadskanaal, Veendam en Vlagtwedde. In de provincie Drenthe zijn dit de gemeenten Aa en Hunze, Borger-Odoorn, Coevorden, Emmen en Hoogeveen.

1.3 Het huidige onderzoek

Deze scriptie valt onder een van de drie programmalijnen van het project KvdVk, namelijk onder de lijn *Zorgeffectiviteit*. In het huidige onderzoek wordt gekeken naar zorggebruik, meer specifiek naar het gebruik van de huisartsenzorg. Er wordt onder andere onderzocht wat maakt

dat mensen in de Veenkoloniën wel of niet naar de huisarts gaan, welke verwachtingen zij hebben met betrekking tot het bezoeken van de huisarts en wat hierbij de verschillen zijn tussen mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status. Deze vragen zijn afgestemd met leden van het programmabureau KvdvK en de programmalijs *Zorgeffectiviteit*, wat aangeeft dat er in de praktijk behoefte is aan meer inzichten op dit gebied.

De centrale onderzoeksvraag van deze scriptie luidt als volgt:

Wat maakt dat mensen in de Veenkoloniën wel of niet naar de huisarts gaan en welke verschillen zijn hierbij te vinden tussen mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status?

1.3.1 Maatschappelijke relevantie

In Nederland wordt het van belang geacht de sociaaleconomische gezondheidsverschillen terug te dringen. Ondanks het gevoerde beleid zijn de gezondheidsverschillen tussen hoge en laagopgeleide Nederlanders de laatste decennia niet afgenomen (Van der Lucht, 2010). Het Kabinet Balkenende IV heeft zich destijds tot doel gesteld de bestaande sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen met ten minste 25% in 2020 (RIVM, 2008). Hiertoe wil zij de gezondheidstoestand van mensen met een lage sociaaleconomische status verbeteren. Vandaag de dag is het terugdringen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen nog steeds een belangrijk punt op de beleidsagenda (Schipper & Van Rijn, 2016; RIVM, 2012).

Uit onderzoek van Van der Lucht (2010) blijkt dat gezondheid bijdraagt aan participatie van mensen aan onze samenleving, economische groei, arbeidsproductiviteit en een vermindering van kosten van arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim. Dit laat zien dat het belangrijk is de gezondheidstoestand van mensen te verbeteren, aangezien gezondheid de samenleving veel oplevert. Verder blijkt dat bijna alle burgers gezondheid als belangrijkste waarde zien, wat aangeeft dat gezondheid iets nastrevenswaardigs is (Van der Lucht, 2010).

Het huidige onderzoek is maatschappelijk relevant aangezien het meer inzicht verschaft in de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. De huisarts is in Nederland de zogenaamde poortwachter van de gezondheidszorg, hij of zij beoordeelt of er sprake is van een gezondheidsprobleem en of er een behandeling moet worden ingezet. Daarmee vormt de huisarts de ingang tot de gezondheidszorg (Bruijnzeels, Van der Wouden & Foets, 1995). Zo kan er pas toegang verkregen worden tot de tweedelijnsgezondheidszorg als de huisarts de patiënt hiernaar doorverwijst. Dit maakt het extra relevant om naar deze vorm van zorg te kijken (Van de Kar et al., 1992). Wanneer er onderzocht wordt wat maakt dat mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status wel of niet naar de huisarts gaan, kunnen er betere inzichten verkregen worden in de verschillen tussen deze groepen en de factoren die van invloed zijn op

het zorggebruik. Deze inzichten kunnen vervolgens gebruikt worden bij het ontwerpen van gezondheidsbeleid.

1.3.2 Wetenschappelijke relevantie

Uit een aantal onderzoeken blijkt dat als er rekening wordt gehouden met de verschillen in gezondheidstoestand tussen mensen met een lage sociaaleconomische status en mensen met een hoge sociaaleconomische status, de verschillen in zorggebruik verdwijnen (Van den Bos & Lenior, 1991; Van der Meer et al., 1996). Dit geeft aan dat als deze twee groepen erg verschillen in hun bezoek aan de huisarts, dit volgens deze onderzoeken voor het grootste gedeelte te verklaren valt door de slechtere gezondheidstoestand van mensen met een lage sociaaleconomische status. Doordat zij vaker een slechtere gezondheidstoestand hebben, zullen zij vaker naar de huisarts gaan.

Toch blijkt uit onderzoek van bijvoorbeeld Mechanic & Volkart (1961) dat twee personen die dezelfde klinische symptomen hebben, heel verschillend gedrag kunnen vertonen wat betreft het bezoeken van de huisarts. Dit geeft aan dat er nog meer factoren dan enkel de gezondheidstoestand van invloed moeten zijn op het bezoek aan de huisarts. De kennis die er momenteel bestaat over de invloed van deze factoren is echter beperkt (Vedsted et al., 2004) en heeft veelal betrekking op patiëntkenmerken. Zo wordt er pas sinds kort kwalitatief onderzoek gedaan naar de zienswijze van de patiënt zelf en de percepties die hij of zij heeft met betrekking tot het gebruik van de gezondheidszorg (Kersnik, Svab & Vegnuti, 2001).

Daarnaast is er de vraag op welke manier de sociale omgeving een rol speelt bij het wel of niet bezoeken van de huisarts. Uit onderzoek van Kouzis & Eaton (1998) blijkt bijvoorbeeld dat mensen met een minder sterk sociaal netwerk vaker gebruik maken van medische diensten in het algemeen. De vraag is hoe dit dan precies zit voor het gebruik van de huisartsenzorg en hoe dit verschilt voor mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status.

Tot slot zijn er in de bestaande literatuur verschillende modellen te vinden die factoren beschrijven die van invloed zijn op het zoeken van hulp in het algemeen of het zoeken van medische hulp. Voorbeelden hiervan zijn het gedragsmodel van Andersen (1995) en het Health Belief Model van Rosenstock (1966). Geen van deze modellen richt zich echter specifiek op het bezoeken van de huisarts. Het is van belang om specifiek te kijken naar de huisarts, aangezien deze de poortwachter is tot de gezondheidszorg. Om hier betere inzichten in te krijgen, wordt er in het huidige onderzoek aan de hand van een kwalitatieve onderzoeksmethode gekeken welke factoren van invloed zijn op het al dan niet bezoeken van de huisarts. Hierbij wordt aandacht besteed aan de persoonlijke verhalen van mensen. Bestaande modellen worden gebruikt, aangepast en aangevuld, om zo tot een nieuw ontworpen model te komen waar ook de mogelijke invloed van de sociaaleconomische status in meegenomen wordt.

1.4 Actuele cijfers over het bezoeken van de huisarts

Over het algemeen toont onderzoek aan dat er een verband bestaat tussen de sociaaleconomische status van een individu en zijn of haar bezoek aan de huisarts: mensen met een lage sociaaleconomische status bezoeken de huisarts vaker en sneller dan mensen met een hoge sociaaleconomische status. Dit blijkt bijvoorbeeld uit onderzoeken van Cornford (1998), Van der Meer & Mackenbach (1997) en Øystein Hetlevik & Sturla Gjesdal (2012). Toch blijkt dat er ook bronnen zijn te vinden waaruit geconcludeerd kan worden dat mensen met een lage sociaaleconomische status juist minder snel een bezoek brengen aan de huisarts. In deze paragraaf wordt een aantal van deze soms tegenstrijdige bronnen bij langs gegaan, om op die manier een beeld te schetsen van de actuele cijfers en gegevens.

Op de website van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zijn landelijke gegevens beschikbaar over zorggebruik. Hier kan onder andere gevonden worden hoe vaak per jaar een individu gemiddeld contact heeft met de huisarts. Voor het jaar 2015 wordt dit weergegeven in figuur 1. Bij deze gegevens is de sociaaleconomische status niet meegenomen, maar er kan wel gekeken worden naar bijvoorbeeld het opleidingsniveau. Opleidingsniveau is een van de drie indicatoren van de sociaaleconomische status (Adler et al., 1994). Een hoog opleidingsniveau is een indicator voor een hoge sociaaleconomische status, een laag opleidingsniveau is een indicator voor een lage sociaaleconomische status.

Marges	Waarde
Perioden	2015
Onderwerpen	Medische contacten Contact met huisarts Contacten per persoon
Persoonskenmerken	<i>aantal</i>
Totaal personen	5,0
Onderwijsniveau: basisonderwijs	8,1
Onderwijsniveau: vmbo,mbo1,avo onderbouw	6,9
Onderwijsniveau: havo, vwo, mbo	5,4
Onderwijsniveau: hbo, wo bachelor	4,3
Onderwijsniveau: wo, master, doctor	4,0
Gestandaardiseerd inkomen: 1e 20%-groep	5,7
Gestandaardiseerd inkomen: 2e 20%-groep	5,9
Gestandaardiseerd inkomen: 3e 20%-groep	5,2
Gestandaardiseerd inkomen: 4e 20%-groep	4,7
Gestandaardiseerd inkomen: 5e 20%-groep	3,8

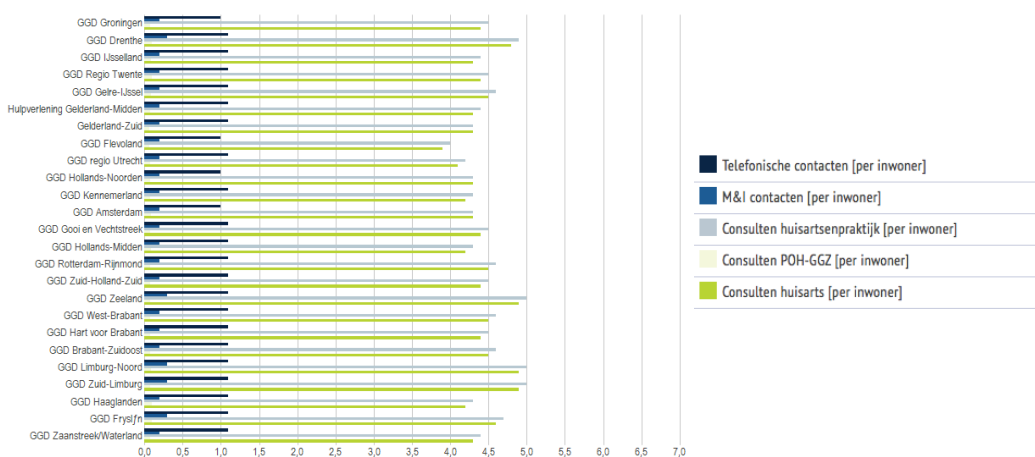
Figuur 1. Contact met de huisarts per onderwijsniveau en inkomensgroep | CBS (2017)

Uit figuur 1 blijkt dat mensen met een lager opleidingsniveau vaker een consult bij de huisarts hebben dan mensen met een hoger opleidingsniveau. Zo valt af te lezen dat mensen met het laagste opleidingsniveau gemiddeld 8,1 keer in het jaar 2015 naar de huisarts zijn gaan en mensen met het hoogste opleidingsniveau gemiddeld 4 keer in dat jaar. Deze gegevens komen overeen met het over het algemeen gevonden verband uit de literatuur.

Het is van belang om kritisch na te gaan hoe betrouwbaar deze gegevens zijn en hoe het onderzoek is uitgevoerd. Op die manier kunnen getrokken conclusies beter begrepen worden.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek baseert zich op de POLS-enquête, wat staat voor Permanent Onderzoek LeefSituatie (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2005). Dit onderzoek wordt uitgevoerd op basis van een steekproef en is verder gebaseerd op zelfrapportage van de geïnterviewde personen. Er wordt dus door mensen zelf aangegeven hoe vaak er een bezoek is gebracht aan de huisarts in het afgelopen jaar. Het is mogelijk dat deze gegevens niet geheel betrouwbaar zijn, aangezien mensen het de precieze aantal huisartsbezoeken in de loop der tijd kunnen vergeten. Dit wordt ook wel aangeduid met de term recall bias, wat inhoudt dat mensen naarmate de tijd verstrijkt meer moeite hebben met het accuraat herinneren van medische gebeurtenissen (Pressman, 2013). Ook zouden mensen zich kunnen schamen voor het aantal keren dat zij naar de huisarts zijn geweest, wat kan maken dat zij hier geen juist aantal doorgeven.

Wanneer er specifiekere gekeken wordt naar het gebied van de Veenkoloniën, geven verschillende bronnen soms tegengestelde resultaten weer. Zo kan er allereerst gekeken worden naar de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) van NIVEL (z.d.). Hiermee kan niet precies gekeken worden naar het gebied van de Veenkoloniën, maar wel naar de provincies waarin de Veenkoloniën liggen. De gegevens zijn weergegeven in figuur 2. De Vraag Aanbod Analyse Monitor (2014) geeft aan dat mensen in de GGD-regio's Groningen en Drenthe gemiddeld respectievelijk 4,5 en 4,9 maal per jaar een bezoek brengen aan een huisartsenpraktijk.

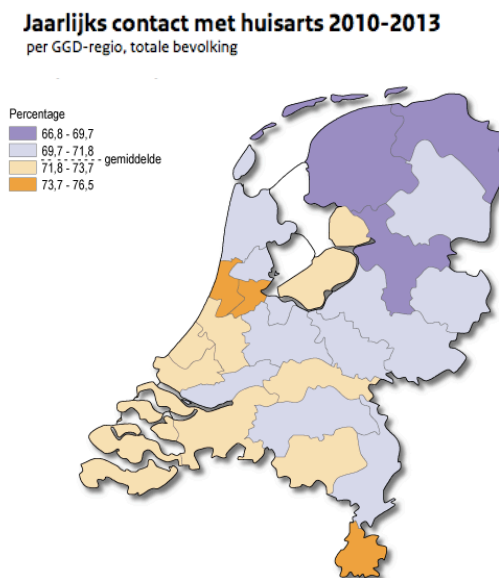


Figuur 2. Consulten huisartsenpraktijk per inwoner volgens de ROS-Wijkscan | Vraag Aanbod Analyse Monitor (2014)

Vergeleken met de andere GGD-regio's in Nederland, gaan de mensen in deze twee regio's niet veel vaker naar de huisarts dan elders in het land. De regio's waar men de huisarts in een periode van één jaar het vaakst bezoekt, zijn Zeeland en Limburg. Hier komt men gemiddeld 5 keer per jaar langs. Men gaat het minst vaak naar de huisarts in Flevoland, namelijk 4 keer per jaar.

Wederom is het relevant om de betrouwbaarheid van de gegevens na te gaan. De Vraag Aanbod Analyse Monitor geeft inzicht in de geschatte vraag van huisartsenzorg op gemeentee- en postcodeniveau (NIVEL, (z.d.); Zaanswijk, Zantinge, Muijsken, Verhaak & Bakker, 2008). Er kan geselecteerd worden voor een gebied, vervolgens worden er schattingen gemaakt op basis van de kenmerken van de bevolking van dat gebied. Het aantal consulten bij de huisarts is berekend aan de hand van gegevens van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn van het jaar 2013 (Vraag Aanbod Analyse Monitor, 2014). Dit is een schatting van het gemiddeld aantal consulten per jaar. Relevant is dat het hierbij gaat om een schatting en dat niet alle factoren meegenomen zijn die van invloed kunnen zijn op de zorgvraag. Zo worden er bijvoorbeeld geen omgevingsfactoren of epidemiologische factoren meegenomen in de berekeningen.

Een andere bron waar informatie uit te halen valt, zijn de gegevens op de website Volksgezondheidszorg.info. Deze wordt ook wel Zorgatlas genoemd. Deze website behoort tot het Rijksinstituut van Volksgezondheid en Milieu. Uit deze bron komt naar voren, zie figuur 3, dat mensen in het noorden en oosten van Nederland jaarlijks minder vaak contact met de huisarts hebben dan elders in het land (RIVM, 2010). Het gebied van de Veenkoloniën ligt eveneens in het noordoosten van Nederland. Op basis van deze gegevens kan daarom geconcludeerd worden dat mensen in de Veenkoloniën relatief minder frequent naar de huisarts gaan dan in het westen en zuiden van het land.



Figuur 3. Contact met de huisarts volgens Volksgezondheidszorg.info | RIVM (2010)

Het Rijksinstituut van Volksgezondheid en Milieu baseert zich hierbij op gegevens van de CBS Gezondheidsenquête vanaf het jaar 2010 (RIVM, 2010). De Gezondheidsenquête wordt jaarlijks afgenomen onder inwoners van Nederland om een overzicht te krijgen van de ontwikkelingen in de gezondheid, de medische contacten, leefstijl en preventie (Centraal Bureau voor de Statistiek,

z.d.).

Van belang voor de betrouwbaarheid van deze bron is dat het hierbij gaat om gegevens die mensen zelf invullen (Centraal Bureau voor de Statistiek, z.d.). Wat betreft het bezoeken van de huisarts, geven mensen via de gezondheidsenquête zelf aan hoe vaak zij op consult zijn geweest. Dit zou afbreuk kunnen doen aan de betrouwbaarheid van deze gegevens: mensen kunnen bijvoorbeeld een onjuist aantal doorgeven door recall bias (Pressman, 2013). Ook kan het zijn dat zij zich schamen voor het zorggebruik of dat zij sociaalwenselijke antwoorden willen geven.

Tot slot zijn er gegevens beschikbaar op niveau van verzekerden per gemeente in relatie tot huisartsenzorg. Op de website www.waarstaatjegemeente.nl wordt weergegeven hoeveel verzekerden per 10.000 verzekerden gebruik maken van de huisartsenzorg. Deze website is een product van het Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten (KING). In tabel 1 wordt het bezoek aan de huisarts in de gemeenten die meedoen met het project Kans voor de Veenkoloniën vergeleken met het bezoek aan de huisarts in de rest van Nederland voor het jaar 2015.

Tabel 1.

Aantal verzekerden per 10.000 verzekerden dat in 2015 gebruik heeft gemaakt van de huisartsenzorg in gemeenten die behoren tot de Veenkoloniën. Bron: Vektis (2015).

<i>Gemeente</i>	<i>Huisartsbezoek in de gemeente</i>	<i>Huisartsbezoek in Nederland</i>
Aa en Hunze	7670	7671
Bellingwedde	7726	7671
Borger-Odoorn	7925	7671
Coevorden	7993	7671
Emmen	7980	7671
Hoogezand-Sappemeer	7832	7671
Menterwolde	7898	7671
Oldambt	7974	7671
Pekela	8166	7671
Stadskanaal	8035	7671
Veendam	7901	7671
Vlagtwedde	7973	7671

Uit de tabel komt naar voren dat in vrijwel alle gemeenten van de Veenkoloniën meer mensen naar de huisarts gaan dan gemiddeld genomen in Nederland het geval is. De twee uitzonderingen hierop zijn de gemeenten Aa en Hunze en Bellingwedde, hier gaan iets minder mensen naar de huisarts dan elders in het land.

De bron van deze data is Vektis. Vektis analyseert en verzamelt informatie met betrekking tot de kwaliteit en kosten van de gezondheidszorg in Nederland. De gegevens komen grotendeels uit declaratiebestanden van zorgverzekeraars (Vektis, z.d.). Dat maakt deze bron vrij betrouwbaar, er is geen sprake van zelfrapportage.

De soms tegenstrijdige uitkomsten die uit de in deze paragraaf besproken bronnen naar voren komen maken het, naast de in paragraaf 1.3.1 en 1.3.2 besproken maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie, eveneens relevant om onderzoek te doen naar de verschillen tussen mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status wat betreft hun bezoek aan de huisarts. Op deze manier kan er meer inzicht verkregen worden in dit onderwerp.

1.5 Leeswijzer

Het onderzoek is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt een theoretisch kader beschreven, waarin invloedsfactoren worden besproken met betrekking tot het al dan niet bezoeken van de huisarts en de invloed van de sociaaleconomische status. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 de methode van onderzoek uitgebreid behandeld en komen in hoofdstuk 4 de resultaten van het onderzoek aan bod. Tot slot worden in hoofdstuk 5 conclusies getrokken, komen een aantal discussiepunten aan bod en wordt er afgesloten met een aantal aanbevelingen.

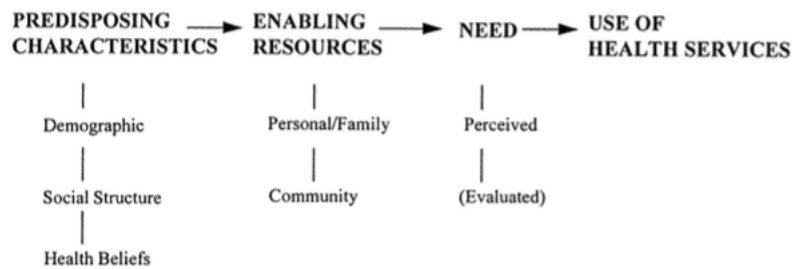
2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van literatuuronderzoek en oriënterende gesprekken met huisartsen beschreven welke factoren van invloed zijn op de keuze om de huisarts al dan niet te bezoeken. Het gedragsmodel van Andersen (1995) wordt hierbij gebruikt als startpunt. Deze wordt behandeld in paragraaf 2.1. Vervolgens wordt er ingezoomd op een specifiek onderdeel van dit model, namelijk de gezondheidsovertuigingen. Deze vormen de eerste invloedsfactor en worden in paragraaf 2.2 aan de hand van het Health Belief Model behandeld. In paragraaf 2.3 wordt een tweede factor beschreven, namelijk de gezondheidsvaardigheden. Verder wordt in paragraaf 2.4 gekeken naar de invloed van de locus of control en in paragraaf 2.5 naar de invloed van vertrouwen in de huisarts. Tot slot wordt er in paragraaf 2.6 niet meer gekeken naar persoonskenmerken, maar naar de rol van de sociale omgeving bij het al dan niet bezoeken van de huisarts.

Voor elke factor is allereerst nagegaan op welke manier deze van invloed is op het bezoeken van de huisarts. Vervolgens is er gekeken welke invloed de sociaaleconomische status op deze factor heeft. Tezamen worden deze factoren uit de bestaande literatuur, theorieën en modellen gecombineerd tot een nieuw, samengesteld model welke verklaart wat maakt dat mensen naar de huisarts gaan en hoe dit verschilt voor mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status. In de volgende paragrafen worden de verschillende factoren bij langs gegaan, waarna het uiteindelijke model aan het einde van het hoofdstuk schematisch weergegeven wordt in figuur 6.

2.1 Het gedragsmodel van Andersen

Er zijn veel gedragsmodellen te vinden in de literatuur die weergeven welke factoren zoal van invloed zijn op het zoeken van hulp in het algemeen of van medische hulp. De meest overkoepelende hiervan is het gedragsmodel van Andersen (Andersen, 1995; Andersen & Newman, 2005; Phillips, Morrison, Andersen & Aday; 1998). Dit model vormt een raamwerk om te kunnen begrijpen hoe zowel individuele factoren als omgevingsfactoren invloed hebben op het zoeken van medische hulp (Holtzman et al., 2015). In het originele model, weergegeven in figuur 4, zijn de determinanten voor het zoeken van medische hulp opgedeeld in drie categorieën: de predispositionele factoren, enabling factoren en need-factoren (Andersen, 1995). Later is het model aangevuld met enkele determinanten, namelijk omgevingsfactoren en aanbodgerelateerde factoren (Phillips, Morrison, Andersen & Aday, 1998). Dit wordt weergegeven in figuur 5.



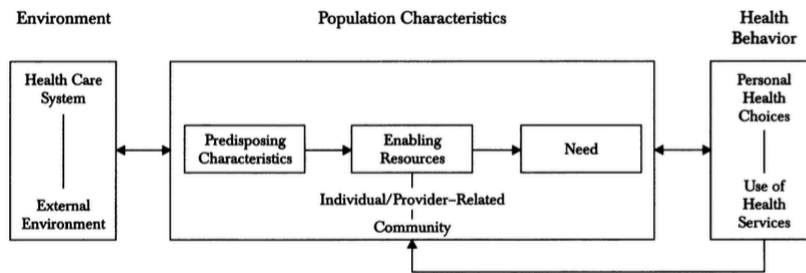
Figuur 4. Het originele gedragsmodel van Andersen (1995)

De predisposing factoren hebben betrekking op de ‘vatbaarheid’ voor het zoeken van professionele hulp. Het gaat hierbij ten eerste om demografische factoren, zoals geslacht en leeftijd. Dit zijn biologische factoren die aangeven hoe waarschijnlijk het is dat iemand professionele hulp nodig zal hebben of zal gaan gebruiken (Andersen, 1995; Counte & Glandon, 1991). Zo blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek van Möller-Leimkühler (2002) dat mannen minder snel medische hulp zoeken dan vrouwen omdat het voor mannen sociaal minder geaccepteerd is om hulp te vragen. Ook blijkt uit onderzoek van Turk-Charles, Meyerowitz & Gatz (1997) dat het zoeken van hulp afneemt naarmate men ouder wordt. Naast de demografische factoren heeft de sociale structuur betrekking op factoren zoals de sociaaleconomische status van een individu en de invloed die de fysieke omgeving heeft op de gezondheid en het omgaan met en oplossen van problemen. De sociale structuur wordt vaak gemeten door te kijken naar de etniciteit, het opleidingsniveau en het beroep van een individu. Naast demografische factoren en de sociale structuur, vallen gezondheidsovertuigingen ook onder de predisposing factoren. Deze gezondheidsovertuigingen worden ook wel *health beliefs* genoemd. Dit zijn de overtuigingen, waarden en kennis van een individu met betrekking tot gezondheid, ziekte en de gezondheidszorg die invloed kunnen hebben op de perceptie van behoefte en gebruik van professionele hulp (Andersen, 1995).

De tweede categorie, de enabling factoren, geven aan dat er bepaalde condities zijn die het gebruik van professionele hulp faciliteren of juist tegenwerken (Counte & Glandon, 1991). Ook al is een individu vatbaar voor het zoeken van medische hulp, de juiste condities moeten hiervoor wel aanwezig zijn. Het gaat hier met name om hulpbronnen in de familie en in de gemeenschap (Andersen, 1995). Zo dienen er bijvoorbeeld gezondheidszorgvoorzieningen en gezondheidszorgpersoneel aanwezig te zijn in de leefomgeving van het individu, anders heeft deze geen mogelijkheid om hier gebruik van te maken. Ook het inkomen van een gezin, gezondheidszorgverzekering en wachttijden spelen bij deze categorie een rol.

Need-factoren hebben betrekking op de gezondheidstoestand van een individu. Van belang is hier zowel de werkelijke, objectieve gezondheidstoestand als de ervaren, subjectieve gezondheidstoestand. Het gaat bij deze need-factoren om gezondheidsproblemen die direct invloed hebben op de beslissing om wel of geen professionele hulp te zoeken (Counte &

Glandon, 1991). Als een individu werkelijk erg ziek is, zal hij of zij eerder geneigd zijn professionele hulp te zoeken dan wanneer de situatie minder ernstig of bedreigend is.



Figuur 5. Het aangevulde gedragsmodel van Andersen (1998)

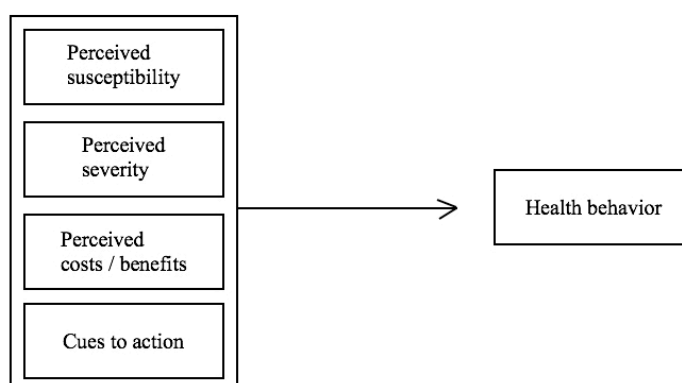
Het originele model is aangevuld met twee omgevingsfactoren: het gezondheidszorgsysteem en externe omgevingsfactoren (Phillips, Morrison, Andersen & Aday, 1998). Kenmerken van het gezondheidszorgsysteem betreffen het beleid, hulpbronnen, de mate van acceptatie van het systeem en financiële afspraken die invloed hebben op de toegankelijkheid hiervan. Onder externe omgevingsfactoren vallen factoren zoals normen in de samenleving, het economische klimaat, geweldsniveau en relatieve welvaart.

Naast de omgevingsfactoren is het originele model aangevuld met aanbodgerelateerde factoren (Phillips, Morrison, Andersen & Aday, 1998). Zo kunnen factoren van individuen beïnvloed worden door aanbieders van zorg, wat vervolgens weer invloed heeft op hun gebruik van de diensten. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan eerder gebruik van medische diensten. Ook kunnen kenmerken van de aanbieder het gebruik van de zorg beïnvloeden, doordat deze interacteren met patiëntkenmerken. Een voorbeeld hierbij is het geslacht van de huisarts (Lurie et al., 1993).

2.2 Gezondheidsovertuigingen bekeken vanuit het Health Belief Model

Gekeken vanuit het gedragsmodel van Andersen wordt er in het huidige onderzoek allereerst ingezoomd op de gezondheidsovertuigingen (*health beliefs*). Gezondheidsovertuigingen hebben betrekking op waarden, overtuigingen en kennis van mensen over gezondheid en de gezondheidszorg (Andersen, 1995). Dit beïnvloedt de mate waarin een individu het idee heeft gezondheidszorgvoorzieningen nodig te hebben en uiteindelijk te gebruiken. Van het gedragsmodel van Andersen zijn de gezondheidsovertuigingen het meest interessant om te bekijken, aangezien er in het huidige onderzoek vooral gekeken wordt naar psychosociale factoren die van invloed zijn op het bezoek aan de huisarts. Om deze reden is het minder interessant om bijvoorbeeld demografische factoren zoals leeftijd en geslacht of enabling factoren zoals de aanwezigheid van gezondheidsfaciliteiten mee te nemen in het onderzoek.

Gezondheidsovertuigingen worden specifiek behandeld in het welbekende Health Belief Model van Rosenstock (Rosenstock, 1974; Rosenstock, 2005; Kim & Zane, 2015). Deze wordt weergegeven in figuur 7. Met dit model kunnen gezondheidsgerelateerde gedragingen worden verklaard (Champion, 1985). Het Health Belief Model is een psychosociaal model waarin gesteld wordt dat het besluit om gezondheidsgerelateerde gedragingen uit te voeren, zoals het zoeken van medische hulp, wordt beïnvloed door de ervaren dreiging van ziekte, klachten en de verwachtingen die men heeft van het zoeken van hulp en eventuele behandeling (Kim & Zane, 2015). Dreiging van ziekte gaat over de perceptie vatbaar of kwetsbaar te zijn voor een gezondheidsprobleem (*perceived susceptibility*) en percepties over de ernst van het probleem (*perceived severity*). Verwachtingen van eventuele behandeling hebben betrekking op de percepties van voordelen en barrières van het zoeken van medische hulp en het krijgen van een behandeling voor het gezondheidsprobleem (*perceived benefits* en *perceived costs*). Tot slot behandelt dit model *cues to action*, wat inhoudt dat externe determinanten van gezondheidsgedrag een rol spelen. Een voorbeeld hiervan is de invloed van familieleden (Kim & Zane, 2015). Deze *cues to action* komen specifiek aan bod in paragraaf 2.6, waarbij er gekeken wordt naar de invloed van de sociale omgeving.



Figuur 6. Het Health Belief Model van Rosenstock (1974)

2.2.1 Gezondheidsovertuigingen en huisartsbezoek

Vanuit het raamwerk van het Health Belief Model kan er gekeken worden op welke manier de vier verschillende factoren van invloed zijn op het al dan niet bezoeken van de huisarts. De invloed van de eerste drie factoren wordt in deze paragraaf behandeld. De invloed van de *cues to action* wordt behandeld in paragraaf 2.6, aangezien deze aansluit op de invloed van de sociale omgeving.

Uit onderzoek blijkt dat de perceptie van kwetsbaarheid en vatbaarheid voor een gezondheidsprobleem (*perceived susceptibility*) een belangrijke rol speelt bij de keuze om medische hulp te zoeken (Campbell & Roland, 1996; Champion & Skinner, 2008). Wanneer

een individu het idee heeft dat hij of zij erg kwetsbaar of vatbaar is voor een bepaald gezondheidsprobleem, zal deze eerder naar de huisarts gaan (Blaxter, 1985; Campbell & Roland, 1996). Een individu dat zich hier minder zorgen over maakt, zal dit minder snel doen. Het gaat hier om het subjectief ingeschatte risico om kwetsbaar of vatbaar te zijn voor een bepaalde conditie (Rosenstock, 2005).

De perceptie van de ernst van het gezondheidsprobleem (*perceived severity*) is een multi-dimensioneel concept, waarbij het zowel kan gaan om de hevigheid van de symptomen, de perceptie van kans op een ernstige ziekte als om hoe vaak de symptomen zich voordoen (Campbell & Roland, 1996). Een individu kan zich bijvoorbeeld bezighouden met de vraag of de conditie de dood tot gevolg zou kunnen hebben of dat hij of zij mentaal of fysiek beperkt zou kunnen raken, maar hij of zij kan dit ook in een breder perspectief zien en zich afvragen wat voor gevolgen het probleem kan hebben voor de baan, het sociale leven en het familieleven (Rosenstock, 2005). Dit houdt in dat zowel de perceptie van ernst van de symptomen als de gevolgen hiervan voor het dagelijks leven van het individu van invloed zijn op het bezoeken van de huisarts (Campbell & Roland, 1996). Hoe meer het probleem gezien wordt als ernstig en/of het hebben van een nadelige invloed op het leven, hoe groter de kans dat het individu hiermee naar de huisarts zal gaan.

Tot slot de overtuigingen die mensen hebben met betrekking tot voordelen en barrières van het bezoeken van de huisarts. Een individu kan een bezoek aan de huisarts als voordeel zien in de zin dat het gezondheidsprobleem vermindert of verdwijnt, maar er kan tegelijkertijd ook sprake zijn van barrières. Dit is bijvoorbeeld het geval als een individu het bezoek inschat als pijnlijk of onaangenaam (Rosenstock, 2005), of wanneer kosten als gevolg van mogelijke doorverwijzingen naar de specialist gezien worden als problematisch. De negatieve aspecten van de actie zorgen voor conflicterende motieven. Er zijn twee uitkomsten mogelijk: als het individu meer voordelen dan barrières ziet en de bereidheid om in actie te komen tegen het gezondheidsprobleem groot is ten opzichte van de negatieve aspecten van het bezoek, dan zal de kans groot zijn dat het individu ook daadwerkelijk op consult zal gaan (Van de Kar et al., 1992; Rosenstock, 2005). Als de negatieve aspecten van het bezoek echter sterk zijn en de bereidheid om in actie te komen tegen het probleem klein, dan zullen deze negatieve aspecten de overhand hebben en voorkomen dat het individu in actie komt (Rosenstock, 2005).

2.2.2 Gezondheidsovertuigingen en sociaaleconomische status

De *Health Beliefs and Knowledge Approach* is een benadering die er vanuit gaat dat mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status verschillen in hun gezondheidsovertuigingen (Boulton et al., 1986). Deze benadering is gericht op klasse-gerelateerde verschillen in kennis en overtuigingen en de invloed hiervan op consultgedrag. Volgens deze benadering worden kennis en overtuigingen van mensen gevormd in de context van de cultuur en de sociale

netwerken. Deze kennis en overtuigingen kunnen verschillen van professionele medische kennis en overtuigingen. Hoe een individu een probleem ziet, wordt gevormd door zogenaamde ‘leken-verklaringsmodellen’. De huisarts zelf baseert zich op medische verklaringsmodellen.

De cultuur en leken-theorieën van mensen met een lage sociaaleconomische status zullen meer verschillen van de cultuur en verklaringsmodellen van de huisarts dan dat dit bij mensen met een hoge sociaaleconomische status het geval is. De huisarts behoort namelijk zelf tot de hoge sociaaleconomische status-groep, waardoor deze in dezelfde sociale klasse zit als mensen met een hoge sociaaleconomische status (Boulton et al., 1986).

Een tekort aan kennis kan invloed hebben op overtuigingen wat betreft de ernst van een bepaalde conditie en de bijbehorende gevolgen (Burak & Meyer, 1997). Doordat mensen met een lage sociaaleconomische status minder hoog opgeleid zijn, over mindere kennis beschikken en leken-verklaringsmodellen hebben, zullen zij in de drie behandelde gezondheidsovertuigingen van het Health Belief Model verschillen van mensen met een hoge sociaaleconomische status. Eveneens zullen zij van de huisarts hierin van de huisarts verschillen, aangezien deze een hoge sociaaleconomische status heeft. Het kan bij mensen met een lage sociaaleconomische status bijvoorbeeld het geval zijn dat de ernst van een bepaalde conditie, dus de *perceived severity*, niet op dezelfde manier wordt ingeschat als de huisarts dit zou doen. Dit kan twee gevolgen hebben: zij kunnen een situatie of conditie als minder ernstig beoordelen dan dat deze volgens een medisch verklaringmodel van de huisarts zou zijn en daardoor minder vaak naar de huisarts gaan, of zij beoordelen een situatie of conditie sneller als ernstig dan objectief gezien nodig is en gaan daardoor vaker naar de huisarts. Uit de meeste literatuur komt naar voren dat mensen met een lage sociaaleconomische status vaker naar de huisarts gaan (Campbell & Roland, 1996; Vedsted et al., 2004), waardoor er van de laatste mogelijkheid meer sprake lijkt te zijn.

Op basis van de literatuur in paragraaf 2.2 wordt verwacht dat percepties van vatbaarheid, kwetsbaarheid en de ernst van een gezondheidsprobleem invloed hebben op het bezoek aan de huisarts, net als de perceptie van voordelen en barrières van hulp-zoeken en eventuele behandeling. Verder wordt verwacht dat mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status verschillen in hun gezondheidsovertuigingen, waarbij mensen met een lage sociaaleconomische status waarschijnlijk vaker gezondheidsovertuigingen hebben die ervoor zorgen dat zij frequenter een bezoek brengen aan de huisarts.

2.3 Gezondheidsvaardigheden

De gezondheidsvaardigheden van een individu vormen een tweede belangrijke invloedsfactor op het bezoeken van de huisarts. Gezondheidsvaardigheden worden ook wel aangeduid met de term *health literacy*. In de breedste zin van het woord gaat het hierbij om sociale en cognitieve vaardigheden die van invloed zijn op de mogelijkheid en motivatie van een individu om toegang

te krijgen tot informatie en informatie te begrijpen, op zo'n manier dat het bevorderlijk is voor de gezondheid (Apolinario et al., 2015). Het betreft niet alleen het vermogen om medische instructies van de huisarts te kunnen lezen, begrijpen en op te volgen, maar ook communicatieve vaardigheden en het vermogen om kritisch naar informatie te kijken, de juiste informatie ergens uit te kunnen filteren en problemen duidelijk uit te kunnen leggen aan de huisarts (Keleher & Hagger, 2007; Estacio, 2013; Rudd, 2013; Apolinario et al., 2015).

Er bestaan verschillen in soort *health literacy*, de bijbehorende betekenis voor mensen en de praktische toepassing hiervan in het dagelijks leven. Nutbeam (2000) onderscheidt drie categorieën:

- *Basic/functional literacy*: dit betreft basisvaardigheden waarmee gelezen en geschreven kan worden en die ervoor zorgen dat een individu goed kan functioneren in het dagelijks leven.
- *Communicative/interactive literacy*: dit betreft meer geavanceerde vaardigheden met betrekking tot cognitie en geletterdheid. Samen met sociale vaardigheden vormen deze het vermogen om goed te functioneren in het dagelijks leven, maar ook om informatie te verzamelen, betekenis te geven en nieuwe informatie toe te kunnen passen in nieuwe omstandigheden.
- *Critical literacy*: dit betreft nog meer geavanceerde cognitieve vaardigheden. Deze kunnen samen met sociale vaardigheden toegepast worden om informatie op een kritische manier te analyseren en om deze informatie op zo een manier te gebruiken dat het individu meer controle krijgt over zijn of haar leven en levensomstandigheden.

2.3.1 Gezondheidsvaardigheden en huisartsbezoek

Uit onderzoek blijkt dat individuen met weinig gezondheidsvaardigheden vaker gebruik maken van medische diensten dan individuen die over meer gezondheidsvaardigheden beschikken (Keleher & Hagger, 2007). Dit valt op twee manieren te verklaren.

Ten eerste hebben mensen met weinig gezondheidsvaardigheden moeite met bijvoorbeeld het doseren van medicijnen en het lezen van labels op bijvoorbeeld een pillenpotje of in een informatieve folder (Schillinger et al., 2002). In deze gevallen zijn zij al eerder naar de huisarts geweest en blijven zij langer ziek omdat ze door een tekort aan gezondheidsvaardigheden het probleem niet weten op te lossen of te verminderen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij chronisch zieken (Nutbeam, 2008). Ook is het voor mensen met weinig gezondheidsvaardigheden lastiger om advies op medisch gebied goed te begrijpen en op te volgen, wat niet bevorderlijk is voor de gezondheid (Schillinger et al., 2002). Individuen met weinig gezondheidsvaardigheden komen op deze manier vaker terug bij de huisarts dan individuen met meer gezondheidsvaardigheden.

Ook in nieuwe situaties zullen mensen met weinig gezondheidsvaardigheden sneller

naar de huisarts stappen. Mensen met veel gezondheidsvaardigheden kunnen namelijk, dankzij de *critical literacy* (Nutbeam, 2008) een betere inschatting maken van wat er met hen aan de hand is en kunnen op een meer kritische manier beoordelen of het nodig is om daarmee naar de huisarts te stappen. Doordat zij in staat zijn deze kritische afweging met betrekking tot een gezondheidsprobleem te maken, zullen mensen met veel gezondheidsvaardigheden minder snel de keuze maken om naar de huisarts te gaan dan mensen die deze vaardigheid niet bezitten.

2.3.2 Gezondheidsvaardigheden en sociaaleconomische status

Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat mensen met een lage sociaaleconomische status vaker beperkte gezondheidsvaardigheden hebben dan mensen met een hoge sociaaleconomische status (Berkman et al., 2011; Schillinger et al., 2002; Nutbeam, 2008; Adams et al., 2009). Zij zijn over het algemeen minder hoog opgeleid, beschikken over minder goede lees- en schrijfvaardigheden dan mensen met een hoge sociaaleconomische status en hebben een lagere mate van cognitieve ontwikkeling. Door hun beperktere gezondheidsvaardigheden hebben zij, zoals in de vorige paragraaf is beschreven, een grotere kans om de huisarts te bezoeken.

Daarnaast stelt de *Social Distance Approach* dat mensen die op de huisarts lijken in termen van sociale klasse waarschijnlijk dezelfde communicatiestijl hebben als hem of haar en daardoor effectiever kunnen communiceren tijdens een consult (Boulton et al., 1986). Dit betekent dat mensen met een lage sociaaleconomische status over het algemeen minder effectief met de huisarts kunnen communiceren dan mensen met een hoge sociaaleconomische status en dus over minder *communicative/interactive health literacy* beschikken. Uit onderzoek van Bain (1976) en Cartwright & O'Brien (1976) blijkt dan ook dat mensen uit lagere sociale klassen tijdens een consult minder vertellen over hun klachten, minder vragen stellen en minder uitleg krijgen.

Op basis van de literatuur in paragraaf 2.3 wordt verwacht dat mensen met veel gezondheidsvaardigheden minder snel een bezoek brengen aan de huisarts dan mensen met weinig gezondheidsvaardigheden. Verder wordt verwacht dat mensen met een lage sociaaleconomische status minder gezondheidsvaardigheden hebben dan mensen met een hoge sociaaleconomische status en daarom vaker naar de huisarts gaan.

2.4 Locus of control

Uit een oriënterend gesprek met een van de huisartsen³ en eveneens uit de literatuur komt nog een derde belangrijke factor naar voren die van invloed is op het al dan niet bezoeken van de

³ Tijdens een gesprek met een huisarts uit Nieuw-Buinen kwam naar voren dat de locus of control inderdaad een rol kan spelen bij het bezoeken van de huisarts. Mensen die meer geneigd zijn anderen personen of omstandigheden verantwoordelijk te houden voor hun eigen situatie, zijn vaker geneigd de huisarts te bezoeken. Volgens de huisarts speelt dit meer bij mensen met een lage sociaaleconomische status.

huisarts, namelijk de *locus of control* van een individu (Goldsteen, Counte & Goldsteen, 1994). Deze geeft de mate aan waarin een individu het gevoel heeft dat gebeurtenissen in het leven een gevolg zijn van eigen ondernomen acties en dat hij of zij hier dus zelf controle over heeft (Rotter, 1966; Kleinberg, Aluoja & Vasar, 2013). Er is sprake van interne locus of control als het individu het gevoel heeft dat gebeurtenissen in het leven het resultaat zijn van eigen ondernomen acties. Als het individu echter het gevoel heeft dat gebeurtenissen in het leven voortkomen uit externe bronnen zoals kans, geluk en het lot, dan spreekt men van externe locus of control.

Dit concept kan verder toegespitst worden op gezondheid. Marshall (1991) spreekt in zijn artikel van een *internal health locus of control* wanneer een individu het gevoel heeft controle te hebben over de eigen gezondheid, omgaan met ziekte, ziektepreventie en zichzelf de schuld kan geven van het probleem. Een *chance health locus of control* houdt in dat het individu gelooft in genetische- en omgevingsfactoren die het probleem hebben veroorzaakt, waar het individu zelf geen controle heeft. Ook gelooft hij of zij in het lot en de invloed van machtige anderen (Goldsteen, Counte & Goldsteen, 1994).

2.4.1 Locus of control en huisartsbezoek

Onderzoek van Martini & Page (1996) laat zien dat de mate van locus of control van invloed is op het zoeken van hulp algemeen: het hebben van een meer interne (gezondheids)locus of control leidt tot een mindere mate van hulp-zoeken. Meer specifiek blijkt ook dat individuen met een interne (gezondheids)locus of control minder gebruik maken van medische diensten dan individuen met een externe (gezondheids)locus of control (Goldsteen, Counte & Goldsteen, 1994; Campbell & Roland, 1996).

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat mensen met een externe controle-oriëntatie meer het gevoel hebben dat machtige anderen de controle hebben, bijvoorbeeld huisartsen. Als een individu gelooft dat niet hijzelf, maar de huisarts de controle heeft over de gezondheidstoestand, dan zal deze sneller geneigd zijn de huisarts te bezoeken met het idee dat deze er iets aan moet en kan veranderen. Er wordt minder gekeken naar de invloed die het individu hier zelf kan hebben op de gezondheidstoestand.

Verder komt uit de literatuur naar voren dat de controle-oriëntatie nog op een andere manier invloed heeft op het gebruik van medische diensten. Mensen met een interne locus of control zijn namelijk gezonder dan mensen met een externe locus of control (Ross & Mirowsky, 1989; Goldsteen, Counte & Goldsteen, 1994). Ross & Mirowsky (1989) beargumenteren dit door in hun onderzoek te stellen dat het gevoel van controle hebben zorgt voor een vermindering van depressiesymptomen, aangezien dit een individu aanmoedigt actief een probleem op te lossen. Door de betere gezondheidstoestand is het waarschijnlijk dat mensen met een interne locus of control minder gebruik zullen maken van medische diensten dan mensen

met een meer externe locus of control, aangezien hun behoefte aan medische hulp kleiner is.

2.4.2 Locus of control en sociaaleconomische status

Uit onderzoek blijkt dat mensen met een lage sociaaleconomische status vaker een externe locus of control hebben dan mensen met een hoge sociaaleconomische status (Wardle & Steptoe, 2003). Mensen die minder hoog zijn opgeleid en minder inkomen ontvangen, zullen meer waarschijnlijk geloven in ‘het lot’ en externe determinanten die bepalend zijn voor bepaalde uitkomsten (Lachman & Weaver, 1998). Zij geloven minder in de invloed die zij hier zelf op hebben (Gurin & Brim, 1984).

Voor dit verband worden in de literatuur twee mogelijke verklaringen gegeven (Lachman & Weaver, 1998). Een eerste mogelijke verklaring is dat mensen met een hoge sociaaleconomische status door het volgen van meer en hoger onderwijs meekrijgen en leren dat er een verband bestaat tussen de acties van een individu en uitkomsten voor het individu. Hierdoor leren zij als het ware dat bepaalde uitkomsten het gevolg kunnen zijn van eigen gedragingen, de twee hangen samen. Dit krijgen mensen met een lage sociaaleconomische status, door minder opleiding, in mindere mate mee (Knack & Keefer, 1997; Knack & Zak, 2002).

Een tweede mogelijke verklaring is dat mensen met een lage sociaaleconomische status door hun leefomstandigheden en ervaringen een meer externe locus of control hebben. Mensen met een hoge sociaaleconomische status hebben, mede door hun hogere opleidingsniveau en inkomen, meer kansen in het leven en worden in bepaalde situaties vaak anders behandeld dan mensen met een lage sociaaleconomische status. Mensen met een lage sociaaleconomische status kunnen minder goed gebeurtenissen in het leven beïnvloeden (Lachman & Weaver, 1998). Dit zorgt voor een gevoel van gebrek aan controle.

Op basis van de literatuur in paragraaf 2.4 wordt verwacht dat het hebben van een externe (gezondheids)locus of control maakt dat mensen sneller een bezoek brengen aan de huisarts. Verder wordt verwacht dat mensen met een lage sociaaleconomische status vaker een externe controle-oriëntatie hebben en daarom sneller naar de huisarts gaan.

2.5 Vertrouwen

Op basis van de literatuur en oriënterende gesprekken met huisartsen en een praktijkondersteuner⁴ komt naar voren dat de mate van vertrouwen in de huisarts eveneens van invloed is op het wel of niet bezoeken hiervan. Hall et al. (2001) stellen dat vertrouwen in huisartsen in het algemeen de volgende vijf domeinen behelst:

⁴ Vanuit eigen ervaringen vertellen twee huisartsen uit Valthermond en Nieuw-Buinen en een praktijkondersteuner uit Coevorden dat vertrouwen erg belangrijk is wat betreft het bezoeken van de huisarts. Mensen gaan naar de huisarts toe als zij het vertrouwen hebben dat hij of zij hen kan helpen.

- Trouw: de huisarts handelt in het belang van de patiënt, vermijdt belangenconflicten en is zorgzaam
- Bekwaamheid: de huisarts is goed in zijn werk, heeft interpersoonlijke vaardigheden, maakt de juiste beslissingen
- Eerlijkheid: de huisarts vertelt de waarheid
- Vertrouwelijkheid: de huisarts gaat op de juiste manier om met gevoelige informatie
- Algemeen vertrouwen: de “ziel” van vertrouwen of verschillende aspecten van de andere domeinen gecombineerd

Daarnaast kan het vertrouwen van de patiënt volgens Pearson & Raeke (2000) geconceptualiseerd worden met twee samenhangende elementen: interpersoonlijk vertrouwen en sociaal of algemeen vertrouwen. Hierbij heeft interpersoonlijk vertrouwen betrekking op het vertrouwen in een bepaalde professional zelf en sociaal of algemeen vertrouwen op het vertrouwen in de gezondheidszorg en de medische professie in het algemeen. Deze twee vormen van vertrouwen zijn gerelateerd aan elkaar: algemeen vertrouwen kan gezien worden als een gegeneraliseerde houding, welke gebaseerd is op de persoonlijke ervaring van een individu en de communicatie van de massamedia. Op zijn beurt beïnvloedt het algemene vertrouwen weer de manier waarop een individu reageert in interpersoonlijke vertrouwenssituaties (Straten, Friele & Groenewegen, 2002).

2.5.1 Vertrouwen en huisartsbezoek

In de literatuur komt een tegenstrijdigheid naar voren. Uit onderzoek blijkt aan de ene kant dat vertrouwen in de huisarts maakt dat er eerder medische hulp gezocht wordt (Safran et al., 1998; Hall et al., 2001; Lee et al., 2007; Gopichandran & Chetlapalli, 2013). In de gezondheidszorg is het voor een individu moeilijk om de kwaliteit van de diensten in te schatten, er zitten risico's en onzekerheden verbonden aan het zoeken van medische hulp. Deze kunnen belemmerend werken: het individu moet als het ware zijn of haar lot in de handen van de huisarts leggen (Straten, Friele & Groenewegen, 2002). Wanneer het individu echter vertrouwen heeft in de huisarts en de gezondheidszorg in het algemeen, is er minder sprake van deze belemmering. Het vertrouwen zorgt er namelijk voor dat mensen om kunnen gaan met de onzekerheden en risico's en medische hulp zoeken (Miształ, 2013; Straten, Friele & Groenewegen, 2002). Op deze manier zal een grote mate van vertrouwen ervoor zorgen dat men eerder naar de huisarts zal gaan.

Aan de andere kant blijkt uit de literatuur ook dat vertrouwen juist gerelateerd kan zijn aan een mindere mate van bezoek aan de huisarts. Uit onderzoek van Thom, Hall & Pawlson (2004), Lee et al. (2007) en Gopichandran & Chetlapalli (2013) komt naar voren dat vertrouwen gerelateerd is aan toenemend gebruik van preventieve maatregelen en het blijven volgen van een in gang gezette behandeling. Wanneer een individu meer preventieve maatregelen neemt en

voorgeschreven behandelingen goed blijft volgen, is dit gunstig voor zijn of haar gezondheidstoestand (Van Oers, 2002). Door preventieve maatregelen wordt het individu minder snel ziek en door het goed volgen van een behandeling wordt het individu sneller weer beter. Op deze manier zal een grote mate van vertrouwen zorgen voor minder bezoek aan de huisarts, aangezien een individu met meer vertrouwen gezonder zal zijn.

2.5.2 Vertrouwen en sociaaleconomische status

Uit een aantal onderzoeken blijkt dat het hebben van een lage sociaaleconomische status geassocieerd is met een grotere mate van vertrouwen in de huisarts (Kayaniyil et al., 2009; Gopichandran & Chetlapalli, 2013). Meyer, Ward & Jiwa (2012) geven hiervoor als verklaring dat mensen met een lage sociaaleconomische status een grotere sociale afstand hebben tot de huisarts en daardoor consequent sneller geneigd zijn het eens te zijn met de huisarts, zonder hieraan te twijfelen.

Wanneer er echter verder gekeken wordt in de literatuur, blijkt er meer ondersteuning te zijn voor een verband in de andere richting: een lage sociaaleconomische status is geassocieerd met een mindere mate van vertrouwen (Richardson et al., 2012; Hall et al., 2008; Huang, Van den Brink & Groot, 2011). Richardson et al. (2012) en Haywood et al. (2014) verklaren dit aan de hand van slechtere communicatie bij het medische consult. Mensen met een lage sociaaleconomische zouden vaker het gevoel hebben dat de dokter informatie niet op een begrijpbare manier uitlegt en hen niet betreft bij beslissingen rondom medische zorg, waardoor zij minder vertrouwen hebben in de huisarts.

Naast deze verklaring benadrukken Huang, Van den Brink en Groot (2011) het belang van de persoonlijke levenservaringen van een individu. Zij stellen dat als mensen zijn opgegroeid in een benadeelde positie, zoals bij mensen met een lage sociaaleconomische status veelal het geval is, zij minder geloven in de goede bedoelingen en betrouwbaarheid van anderen (Paxton, 2007; Huang, Van den Brink & Groot, 2011). Deze mensen zijn namelijk meer blootgesteld aan de “donkere kant” van onze samenleving (Ferraro, 1995). Daartegenover geloven mensen die in een betere omgeving zijn opgegroeid meer in de goedheid van de mens in het algemeen. Zij zijn meer tevreden met hun leven en geven aan meer vertrouwen te hebben (Brehm & Rahn, 1997; Huang, Van den Brink & Groot, 2011).

Knack en Keefer (1997) verklaren de hogere mate van vertrouwen bij mensen met een hoge sociaaleconomische status doordat onderwijs een positief effect heeft op het begrijpen van informatie en op de socialisatie van mensen: door dit socialiseringseffect van het onderwijs kunnen mensen een meer positieve houding krijgen tegenover mensen in het algemeen.

Op basis van de literatuur in paragraaf 2.5 wordt verwacht dat het hebben van een grote mate van vertrouwen maakt dat de huisarts eerder bezocht wordt. Verder wordt verwacht dat mensen met een lage sociaaleconomische status minder vertrouwen hebben, aangezien de

meeste literatuur hierop wijst.

2.6 De invloed van de sociale omgeving

Naast de gezondheidsovertuigingen, locus of control en gezondheidsvaardigheden van een individu blijkt uit de literatuur dat ook de sociale omgeving op verschillende manieren van invloed is op het al dan niet bezoeken van de huisarts (Campbell & Roland, 1996; Wolters et al., 2002). Dit gebeurt bijvoorbeeld via het ontvangen van sociale steun, de sociale invloed en normen in het sociale netwerk. De sociale omgeving als invloedsfactor valt onder te brengen in het gedragsmodel van Andersen (1995) bij de *cues to action*.

2.6.1 Sociale steun

Sociale steun is het ontvangen van hulp van mensen uit het sociale netwerk. Deze hulp kan bijvoorbeeld gegeven worden door familie, vrienden of collega's, en is een van de belangrijkste functies van sociale relaties. Sociale steun kan ingedeeld worden in vier categorieën: emotionele sociale steun, instrumentele sociale steun, informationele sociale steun en sociale steun in de vorm van waardering (House, 1981; Heaney & Israel, 2008). Emotionele sociale steun heeft betrekking op het krijgen van liefde, empathie, vertrouwen en het gevoel hebben dat iemand om je geeft. Bij instrumentele sociale steun gaat het om het krijgen van concrete hulp.

Informationele sociale steun heeft betrekking op het krijgen van informatie en advies en het krijgen van sociale steun in de vorm van waardering gaat met name over het krijgen van bevestiging en opbouwende feedback, wat vervolgens bruikbaar is voor zelf-evaluatie.

Kenmerkend aan sociale steun is dat het altijd bedoeld is als iets hulpvols en dat het bewust wordt gegeven (Heaney & Israel, 2008).

2.6.1.1 De directe invloed van sociale steun op huisartsbezoek

Sociale-steun-netwerken hebben een grote invloed op het consultgedrag van individuen (Campbell & Roland, 1996). Uit onderzoek blijkt dat mensen met een minder sterk sociaal netwerk vaker gebruik maken van medische diensten dan mensen met een sterk sociaal netwerk (Kouzis & Eaton, 1998; Campbell & Roland, 1996; Scaife et al., 2000; Ellaway et al., 1999). Het ontbreekt hen aan goede sociale relaties en sociale steun.

Het frequentere gebruik van medische diensten bij mensen met een minder sterk sociaal netwerk valt te verklaren doordat huisartsen en andere medische hulpverleners op zo'n moment de psychologische en sociale behoeften van het individu vervullen (Kadushin, 1969; Kouzis & Eaton, 1998). Als een individu verontrust is, moeilijk om kan gaan met zijn of haar problemen en een zwak sociaal netwerk heeft, kan hij of zij verder bij niemand terecht met deze zorgen en problemen (Tessler et al., 1976). Er zijn geen belangrijke anderen in beeld die het individu emotionele, informationele of instrumentele sociale steun zouden kunnen verschaffen. Het

individueel ziet geen andere optie dan naar de huisarts te gaan, om op deze manier geruststelling en hulp te krijgen. Als een individu juist wel een sterk sociaal netwerk heeft, zijn er anderen in beeld die sociale steun kunnen verschaffen, waardoor het individu minder snel naar de huisarts stapt.

Verder stelt de theorie van symbolische interactie dat menselijk gedrag gebaseerd is op de betekenis die mensen geven aan bepaalde gebeurtenissen. Sociale interacties zijn van grote invloed op deze betekenis (Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000; Heaney & Israel, 2008). Sociale contacten kunnen op deze manier hulp bieden bij het interpreteren van problemen. Dit kan ervoor zorgen dat een individu een bepaalde situatie uiteindelijk als minder of meer problematisch ziet en daardoor minder snel of juist sneller naar de huisarts stapt.

2.6.1.2 Sociaaleconomische status en sociale steun

Uit onderzoek blijkt dat mensen met een lage sociaaleconomische status vaker een minder groot sociaal netwerk hebben dan mensen met een hoge sociaaleconomische status: zij doen minder aan sociale participatie, ontvangen minder sociale steun van peers en hebben minder sociale contacten (Lakerveld et al., 2014). Mensen met een hoge sociaaleconomische status zijn vaker getrouwd, hebben meer vrienden en geven aan meer sociale steun te ontvangen dan mensen met een lage sociaaleconomische status (Stringhini et al., 2012; Mickelson & Kubzansky, 2003). Verder blijkt dat mensen met een hoge sociaaleconomische status door hun hogere opleidingsniveau in veel gevallen een meer divers en minder op familie gebaseerd netwerk hebben (Krause & Borawski-Clark, 1995; Ajrouch, Blandon & Antonucci, 2005).

Een mogelijke verklaring voor het zwakkere sociale netwerk bij mensen met een lage sociaaleconomische status is dat mensen met beroepen van hoge status meer de kans hebben om banden te vormen met collega's dan mensen met beroepen van lagere status, aangezien er bij deze laatste soort beroepen vaker sprake is van geïsoleerde en slechte werkcondities (Ajrouch, Blandon & Antonucci, 2005).

Een ander belangrijk punt is dat een individu cognitieve middelen en vaardigheden nodig heeft om sociale relaties met anderen aan te kunnen gaan en deze te kunnen onderhouden (Ajrouch, Blandon & Antonucci, 2005). Deze vaardigheden en middelen zijn over het algemeen meer aanwezig bij hogeropgeleiden dan bij lageropgeleiden, waardoor het voor hen gemakkelijker kan zijn een sterk sociaal netwerk op te bouwen en te onderhouden.

Wat betreft het krijgen van minder sociale steun bij mensen met een lage sociaaleconomische status, is het mogelijk dat dit komt doordat mensen vaak met gelijke anderen omgaan (Coleman, 1958; Centola & Van de Rijt, 2015). Dit houdt in dat mensen met een lage sociaaleconomische status vaak omgaan met mensen die ook een lage sociaaleconomische status hebben. Deze anderen hebben in dezelfde mate last van stressvolle levensomstandigheden zoals armoede en hebben daardoor minder energie en tijd om sociale

steun te geven aan mensen uit hun sociale netwerk (Mickelson & Kubzansky, 2003; Schafer & Vargas, 2016).

Op basis van de literatuur in paragraaf 2.6 wordt verwacht dat mensen met een groot en sterk sociaal netwerk meer sociale steun ontvangen en daardoor minder snel naar de huisarts gaan. Verder wordt verwacht dat mensen met een lage sociaaleconomische status minder sterke sociale-steun-netwerken hebben en daardoor sneller naar de huisarts gaan.

2.6.2 Sociale invloed en heersende normen

De sociale omgeving heeft, naast sociale steun, ook een effect op het huisartsbezoek via sociale invloed en normen. Door vergelijking met gelijke anderen in het sociale netwerk krijgt een individu normatieve en gedragsmatige sturing (Marsden & Friedkin, 1994; Thoits, 2011). Het individu heeft bepaalde overtuigingen en gedragingen en gaat na hoe gepast deze zijn door ze te vergelijken met de overtuigingen en gedragingen van gelijke anderen in het sociale netwerk. Vervolgens is de kans groot dat het individu zijn of haar gedragingen en overtuigingen aanpast aan die van de groep (Thoits, 2011). Deze sociale invloed vindt meestal plaats door observatie, zonder dat er expliciet over gepraat of gediscussieerd wordt. Er is dan ook geen sprake van iemand proberen te overtuigen.

Een meer directe en actieve vorm van sociale invloed is sociale controle. Hierbij is er niet zozeer sprake van invloed door middel van observatie, maar proberen mensen in het sociale netwerk expliciet het individu te overtuigen, monitoren en onder druk te zetten om een bepaalde gedraging of overtuiging uit te voeren of over te nemen (Thoits, 2011).

2.6.2.1 De directe invloed van sociale invloed en heersende normen op huisartsbezoek

Sociale invloed vanuit het netwerk en de daarin heersende normen zijn van invloed op het al dan niet bezoeken van de huisarts. Uit onderzoek van Wolters et al. (2002) over symptomen van lagere urinewegklachten blijkt zelfs dat de invloed van het sociale netwerk belangrijker is dan de ernst van de symptomen zelf bij het al dan niet bezoeken van de huisarts.

Sociale netwerken kunnen hulp zoeken in het algemeen faciliteren of verhinderen, afhankelijk van de normen in het sociale netwerk die hierop betrekking hebben (Barksdale & Molock, 2009). Volgens de *Additional Norms Approach* (Reno, Cialdini & Kallgren, 1993) betekent dit dat de groep positief dient te staan tegenover het zoeken van medische hulp en dit aanmoedigt en accepteert, anders zal het individu niet snel geneigd zijn deze medische hulp te zoeken (Vogel et al., 2007). Dit heeft betrekking op de injunctieve norm, het zoeken van medische hulp dient moreel goedgekeurd te zijn in de groep. Als men in de groep juist negatief staat tegenover het zoeken van hulp in het algemeen of het zoeken van medische hulp of hulp van de huisarts en dit iets is wat moreel geaccepteerd is, dan zal het desbetreffende individu minder geneigd zijn om deze te bezoeken. Daarnaast zal, volgens de *Additional Norms*

Approach, het zoeken van medische hulp bevorderd worden als het individu ziet dat vele anderen in de groep ook medische hulp zoeken. Dit heeft betrekking op de descriptieve norm. Sociale netwerken vormen via de bijbehorende injunctieve en descriptieve normen dus een kritieke factor bij het hulpzoekgedrag (Pescosolido et al., 1998; Barksdale & Molock, 2009).

2.6.2.2 Sociaaleconomische status, sociale invloed en heersende normen

Uit veel onderzoek blijkt dat er een verband bestaat tussen het hebben van een lage sociaaleconomische status en een slechtere gezondheid (Adler et al., 1994; Adler et al., 1993; Chen, Matthews & Boyce, 2002; Chen, Martin & Matthews, 2006). Bovendien is het bekend dat mensen met een slechtere gezondheid vaker een bezoek brengen aan de huisarts dan mensen met een betere gezondheid (Westhead, 1985; Karlsson, Lehtinen & Joukama, 1994; Neal et al., 1996). Doordat een individu met een lage sociaaleconomische status veel anderen met een lage sociaaleconomische status in zijn of haar sociale netwerk heeft, betekent dit dat er in dit netwerk relatief veel mensen ongezond zijn en dus vaak een bezoek brengen aan de huisarts. Dit is wat het individu om zich heen ziet: anderen in de groep gaan vaak naar de huisarts. Bij mensen met een hoge sociaaleconomische status zal deze norm minder aanwezig zijn, aangezien de mensen in deze netwerken relatief gezonder zijn en daardoor minder vaak naar de huisarts hoeven te gaan. Aangezien mensen zich willen confirmeren aan de normen van de groep (Cialdini, 2003), zorgt de norm in het sociale netwerk van mensen met een lage sociaaleconomische status ervoor dat zij vaker een bezoek brengen aan de huisarts dan mensen met een hoge sociaaleconomische status.

Daarnaast heeft de neiging van mensen om met gelijken om te gaan (Coleman, 1958; Centola & Van Rijt, 2015) tot gevolg dat mensen met een lage sociaaleconomische status veelal omgaan met mensen die over dezelfde mate van kennis en vaardigheden beschikken als zichzelf. Zoals besproken in paragraaf 2.2.2 volgt uit de *Health Beliefs and Knowledge Approach* (Boulton et al., 1986) dat kennis en overtuigingen gevormd worden in onder andere de context van het sociale netwerk. Dit houdt in dat de kennis en overtuigingen van anderen in het netwerk van invloed zijn op de kennis en overtuigingen van het individu en deze beïnvloeden. In het lage sociaaleconomische status-netwerk zijn de normen gebaseerd op overtuigingen, kennis en de zogenaamde leken-verklaringsmodellen. Bij hoge sociaaleconomische status-netwerken zullen de normen gebaseerd zijn op een andere mate van kennis, overtuigingen en op verklaringsmodellen die meer in de buurt komen van die van de huisarts (Boulton et al., 1986). Vervolgens is het afhankelijk van de specifieke normen of deze het bezoek aan de huisarts juist doen toenemen of afnemen (Barksdale & Molock, 2009).

Op basis van de literatuur in paragraaf 2.6.2 wordt verwacht dat als er normen in het sociale netwerk heersen waarbij het bezoeken van de huisarts moreel geaccepteerd is of vaak voorkomt, een individu sneller naar de huisarts zal gaan. Verder wordt verwacht dat mensen

met een lage sociaaleconomische status sneller naar de huisarts gaan vanwege de slechtere gezondheidstoestand in hun netwerk, maar los van de gezondheidstoestand is het afhankelijk van de specifieke normen of zij hier sneller naar toe gaan dan mensen met een hoge sociaaleconomische status.

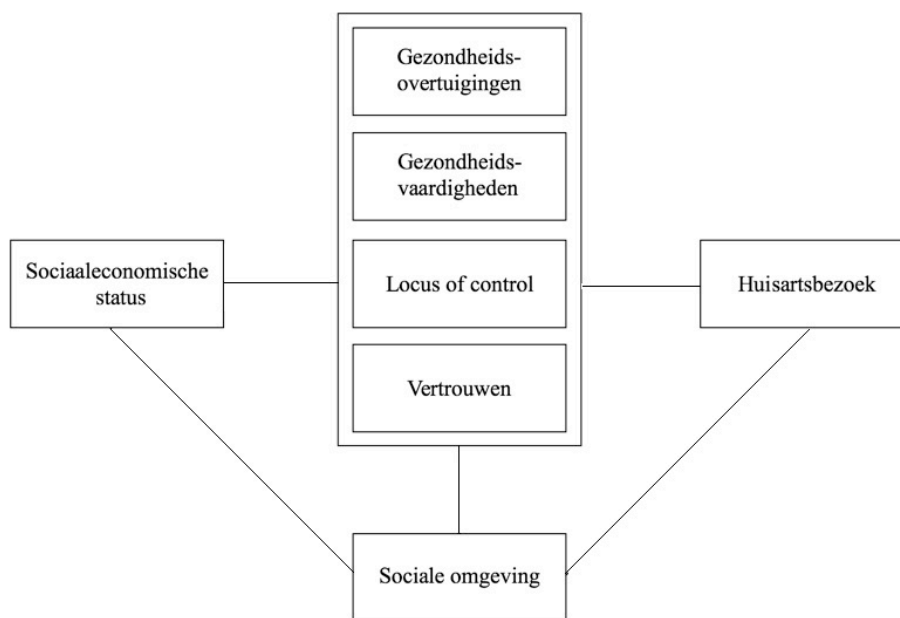
2.6.3 De indirecte invloed van de sociale omgeving op huisartsbezoek

Naast een directe invloed heeft de sociale omgeving ook indirect invloed op het bezoeken van de huisarts door het effect hiervan op de in paragraaf 2.2 tot en met 2.5 besproken factoren gezondheidsovertuigingen, gezondheidsvaardigheden, locus of control en vertrouwen.

De sociale omgeving kan via sociale invloed en normen indirect van invloed zijn op huisartsenbezoek door het effect hiervan op gezondheidsovertuigingen en vertrouwen. Zo kunnen gezondheidsovertuigingen van ouders zowel onbewust als bewust overgedragen worden aan een kind (Lau, Quadrel & Hartman, 1990) en kan invloed van peers in een groep ervoor zorgen dat een individu zich wil conformeren aan bepaalde overtuigingen van de groep en deze wil overnemen. Verder blijkt dat hoe meer mensen in de groep zich bezighouden met morele waarden, hoe groter de kans is dat er in die groep sprake is van een hoge mate van collectief vertrouwen (Fukuyama, 1995).

De invloed van de sociale omgeving op huisartsbezoek via de gezondheidsvaardigheden en de locus of control loopt via het effect van sociale steun. Doordat mensen geneigd zijn banden te vormen met gelijke anderen (Coleman, 1958; Centola & Van de Rijt, 2015), hebben mensen met een lage sociaaleconomische status veelal mensen met een lage sociaaleconomische status in hun netwerk. Dit komt de gezondheidsvaardigheden en kennis van het individu niet ten goede: wanneer het individu omgaat met anderen die ook beperkte kennis en gezondheidsvaardigheden hebben, is het aannemelijk dat het sociale netwerk niet de nodige informatiele sociale steun kan leveren. Hierdoor kan het individu bij klachten of ongerustheid minder snel gerustgesteld worden of van nodige informatie worden voorzien dan wanneer het sociale netwerk bestaat uit mensen met meer kennis door bijvoorbeeld hogere opleiding. Het gevolg kan zijn dat het individu geen goede inschatting kan maken van wat er aan de hand is en niet op een kritische manier kan beoordelen of het nodig is om naar de huisarts te gaan. Verder heeft sociale steun invloed op de locus of control, aangezien steun uit het netwerk zorgt voor minder onzekerheid en de kans vergroot dat een individu bepaalde gewenste uitkomsten weet te realiseren. Dit zorgt voor een gevoel van meer persoonlijke controle over situaties in het leven (Heaney & Israel, 2008), wat kan zorgen voor een meer interne controle-oriëntatie. Hierdoor zal, volgens de verwachting, het individu minder snel gebruik maken van medische diensten zoals de huisarts.

2.7 Het samengestelde model



Figuur 7. Het model dat op basis van de literatuur is samengesteld

Op basis van de literatuur in de voorgaande paragrafen kan het model in figuur 7 samengesteld worden. Deze figuur laat zien dat de gezondheidsovertuigingen, gezondheidsvaardigheden, locus of control, de mate van vertrouwen en de sociale omgeving van invloed zijn op het bezoeken van de huisarts. Verder is de sociaaleconomische status van invloed op de gezondheidsovertuigingen, gezondheidsvaardigheden, locus of control en mate van vertrouwen. De sociale omgeving heeft, naast een direct effect op huisartsbezoek, ook een indirect effect op huisartsbezoek via de invloed hiervan op gezondheidsovertuigingen, gezondheidsvaardigheden, locus of control en mate van vertrouwen.

Tot slot is het van belang te benoemen dat de figuur geen pijlen maar associaties weergeeft. Dit houdt in dat de besproken invloeden niet uitsluitend in één richting hoeven te lopen. Zo zou het bijvoorbeeld kunnen dat huisartsbezoek op zijn beurt ook weer van invloed is op de gezondheidsovertuigingen, gezondheidsvaardigheden, locus of control en mate van vertrouwen en dat deze vier op hun beurt weer van invloed zijn op de sociaaleconomische status. Om deze mogelijkheden niet uit te sluiten, is er in de figuur gekozen voor associaties in plaats van pijlen.

3. Methodenhoofdstuk

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de manier waarop het huidige onderzoek is uitgevoerd. Bij het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek is het van belang de onderzoeksmethode uitvoerig te beschrijven en bespreken. Op die manier kan de lezer nagaan welke stappen er zoal ondernomen zijn tijdens het proces. Dit is bevorderend voor de betrouwbaarheid en geldigheid van de resultaten en tevens de repliceerbaarheid van het onderzoek.

3.1 Kwalitatief onderzoek

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is er kwalitatief onderzoek verricht. Op deze manier is het mogelijk om de ervaringen van de participanten in detail te bekijken, waarbij de context van de participant een grote rol speelt (Hennink, Hutter & Bailey, 2011). Deze manier van onderzoek doen is relevant voor het type onderzoeksvraag, aangezien er beoogd wordt een dieper inzicht te krijgen in de motieven, redenen en relevante factoren die van invloed zijn op het al dan niet bezoeken van de huisarts. Er wordt getracht een antwoord te geven op de ‘waarom’ en de ‘hoe’ vraag: waarom gaan mensen in de Veenkoloniën wel of niet naar de huisarts? Hoe verschillen mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status hierin? Het gaat hierbij om de leefwereld van de participanten, hun eigen ervaringen en belevingen. Dit wordt ook wel de *interpretatieve* benadering genoemd (Hennink, Hutter & Bailey, 2011). Er wordt gekeken vanuit het perspectief van de participanten zelf, waarbij met name subjectieve betekenissen en belevenissen van belang zijn.

Verder is een kwalitatieve benadering geschikt om een goed beeld te krijgen van de sociale context, de sociale interacties tussen mensen en de normen en waarden die zij delen. Dit is voor het huidige onderzoek relevant, aangezien er ook gekeken wordt naar de invloed die de sociale omgeving heeft op het bezoeken van de huisarts en of hierin verschillen bestaan tussen mensen met verschillende sociaaleconomische posities.

Een kwantitatieve benadering is minder geschikt voor het beantwoorden van de huidige onderzoeksvraag. Kwantitatief onderzoek heeft meer betrekking op de vraag hoe vaak bepaalde motieven of argumenten voorkomen en minder op de vraag wat het gehele persoonlijke verhaal daarachter is. Het gaat bij kwantitatief onderzoek meer om feiten en getallen, waarbij er gebruik wordt gemaakt van een statistische analyse. Bovendien wordt er bij deze manier van onderzoek doen meer gekeken vanuit het oogpunt van de buitenstaander (Hennink, Hutter & Bailey, 2011), terwijl er met het huidige onderzoek juist getracht wordt te kijken vanuit het perspectief van de participanten zelf.

3.2 Oriënterende gesprekken

In de stageperiode voorafgaand aan het onderzoek heeft een aantal verkennende gesprekken plaatsgevonden met huisartsen en een praktijkondersteuner uit de regio. Op deze manier kon er georiënteerd worden op de ervaringen en zienswijzen die huisartsen hebben met betrekking tot wat maakt dat mensen in de Veenkoloniën wel of niet naar de huisarts gaan. Deze gesprekken zijn, samen met het literatuuronderzoek, vormend geweest voor het theoretisch kader. Er zijn gesprekken gevoerd met huisartsen uit Veendam, Nieuw-Buinen, Valthermond en Coevorden. Daarnaast is er ter oriëntatie een dagdeel meegekeken met een praktijkondersteuner uit Coevorden. Hierdoor kon er alvast een beeld verkregen worden van de mensen die langskomen in de huisartsenpraktijk, de problematiek waarmee zij kampen en de manier waarop de praktijkondersteuner daarmee omgaat.

3.3 Diepte-interviews en interviewschema

De gegevens die nodig zijn om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, zijn verzameld door het houden van face-to-face diepte-interviews. Dit is een dataverzamelmethode waarbij een interviewer en participant diep in gaan op bepaalde onderwerpen. Het wordt ook wel een ‘gesprek met een doel’ genoemd: de onderzoeker heeft als doel om inzichten te krijgen in bepaalde zaken aan de hand van een semi-gestructureerd interviewschema (Hennink, Hutter & Bailey, 2011). De interviewer stelt vragen en probeert hierbij de participant aan te sporen om zijn of haar eigen zienswijze te delen.

Deze methode van dataverzameling is geschikt voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, aangezien diepte-interviews met name bruikbaar zijn als men individuele, persoonlijke ervaringen van mensen over bepaalde onderwerpen te weten wil komen. Zo stellen Hennink, Hutter & Bailey (2011) dat diepte-interviews bijvoorbeeld gebruikt kunnen worden om erachter te komen wat de percepties en overtuigingen van mensen zelf zijn, wat de motivatie is voor bepaald gedrag, wat voor persoonlijke gevoelens en emoties zij voelen bij bepaalde kwesties en wat voor rol de (sociale) context speelt in het leven. Dit zijn precies de soort zaken die geïdentificeerd dienen te worden voor het beantwoorden van de huidige onderzoeksvraag.

De onderzoeksvraag en het theoretisch kader hebben de basis gevormd voor het ontwerpen van het interviewschema. Dit betekent dat genoemde factoren en verklaringen die gevonden zijn in de literatuur en het samengestelde model bepalend zijn voor de onderwerpen die in het interview aan bod komen. Er is uitgegaan van een semigestructureerd interviewschema, deze is te vinden in bijlage 7.1. Het interview start met een aantal achtergrondvragen, om op die manier wat meer over de participant te weten te komen. De participant wordt bijvoorbeeld gevraagd iets te vertellen over zichzelf, het werk, de mensen met wie hij of zij omgaat, de thuissituatie en eventuele hobby's.

In het interviewschema wordt gebruik gemaakt van zowel een topiclijst als vignetten.

De topiclijst dient als hulpmiddel voor de interviewer om na te gaan of alle relevante onderwerpen aan bod zijn gekomen tijdens het interview en als geheugensteuntje voor het doorvragen. Eveneens worden er elementen van een zogenaamde vignettestudie gebruikt. Vignetten zijn korte verhalen over een hypothetische situatie of persoon (Gourlay et al., 2014). Het gaat hierbij vaak om een voorbeeld van een situatie die overeenkomt met de lokale context of een situatie waar de participant zich mee kan identificeren. De interviewer legt de hypothetische situatie voor en vraagt vervolgens aan de participant hoe hij of zij denkt dat de persoon in het verhaal zich voelt of hoe de participant zelf zou denken of handelen in deze situatie.

Deze focus op een derde persoon kent een aantal voordelen voor het onderzoek. Allereerst wordt de participant op deze manier niet direct naar de persoonlijke situatie gevraagd, dat kan in dit onderzoek mogelijk gevoelig liggen aangezien het onder andere om gezondheidsproblemen kan gaan. De participant kan wel aangeven hoe hij of zij zou reageren in deze situatie. Daarnaast wordt de situatie genormaliseerd: door eerst over een hypothetische situatie te praten, wordt een bepaald onderwerp al wel op een veilige manier bespreekbaar gemaakt. Dit kan de participant vervolgens aanmoedigen om persoonlijke verhalen te delen wanneer deze zich hier comfortabel genoeg voor voelt (Huges, 1998; Gourlay et al., 2014). Tot slot stelt het gebruik van vignetten de onderzoeker in staat om verschillende subgroepen met elkaar te kunnen vergelijken. Door twee groepen een vergelijkbare situatie voor te leggen, kan er vergeleken worden hoe deze twee groepen op eenzelfde situatie reageren. Dit is van belang, aangezien het vergelijken van groepen een rode draad vormt in het huidige onderzoek.

Het is belangrijk dat er gebruik wordt gemaakt van vignetten waarin de meeste mensen zich kunnen herkennen. Hierdoor kunnen zij zich goed inleven in de situatie. In het huidige onderzoek wordt dat gedaan door in het eerste vignet te spreken over koorts en keelpijn en in het tweede vignet over een jong kind dat wakker wordt met verhoging en warm aanvoelt. Deze twee voorbeelden zijn eerst voorgelegd aan een huisarts. De huisarts heeft vervolgens bevestigd dat dit situaties zijn die de meeste volwassen mensen weleens mee hebben gemaakt. Beide vignetten zijn terug te vinden in het interviewschema in bijlage 7.1.

De diepte-interviews zijn bij de participanten thuis afgenomen. Hier is om twee redenen voor gekozen. Ten eerste is het aannemelijk dat de participanten zich in de thuissituatie het meest op hun gemak voelen, wat het vrijuit praten over het onderwerp kan bevorderen. Ten tweede krijgt de onderzoeker op deze manier een goed beeld van de context en leefsituatie van de participanten, wat vervolgens meegenomen kan worden bij het analyseren van de data.

3.4 Werving en respons van de participanten

Om de onderzoeksvraag goed te kunnen beantwoorden, zijn er ten eerste participanten geworven die wonend zijn in het Veenkoloniaal gebied, aangezien het onderzoek betrekking

heeft op inwoners van de Veenkoloniën. Verder is het van belang om zowel mensen met een hoge als lage sociaaleconomische status te betrekken in het onderzoek. Daarnaast is het, vanwege de vraag wat maakt dat mensen in de Veenkoloniën *wel* of *niet* naar de huisarts gaan, interessant om te kijken naar mensen die het afgelopen halfjaar wel en die het afgelopen halfjaar niet een bezoek hebben gebracht aan de huisarts. Om het onderscheid tussen de verschillende groepen sterk aan te zetten, is er geprobeerd participanten te werven die minimaal twee tot drie keer in het afgelopen halfjaar een bezoek hebben gebracht aan de huisarts, in vergelijking met geen bezoek in het afgelopen halfjaar. Ook wordt het onderscheid tussen een hoge en lage sociaaleconomische status sterk aangezet door bij een lage sociaaleconomische status te kiezen voor mensen met een mbo-1 niveau of lager en bij een hoge sociaaleconomische status te kiezen voor mensen met een Hbo-opleiding of hoger. De gekozen classificaties leiden tot het onderstaande schema van beoogde participanten in tabel 2.

Tabel 2.
Beoogd aantal participanten per subcategorie

	<i>Wel huisartsbezoek^a</i>	<i>Geen huisartsbezoek^b</i>
<i>Hoge sociaaleconomische status^c</i>	3-4 participanten	3-4 participanten
<i>Lage sociaaleconomische status^d</i>	3-4 participanten	3-4 participanten

^a Wanneer er minstens twee keer een bezoek gebracht is aan de huisarts in het afgelopen halfjaar

^b Wanneer er geen bezoek gebracht is aan de huisarts in het afgelopen halfjaar

^c Het hebben van een Hbo-opleiding of hoger

^d Het hebben van een mbo-1 opleiding of lager

Naast de vraag welke participanten er geworven dienen te worden, is het ook van belang om te kijken naar het aantal. Bij kwalitatief onderzoek is het aantal participanten vaak klein, aangezien het gaat om de variatie en diepte van de informatie en niet om de hoeveelheid daarvan.

Bovendien is een groot aantal participanten niet haalbaar, gezien de tijdspanne van het huidige onderzoek. Om te bepalen hoeveel participanten er daadwerkelijk nodig zijn, is het punt van saturatie van belang (Glaser & Strauss, 1967; Hennink, Hutter & Bailey, 2011). Dit is het punt waarop de informatie die de onderzoeker verzamelt zich begint te herhalen. Er wordt op dat punt geen nieuwe informatie meer uit de interviews gehaald en er is sprake van informatieverzadiging.

Ondanks het gegeven dat het lastig van tevoren vast te stellen is wanneer dit saturatiepunt bereikt wordt, geven eerdere ervaringen van onderzoekers en onderzoek van Wells (1979) aan dat meestal bij het derde en bijna altijd bij het vierde interview bijna alles van wat er gezegd is, al meerdere keren is gezegd. Op dat moment is het aannemelijk dat er weinig informatie meer te winnen valt door meer interviews te houden. Omdat er in dit onderzoek in principe vier subpopulaties zijn, is er gestreefd naar drie tot vier participanten per categorie.

Deze subpopulaties verschillen namelijk van elkaar op voor dit onderzoek essentiële kenmerken.

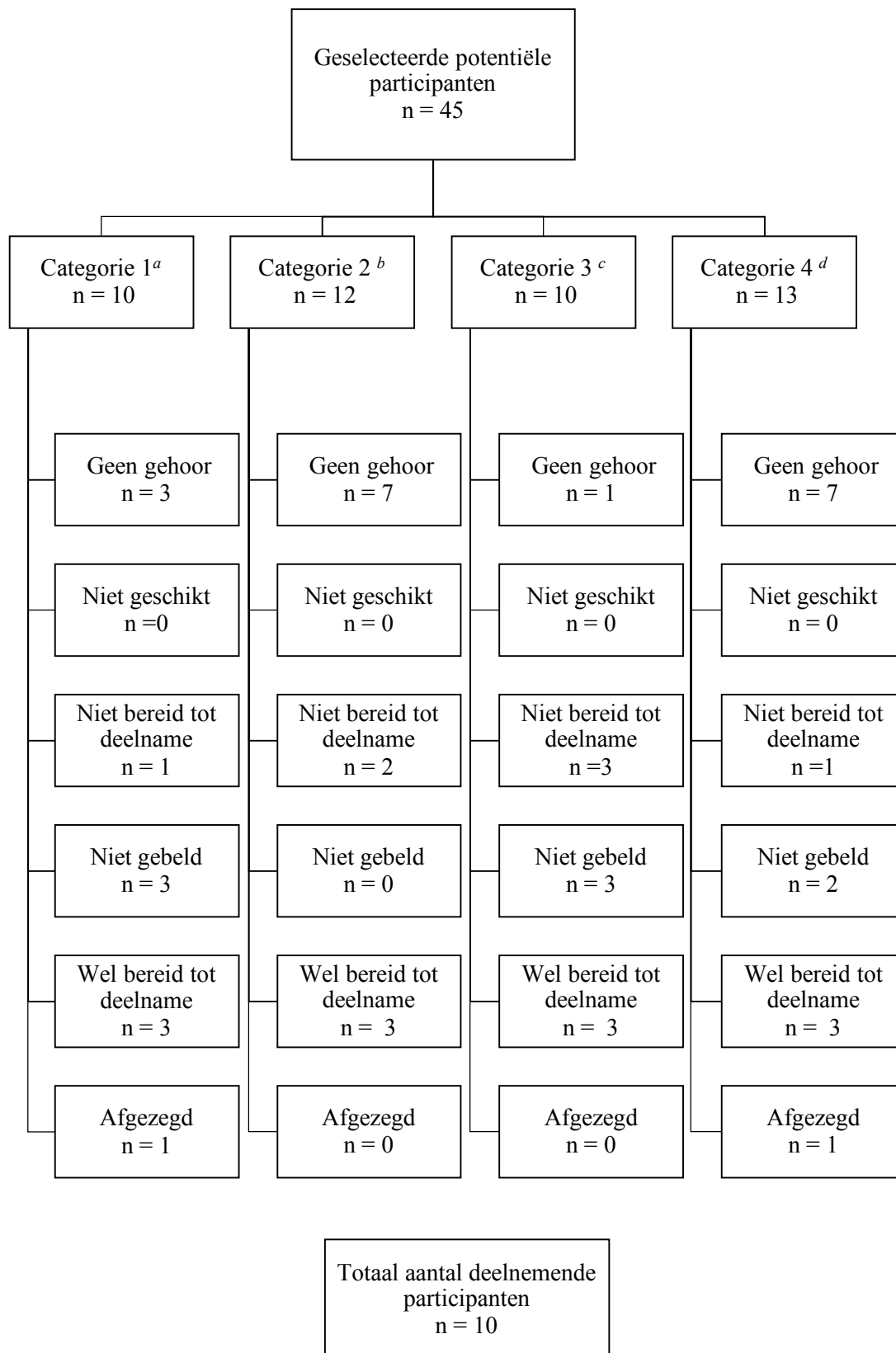
De participanten zijn geworven via een van de huisartsen waarmee een oriënterend gesprek is gevoerd. Het kiezen van een van deze huisartsenpraktijken voor de werving van de participanten was het meest praktisch, aangezien hier al eerder contact mee is gelegd en de meeste huisartsen aangaven bereid te zijn om verder te helpen, mocht dat nodig zijn. Voor het werven van de participanten is er in de huisartsenpraktijk op dinsdag 9 mei 2017 gezocht in het patiëntensysteem, met behulp van een doktersassistente. Het samenstellen van de participantenlijst gebeurde zoveel mogelijk at random. Op alfabetische volgorde werd er steeds per categorie gekeken vanaf de tiende persoon bij een desbetreffende letter van de achternaam. Hierbij werden de volgende categorieën aangehouden:

- Categorie 1: hoge sociaaleconomische status en wel huisartsbezoek
- Categorie 2: hoge sociaaleconomische status en geen huisartsbezoek
- Categorie 3: lage sociaaleconomische status en wel huisartsbezoek
- Categorie 4: lage sociaaleconomische status en geen huisartsbezoek

Zo is er gestart met categorie 1, bij de tiende persoon waarvan de achternaam begint met de letter A. Vanaf deze persoon is nagegaan of de doktersassistente wist of de persoon in de desbetreffende categorie past. Dit houdt in dat de doktersassistente een inschatting heeft gemaakt van de sociaaleconomische status van de patiënt. Als de persoon volgens de doktersassistente in de categorie paste, werd de naam en het telefoonnummer genoteerd. Als de persoon niet in de categorie paste, werd er gekeken naar de volgende persoon in het patiëntensysteem. Wanneer alle patiënten met achternaamletter A bij langs waren gegaan, werd er verder gegaan vanaf de tiende persoon met achternaamletter B. Om te voorkomen dat er alleen maar mensen werden gekozen met achternaamletters uit het begin van het alfabet, is de keuze gemaakt om maximaal 4 namen per letter te noteren bij een categorie. Deze werkwijze werd aangehouden totdat er tien potentiële participanten voor de categorie gevonden waren, er van uitgaande dat niet alle geselecteerde personen mee zullen willen doen aan het onderzoek. De procedure werd herhaald totdat alle categorieën opgevuld waren, door de achternaamletters op alfabetische volgorde af te gaan.

Vervolgens zijn de geselecteerde potentiële participanten diezelfde dag een voor een vanuit de huisartsenpraktijk gebeld door de onderzoeker, met uitleg over het onderzoek en de vraag of zij bereid zijn hieraan bij te dragen door middel van een diepte-interview. Tijdens dit telefoongesprek is er tevens uitgevraagd wat het opleidingsniveau en de beroepsstatus van de patiënt is, om een beter beeld te krijgen van de sociaaleconomische status en te kijken of de patiënt wel in de desbetreffende categorie past. Dit is gedaan door uit te leggen dat een aantal vragen gesteld dienen te worden, om erachter te komen of de persoon een geschikte kandidaat is voor het onderzoek. Wanneer er na het bellen van tien personen nog niet genoeg geschikte

participanten geworven waren voor een bepaalde categorie, werd er samen met de doktersassistente nogmaals in het patiëntensysteem gekeken naar namen van een aantal nieuwe potentiële participanten. Het gehele belproces is bijgehouden in een zogenaamde flowchart. Deze wordt weergegeven in figuur 9.



Figuur 9. Flowchart van het belproces van potentiële participanten per categorie

^a Hoge sociaaleconomische status en wel bezoeken van de huisarts

^b Hoge sociaaleconomische status en niet bezoeken van de huisarts

^c Lage sociaaleconomische status en wel bezoeken van de huisarts

^d Lage sociaaleconomische status en niet bezoeken van de huisarts

Het uiteindelijk gerealiseerde aantal participanten per categorie wordt weergegeven in tabel 3. Hieruit komt naar voren dat er voor de categorieën 2 en 3 wel het gewenste aantal participanten zijn gerealiseerd, voor de categorieën 1 en 4 is dit één participant minder. De reden hiervoor is dat een van de participanten bij categorie 1 per mail heeft afgezegd en er vervolgens geen nieuwe afspraak meer met hem gemaakt kon worden. Bij categorie 4 heeft een participant de afspraak telefonisch afgezegd, waarna hij vervolgens niet meer te bereiken was voor het maken van een nieuwe afspraak. Omdat deze vierde categorie anders maar één participant zou bevatten, is er opnieuw contact opgenomen met de huisartsenpraktijk en zijn er via de doktersassistente drie nieuwe potentiële deelnemers doorgegeven. Na de eerste hiervan benaderd te hebben, kon een afspraak worden gemaakt en kon het interview afgenomen worden.

Tabel 3.
Gerealiseerd aantal participanten per subcategorie

	<i>Wel huisartsbezoek^a</i>	<i>Geen huisartsbezoek^b</i>
<i>Hoge sociaaleconomische status^c</i>	2 participanten	3 participanten
<i>Lage sociaaleconomische status^d</i>	3 participanten	2 participanten

^a Wanneer er minstens twee keer een bezoek gebracht is aan de huisarts in het afgelopen halfjaar

^b Wanneer er geen bezoek gebracht is aan de huisarts in het afgelopen halfjaar

^c Het hebben van een Hbo-opleiding of hoger

^d Het hebben van een mbo-1 opleiding of lager

Van de tien diepte-interviews zijn er in totaal acht afgenomen bij de participanten in de thuissituatie. Bij een participant is het interview echter afgenomen in bij de huisartsenpraktijk Noorderbreedte te Nieuw-Buinen. Wegens drukte met werk was deze locatie de enige mogelijkheid voor de participant om een afspraak in te plannen. Voor de tiende participant was het organisatorisch niet meer mogelijk om een afspraak te maken bij haar thuis. Om het aantal deelnemende participanten niet terug te laten vallen, is ervoor gekozen dit interview telefonisch af te nemen.

3.5 Dataverwerking en data-analyse

Voor het analyseren van de data is deels gebruik gemaakt van Grounded Theory. Dit is een proces waarbij theorie ontwikkeld wordt uit kwalitatieve data (Hennink, Hutter & Bailey, 2011). Volgens Grounded Theory is de analyse ten eerste beschrijvend, maar daarnaast worden er ook verklarende kaders en theorieën opgesteld. Er wordt in het huidige onderzoek niet geheel volgens Grounded Theory gewerkt, aangezien er ook gebruik wordt gemaakt van een vooraf opgesteld theoretisch kader. Er is in het huidige onderzoek dus gebruik gemaakt van theorieën en literatuur en op basis daarvan een theoretisch kader samengesteld. Hiervan werd vervolgens nagegaan of de onderdelen van dit kader inderdaad een rol spelen bij het wel of niet bezoeken

van de huisarts. Wat in het huidige onderzoek wel terugkomt vanuit proces van Grounded Theory, is dat er gekeken is naar andere mogelijke aspecten die naar voren kwamen uit het analyseren van de data.

Nadat een interview is afgenomen, werd deze gelijk getranscribeerd. Hierbij is letterlijk genoteerd wat een participant zegt. Vervolgens zijn de transcripten geanonimiseerd. Dit houdt in dat namen uit transcripten zijn verwijderd of vervangen door bijvoorbeeld een getal. Na het anonimiseren van de transcripten werden deze gecodeerd en geanalyseerd met behulp van het programma Atlas.ti. Dit is gedaan aan de hand van een vooraf opgesteld codeboek, welke te vinden is in bijlage 7.2. Het codeboek is in eerste instantie deductief opgesteld aan de hand van de theorie, de bijbehorende verwachtingen en het interviewschema. Na het houden van de interviews en tijdens het analyseren hiervan kon het codeboek aangevuld worden met inductieve codes. Hiertoe dient de onderzoeker analytisch te lezen en diep de tekst in te duiken, om zo mogelijk nog meer belangrijke codes te ontdekken. Vervolgens zijn er aan de hand van tabellen *thick descriptions* gemaakt voor wat maakt dat mensen wel en niet naar de huisarts gaan. Hierbij wordt er dieper ingegaan op elk aspect door te kijken naar de context, de betekenis en nuancerings die hierop van toepassing zijn (Hennink, Hutter & Bailey, 2011). Op deze manier kunnen er patronen en verbanden worden ontdekt. Verder is er *comparison by deductive subgroups* gedaan om de participanten met een hoge en lage sociaaleconomische status met elkaar te vergelijken. Door deze vergelijking kan er gekeken worden of de groepen van elkaar verschillen op bepaalde onderwerpen. Dit werd gedaan door gebruik te maken van vergelijkingstabellen. Bij de vergelijking tussen de twee groepen is er met name gekeken naar de verschillen in wat maakt dat zij wel of niet naar de huisarts gaan, de verwachtingen die zij hebben van het bezoeken van de huisarts en de handelingen die zij wel of juist niet uitvoeren met betrekking tot de aan- of afwezigheid van een gezondheidsprobleem. Hierbij zijn *de verwachtingen* en *de handelingen* inductief uit de interviews naar voren gekomen. Tijdens dit gehele proces is er gekeken in hoeverre bepaalde codes gecategoriseerd konden worden. Hiertoe dienen codes die op elkaar lijken of dezelfde kenmerken hebben samengevoegd te worden tot een bepaalde categorie (Hennink, Hutter & Bailey, 2011). Deze categorisatie en de verantwoording daarvan is terug te vinden in bijlage 7.3.

Aan de hand van de analyse is vervolgens gekeken in hoeverre bepaalde verwachtingen vanuit de literatuur opgaan, welke nieuwe bevindingen zich voordoen en in hoeverre de theorie of het samengestelde model aangepast kan worden.

3.6 Betrouwbaarheid en validiteit

Bij kwalitatief onderzoek dient er op een andere manier omgegaan te worden met de concepten betrouwbaarheid en validiteit dan bij kwantitatief onderzoek. Shenton (2004) geeft in zijn artikel aan dat de *trustworthiness* bij kwalitatief onderzoek bestaat uit de volgende vier criteria:

credibility, transferability, dependability en conformability. Deze criteria kunnen vergeleken worden met de concepten betrouwbaarheid en validiteit bij kwantitatief onderzoek.

De term credibility kan bij kwalitatief onderzoek gebruikt worden in plaats van interne validiteit. Het gaat hierbij om de vraag in hoeverre de bevindingen van het onderzoek overeenkomen met de werkelijkheid. De credibility kan onder andere vergroot worden door random sampling toe te passen bij de werving van de participanten en gebruik te maken van *thick descriptions* (Shenton, 2004). In het huidige onderzoek zijn de participanten daarom op een zo random mogelijke manier geworven en is er bij het analyseren van de data gebruik gemaakt van een aantal *thick descriptions*.

Aangezien de bevindingen van kwalitatief onderzoek erg specifiek zijn en gericht zijn op een klein aantal omgevingen en individuen, lijkt het niet mogelijk om deze bevindingen te generaliseren naar andere situaties en populaties. Bij kwalitatief onderzoek kan er, in plaats van externe validiteit, echter wel sprake zijn van transferability. Hiertoe dienen de processen duidelijk beschreven te worden en dient de context geïdentificeerd te worden. Op deze manier kunnen andere onderzoekers ontdekken of de informatie bruikbaar is voor een volgend onderzoek. In het huidige onderzoek wordt daarom getracht transferability te bereiken door de processen zo duidelijk mogelijk te beschrijven en de context mee te nemen.

Bij kwalitatief onderzoek zijn de observaties erg afhankelijk van de situatie van de studie (Shenton, 2004). Om deze reden is het lastig om, zoals bij kwantitatief onderzoek, te stellen dat als het werk opnieuw wordt gedaan, in dezelfde context en met dezelfde methoden en participanten, er dezelfde resultaten uit zullen komen. Wel kan ervoor gezorgd worden dat de werkwijze repliceerbaar en transparant is. Dit wordt dependability genoemd. Dependability wordt in het huidige onderzoek bereikt door de processen, het onderzoeksontwerp en de manier van dataverzameling uitgebreid te beschrijven, zodat het werk later op eenzelfde manier uitgevoerd kan worden door een andere onderzoeker. Dit vergroot de kans dat er dezelfde resultaten uitkomen, al zullen deze nooit precies hetzelfde zijn.

De evenknie van objectiviteit bij kwantitatief onderzoek is conformability bij kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek is nooit volledig objectief, aangezien de onderzoeker zelf interpreteert en onderzoekers verschillen in hun achtergronden en opvattingen. Om toch bij objectiviteit in de buurt te komen, heeft een kwalitatief onderzoeker te maken met reflexiviteit. Hij of zij dient zich ervan bewust zijn dat de onderzoeker invloed kan hebben op het onderzoeksproces door middel van zijn of haar sociale achtergrond, veronderstellingen en positie (Shenton, 2004). In het huidige onderzoek wordt geprobeerd conformability te bereiken door hier bewust van te zijn en hier bewust mee om te gaan.

3.7 Ethische overwegingen

Voor verschillende fasen van het onderzoek is het van belang om een aantal ethische overwegingen te behandelen (Hennink, Hutter & Bailey, 2011).

Tijdens de ontwerpfase van het onderzoek dient er nagegaan te worden wie er zoal voordeel heeft van het onderzoek. Om het onderzoek ethisch verantwoord te laten zijn, is het van belang dat het vergaren van nieuwe kennis niet het enige voordeel is. De participant dient er zelf ook iets aan te hebben. In het huidige onderzoek zou een voordeel voor de participant kunnen zijn dat deze zijn of haar verhaal kwijt kan. Voorafgaand aan het interview zal dit daarom duidelijk gemaakt worden. Daarnaast is het van belang de participant duidelijk te maken dat er sprake is van zelfbeschikking en vrijwillige deelname aan het onderzoek. De participant kan zelf kiezen of hij of zij mee wil doen aan het onderzoek en heeft het recht om op elk moment te stoppen. Dit is daarom ook benadrukt voorafgaand aan het afnemen van de diepte-interviews.

Bij de participantenselectie dienen de participanten zelf toestemming te geven. Verder dient duidelijk gemaakt wat het doel van het onderzoek is, hoe de data worden gebruikt, wie er toegang heeft tot deze data en op welke manier de anonimiteit gewaarborgd wordt. Dit is aan de participanten duidelijk gemaakt tijdens de benadering.

Tijdens de dataverzameling is het van belang dat de onderzoeker zich introduceert en wederom het doel van het onderzoek duidelijk maakt. Er is uitgelegd dat het belangrijk is het interview op te nemen, zodat er later precies nagegaan kan worden wat er is gezegd, zonder dat hierbij fouten worden gemaakt. Voor het opnemen van het interview is toestemming gevraagd aan de participant. Hierbij is er van de participant gevraagd een handtekening te zetten.

Naast het opnemen van de interviews is het van belang nogmaals te benadrukken dat de anonimiteit van de participant gewaarborgd wordt. Dit is in het huidige onderzoek gedaan door identificeerbare informatie te verwijderen of te veranderen. Zo is een naam bijvoorbeeld vervangen worden door een cijfer. Ook is duidelijk gemaakt dat de onderzoeker de enige is die toegang heeft tot de opnames en de transcripten. De waarborging van anonimiteit komt eveneens terug in de analytische fase van het onderzoek. Hiertoe dienen de transcripten geanonimiseerd te worden.

4. Resultatenhoofdstuk

Aan de hand van de analyse van de diepte-interviews worden in dit hoofdstuk de resultaten van het onderzoek besproken. Allereerst wordt er in paragraaf 4.1 een beschrijving gegeven van een aantal relevante participantenkenmerken. Vervolgens wordt er in paragraaf 4.2 besproken wat maakt dat participanten in de Veenkoloniën wel naar de huisarts gaan en welke verschillen hierbij te vinden zijn tussen participanten met een hoge en lage sociaaleconomische status. In paragraaf 4.3 wordt ingegaan op de verschillen tussen deze twee groepen in wat maakt dat er geen bezoek wordt gebracht aan de huisarts. Paragraaf 4.4 behandelt de verwachtingen met betrekking tot het bezoeken van de huisarts, welke inductief uit de interviews naar voren zijn gekomen. Tot slot wordt er in paragraaf 4.5 een overzicht gegeven van verschillende handelingen met betrekking tot gezondheidsproblemen. Ook deze komen voort uit de analyses.

4.1 Kenmerken van de participanten

In tabel 1 wordt een aantal kenmerken van de participanten weergegeven. Om de anonimiteit te waarborgen, zijn de namen van de participanten vervangen door een getal.

Tabel 4.
Kenmerken van de participanten

<i>Nr.</i>	<i>Geslacht</i>	<i>Leeftijd</i>	<i>Woonplaats</i>	<i>Opleidingsniveau</i>	<i>Werk</i>	<i>Huisartsbezoek afgelopen halfjaar</i>
1	Man	71 jaar	Nieuw-Buinen	Afgebroken Hbo	Bestuurder, politiek	3 keer
2	Man	57 jaar	Nieuw-Buinen	Tuinbouwschool	Vrijwilligerswerk	6 keer
3	Vrouw	55 jaar	Nieuw-Buinen	Huishoudschool	Medewerker Slagersbedrijf	3 keer
4	Vrouw	39 jaar	Nieuw-Buinen	Hbo	Politicus	0 keer
5	Man	45 jaar	1 ^e Exloërmond	Hbo	Installateur	0 keer
6	Vrouw	58 jaar	Stadskanaal	Geen	Geen	10 keer
7	Vrouw	64 jaar	Nieuw-Buinen	Huishoudschool	Geen	0 keer
8	Vrouw	65 jaar	Nieuw-Buinen	Hbo	Onderwijs	1 keer
9	Man	44 jaar	Nieuw-Buinen	Mbo-2	Geen	0 keer
10	Vrouw	35 jaar	Stadskanaal	Hbo	Accountant	0 keer

Uit de tabel valt af te lezen dat er vier mannelijke en zes vrouwelijke participanten zijn. De jongste participant is 35 jaar oud, de oudste participant is 71 jaar oud. Tot de groep participanten met een hoge sociaaleconomische status behoren de participanten met de opleidingsniveaus Hbo en afgebroken Hbo, met daarbij de beroepen bestuurder, onderwijs, politicus, accountant en installateur. Tot de groep participanten met een lage sociaaleconomische status behoort de participant zonder opleiding, de participanten die de huishoudschool, tuinbouwschool en ambachtsschool hebben afgerond en de participant met een Mbo-2 opleiding. De bijbehorende beroepen zijn medewerker in een slagersbedrijf, vrijwilligerswerk en geen werk. In totaal zijn vijf participanten in het afgelopen halfjaar naar de huisarts geweest. De overige vijf zijn hier in het afgelopen halfjaar niet geweest.

4.2 Wat maakt dat participanten wel naar de huisarts gaan?

Uit de analyse van de interviews komen verschillende factoren, motieven en redenen naar voren die maken dat de participanten een bezoek brengen aan de huisarts. In deze paragraaf worden deze besproken aan de hand van een vergelijking tussen participanten met een hoge en lage sociaaleconomische status. De uitgebreide analyse is te vinden in bijlage 7.4.1 in de vorm van een *thick description*. De vergelijking tussen de twee groepen is te vinden in bijlage 7.5.1.

Er wordt steeds aangegeven of een factor, motief of reden betrekking heeft op eigen ervaringen van de participanten of op een van de hypothetische situaties in de vignetten. In vignet 1 werd de participanten gevraagd zich in te beelden dat dit de derde dag is dat zij last hebben van koorts en keelpijn. Hierdoor hebben zij al twee dagen niet kunnen doen wat zij normaal gesproken doen. Vervolgens is hen gevraagd hoe zij in deze situatie zullen handelen. Vignet 2 betreft een moeder die haar kind van 4 jaar oud wakker maakt. Ze constateert dat het kind warm aanvoelt en een temperatuur van 39 graden heeft. Het kind jammert en huult. De participanten werd vervolgens gevraagd hoe zij in deze situatie zullen handelen. De volledige versies van de vignetten zijn terug te vinden in bijlage 7.1.

4.2.1 Participanten met een lage sociaaleconomische status

In tabel 5 wordt een kort overzicht gegeven van de vier meest genoemde redenen die participanten met een lage sociaaleconomische status genoemd hebben naar aanleiding van eigen ervaringen en twee vignetten.

Het is allereerst interessant te benoemen dat het bezoeken van de huisarts bij deze participanten in alle gevallen gepaard gaat met de aanwezigheid van een gezondheidsprobleem.

Tabel 5.

De vier meest genoemde redenen van mensen met een lage sociaaleconomische status die maken dat zij de huisarts bezoeken

<i>Reden</i>	<i>Betekenis</i>	<i>Frequentie</i>
Pijn of ongemak	Het hebben van pijn of ongemak maakt dat de huisarts wordt bezocht	16
Ongerustheid	Het willen krijgen van geruststelling, bezorgd of ongerust zijn maakt dat de huisarts wordt bezocht	11
Aanhouden probleem	Het aanhouden van een (problematische) situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht	8
Onbekendheid	Onbekendheid met de situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht	8

Uit tabel 5 blijkt dat dat de aanwezigheid van pijn of ongemak de meest voorkomende reden is die maakt dat er een bezoek gebracht wordt aan de huisarts. Deze wordt in totaal 16 keer genoemd, door alle vijf de participanten. De participanten spreken over deze reden met betrekking tot eigen ervaringen zoals het hebben van keelpijn, verstoring van het evenwichtsorgaan, kramp in de hand, benauwdheid, hoesten, rugpijn, kniepijn en problemen met de galblaas. Ook wordt er over de reden pijn en ongemak gesproken in verband met het eerste vignet over koorts en keelpijn.

“De laatste tijd gebeurt het wel vaker en dan ga je ermee heen. Dan denk ik dit hoeft toch niet, dat je drie, vier, vijf keer op een dag die kramp krijgt? Dan ga ik ermee heen.”

(Participant 2)

Dat pijn en ongemak voor mensen met een lage sociaaleconomische status een veelvoorkomende reden is om naar de huisarts te gaan, kan mogelijk verklaard worden door hun externe controle-oriëntatie. Uit de interviews komt namelijk naar voren dat vier van de vijf participanten met een lage sociaaleconomische status een externe controle-oriëntatie hebben. Hiertoe is gekeken naar verhalen en citaten waaruit blijkt dat participanten externe determinanten in plaats van henzelf verantwoordelijk houden voor een bepaalde situatie en het oplossen hiervan. Dit geeft bijvoorbeeld aan dat de participanten de huisarts zien als iemand die hun problemen op kan lossen en als iemand die dit ook dient te doen. Hierdoor kan het zijn dat deze participanten bij pijn of ongemak naar de huisarts stappen, zonder eerst zelf na te gaan waar het probleem vandaan komt en wat zij hier zelf aan kunnen doen. Illustratief voor de interpretatie van de externe controle-oriëntatie is onderstaand citaat van participant 3.

De externe controle-oriëntatie lijkt zelf ook direct bevorderend te werken wat betreft het brengen van een bezoek aan de huisarts. Uit de interviews komt naar voren dat het hebben van een externe controle-oriëntatie bij vier van de vijf participanten een rol speelt bij de beslissing

de huisarts te bezoeken. Uit de verhalen van deze vier participanten blijkt namelijk dat zij de huisarts zien als iemand die het probleem behoort te verhelpen, terwijl er minder gekeken wordt naar de eigen rol hierin.

“Want als je gezondheid niet goed is en je verneemt dat, dan ga je automatisch naar de dokter toe en dan wil je weten wat het is.”

(Participant 3)

Uit tabel 5 komt een tweede veelvoorkomende reden voor het bezoeken van de huisarts naar voren, namelijk bezorgd of ongerust zijn of het willen krijgen van geruststelling. Deze reden wordt 11 keer genoemd, door drie participanten. Hierbij is er sprake van een continuüm: geruststelling willen krijgen en ongerust zijn komen in de kern op hetzelfde neer, maar bij ongerustheid is er sprake van meer onwetendheid dan bij het willen krijgen van geruststelling. In dit laatste geval is er vaak al een duidelijker idee van wat er wel of niet speelt. Het lijkt bij de participanten met een lage sociaaleconomische status met name om ongerustheid en bezorgdheid te gaan, minder om het krijgen van geruststelling. Uit hun verhalen blijkt namelijk dat zij in veel gevallen niet goed weten wat er aan de hand zou kunnen zijn. Over deze reden wordt gesproken in verband met eigen concrete ervaringen zoals kramp in de hand en benauwdheid, maar ook in verband met het eerste vignet over koorts en keelpijn en het tweede vignet, waarbij het gaat om een situatie met een ziek kind.

“Dan word ik ongerust dan, ja. Kijk, na zo’n lange periode dat ik dan nog niet hersteld ben, dan heb ik toch zoiets van ik moet ermee heen (...) meer die onzekerheid zeg maar, meer.”

(Participant 9)

Verder blijkt uit de interviews dat het aanhouden van een problematische situatie en onbekendheid met een situatie eveneens veelgenoemde redenen zijn met betrekking tot het bezoeken van de huisarts. Deze worden beide 8 keer genoemd. Het aanhouden van een problematische situatie wordt door alle vijf de participanten genoemd. Deze reden wordt gegeven bij ervaring met een verstoring van het evenwichtsorgaan en longklachten. Ook wordt de reden meerdere keren genoemd bij het eerste vignet over koorts en keelpijn. De reden wordt één keer kort benoemd met betrekking tot het tweede vignet over het zieke kind.

Onbekendheid met de situatie wordt door drie participanten genoemd. Deze reden wordt genoemd met betrekking tot de twee vignetten over koorts en keelpijn en het zieke kind.

“Kijk, ik ben geen arts dus ik weet niet wat er met het kind aan de hand is, natuurlijk. Dus ik zou hem toch even laten controleren door de huisarts (...) ja, onbekendheid. Je bent zelf geen arts, dus euh. Ja, ik zou er toch mee heengaan. Zekerheid voor alles.”

(Participant 7)

Het vaak voorkomen van ongerustheid en onbekendheid als reden voor het bezoeken van de huisarts kan mogelijk verklaard worden door de gevolgen van het lagere opleidingsniveau. Zoals eerder in het theoretisch kader besproken werd, hebben mensen met een lage sociaaleconomische status over het algemeen een lager opleidingsniveau dan mensen met een hoge sociaaleconomische status. Als gevolg hebben zij hierdoor in mindere mate educatie gehad over gezondheid en hebben zij minder kennis over aandoeningen en ziektes. Hierdoor kan het zijn dat zij symptomen of verschijnselen niet weten te linken aan bepaalde ziektes of aandoeningen, waardoor er sprake is van onbekendheid. Ook is het aannemelijk dat het hierdoor in sommige gevallen lastiger is om uit te sluiten dat er sprake is van een situatie waarin ongerust zijn of zorgen maken medisch-objectief gezien niet nodig is.

Naast de vier factoren in tabel 5 is er nog een aantal andere interessante bevindingen met betrekking tot wat maakt dat participanten met een lage sociaaleconomische status naar de huisarts gaan. Zo blijkt de invloed van de sociale omgeving een rol te spelen. Wat betreft het ontvangen van sociale steun geven vier van de vijf participanten aan dat dit van invloed is en dat de partner hierin centraal staat. Deze participanten vertellen hierbij over meegemaakte situaties waarbij er sprake was van kramp in de hand, hoesten, problemen met de galblaas of situaties in het algemeen. Ook wordt er over het ontvangen van sociale steun gesproken in beide voorbeeldsituaties, waarbij er sprake is van keelpijn en koorts en een ziek kind. Bij alle vier de participanten adviseert de partner de participant om naar de huisarts te gaan. Drie van deze participanten geven aan dit advies vervolgens op te volgen en vertellen dat zij zonder dit advies niet zo snel een bezoek aan de huisarts zouden brengen.

“Nou, mijn man zegt het wel vaak tegen mij. Van ga nou maar eens even naar de dokter, want dit komt niet goed met jou. Dan denk ik van je hebt eigenlijk gelijk, ik ga morgen wel gelijk bellen voor een afspraak.”

(Participant 6)

De vierde participant luistert ook naar het advies van de partner, maar geeft aan dat hij op den duur zelf ook de keuze zou maken om naar de huisarts te stappen. In alle vier de gevallen lijkt het te gaan om een bepaalde vorm van sociale steun die in het theoretisch kader behandeld is, namelijk informatiele sociale steun. Deze steun betreft het ontvangen van advies en informatie.

De sociale omgeving speelt ook via sociale invloed en normen een rol bij de beslissing om de huisarts te bezoeken. Deze invloed is aanwezig bij drie van de vijf participanten. Het gaat hierbij om impliciete sociale invloed op basis van normatieve en gedragsmatige sturing. De huisarts wordt bezocht doordat de participanten bepaalde ziektes of problemen om hen heen zien. Het gaat hierbij in alle gevallen om familieleden.

“Nou omdat euh, mijn broer die heeft Parkinson en mijn moeder had reuma. Dus, en op zo’n manier ga je er dan al even heen.”

(Participant 2)

Dit maakt vervolgens dat zij aangeven naar de huisarts te stappen om nagekeken te worden op diezelfde problemen. Ook stelt een participant dat de opvoeding van zijn ouders invloed heeft gehad op wat maakt dat hij naar de huisarts gaat.

“Ik ben heel anders opgevoed door mijn ouders. Zo van niet piepen, niet zeuren maar doorgaan eigenlijk, tot het niet meer kan. Ik ben gewoon een beetje hard opgevoed. Is niet verkeerd hoor, maar ik loop niet om een kuchje naar de huisarts, dat ben ik niet.”

(Participant 9)

Tot slot komt uit de interviews naar voren dat bij een van de vijf participanten de gezondheidsvaardigheden een rol spelen bij de beslissing om een bezoek te brengen aan de huisarts.

“Nou, ik heb een papier gekregen dat ik naar de longarts moest. Die begreep ik niet en zowat. Dat heb ik meegenomen, nou ze heeft het me toen uitgelegd. Van die dag moet je daarheen. Ik had in één keer twee keer achter mekaar, weet je wel, moest ik heen.”

(Participant 3)

Bij deze participant betreft het de vaardigheid die ontbreekt om gezondheidsinformatie goed te kunnen begrijpen en te weten hoe dit toegepast dient te worden. Dit maakt vervolgens dat zij naar de huisarts stapt, zodat de huisarts haar kan helpen met het begrijpen van de brief. De vaardigheid die hier ontbreekt komt in theoretisch kader terug als de critical literacy. Ook kan afgevraagd worden of de participant in kwestie de basic/functional literacy wel bezit.

4.2.2 Participanten met een hoge sociaaleconomische status

Een overzicht van de meest genoemde factoren, motieven en redenen die participanten met een hoge sociaaleconomische status hebben genoemd tijdens de interviews is te vinden in tabel 6.

Tabel 6.
De vier meest genoemde redenen van mensen met een hoge sociaaleconomische status die maken dat zij de huisarts bezoeken

Reden	Betekenis	Frequentie
Aanhouden probleem	Het aanhouden van een (problematische) situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht	13
Verslechtering situatie	Een verslechtering van de situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht	8
Pijn of ongemak	Het hebben van pijn of ongemak maakt dat de huisarts wordt bezocht	6
Afwijkende situatie	Het opmerken van een afwijkende situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht	5

Uit tabel 6 komt naar voren dat wanneer participanten met een hoge sociaaleconomische status naar de huisarts gaan, zij hiermee vaak al een langere tijd hebben gewacht. Er is in dat geval sprake van een aanhoudende problematische situatie die niet vanzelf overgaat. Dit is de reden die het vaakst terugkomt en meerdere malen wordt benoemd door alle vijf de participanten. Zij noemen deze reden met betrekking tot eigen ervaringen met oogproblemen, met betrekking tot de twee vignetten en met betrekking tot situaties in het algemeen. Onderstaand citaat heeft betrekking op de hypothetische situatie in vignet 1.

“Ik vind een griepje ofzo euh, als je koorts hebt, dat noem ik dan maar een griepje, dat gaat meestal na drie of vier dagen wel helemaal over. Als het er dan op dag vijf nog is, dan moet je echt even heen. Voor een onderzoekje of een kuurtje.”

(Participant 10)

Een tweede reden die veel naar voren komt, is een zogenaamde verslechtering van de situatie. Deze factor wordt genoemd door drie van de vijf participanten. Alle drie de participanten spreken hierbij over een verslechtering van de situatie in het algemeen en over een verhoging van koorts. Eén participant spreekt tevens over een situatie waarin iemand van ziek naar doodziek gaat en één participant spreekt aanvullend over niet meer drinken en geen contact meer krijgen. Deze laatste participant heeft het daarbij over de tweede hypothetische situatie waarin een kind ziek is.

“Als hij hoge koorts heeft. Als dat snel naar eenenveertig graden gaat en zijn ogen gaan draaien en hij maakt geen contact meer (...) nou, dan kunnen ze in de stuip raken, he. Kijk, op een gegeven moment raak je oververhit en dan krijg je beschadiging. Of kun je beschadiging krijgen en uitdroging.”

(Participant 1)

Uit bovenstaande resultaten valt op te maken dat de vijf participanten met een hoge sociaaleconomische status niet direct naar de huisarts gaan wanneer een gezondheidsprobleem zich voordoet. Dit geldt zowel voor de eigen meegemaakte situaties als de hypothetische situaties. Zij lijken een afwachtende houding aan te nemen: de huisarts wordt pas bezocht wanneer het probleem niet vanzelf overgaat of wanneer de situatie verergert. Dit valt mogelijk te verklaren door wederom te kijken naar de gevolgen van het opleidingsniveau. Bij mensen met een hoge sociaaleconomische status is dit opleidingsniveau over het algemeen hoger, wat tot gevolg heeft dat zij in grotere mate blootgesteld zijn aan educatie over gezondheid en meer kennis hebben over aandoeningen en ziektes. Dit maakt dat zij relatief goed in kunnen schatten wanneer het medisch-objectief gezien niet direct nodig is om met een bepaald gezondheidsprobleem naar de huisarts te stappen.

De participanten geven naast het aanhouden van een probleem en een verslechtering van de situatie aan dat het hebben van pijn of ongemak ook een rol speelt bij de beslissing om de huisarts te bezoeken. Dit valt af te lezen aan tabel 6. Deze reden wordt 6 keer genoemd door één participant. Hij noemt deze reden met betrekking tot oogproblemen die hij heeft eerder heeft ervaren. De rol van pijn en ongemak lijkt aanzienlijk kleiner dan bij de participanten met een lage sociaaleconomische status, aangezien deze invloedsfactor door hen veel vaker en door alle vijf de participanten wordt genoemd.

Een laatste veelgenoemde invloedsfactor die uit tabel 6 naar voren komt, is het opmerken van een afwijkende situatie. Deze wordt 5 keer genoemd, door drie van de vijf participanten en heeft zowel betrekking op beide vignetten als op situaties in het algemeen en ervaringen met de kinderen. Onderstaand citaat betreft het tweede vignet over een ziek kind.

“Kijk, ik ken mijn eigen kinderen wel. Deze situatie, die van mij die zijn normaal gesproken.. 's Morgens gaan de luiken open en dan is het springen en dansen en gek doen. Gebeurt dat niet, dan is er gewoon wel wat aan de hand, dan zijn ze wel echt ziek.”

(Participant 5)

Naast de vier veelgenoemde invloedsfactoren in tabel 6 blijkt uit de interviews dat de sociale omgeving van participanten met een hoge sociaaleconomische status van enige invloed is op de beslissing om de huisarts te bezoeken. Vier van de vijf participanten geven aan sociale steun te

ontvangen met betrekking tot het bezoeken van de huisarts. De andere participant geeft aan dit niet te ontvangen en zelfstandig te handelen. Bij de vier participanten die aangeven sociale steun te ontvangen, blijkt de partner hierin de grootste rol te spelen. Eén van de vier participanten geeft aan dat de huisarts pas bezocht wordt nadat zijn vrouw hem hiertoe heeft geadviseerd, de tweede participant geeft aan niet altijd naar dit advies te luisteren. De laatste twee participanten vertellen dat er sprake is van sociale steun van de partner in de vorm van overleg, maar dat zij uiteindelijk wel altijd een zelfstandige beslissing maken.

“Anders als dat mijn man zegt van misschien is het tijd dat je weer eens naar de fysio gaat, je krijgt nu wel weer vaak last van hoofdpijn. Dat zijn die gewone normale gesprekken, he. Maar we hebben daar niet euh, ja weet je (...) misschien ben ik daar gewoon redelijk autonoom in.”

(Participant 4)

Bij alle vier de participanten lijkt het, terugblikkend op het theoretisch kader, te gaan om het ontvangen van informationele sociale steun. Zij ontvangen advies of informatie van de partner. Dit komt overeen met de resultaten van de participanten met een lage sociaaleconomische status. Een verschil is echter dat de invloed van sociale steun op het bezoeken van de huisarts bij participanten met een hoge sociaaleconomische status minder groot lijkt te zijn, aangezien uit de interviews blijkt dat er door meer van deze participanten een zelfstandige keuze wordt gemaakt. Dit zou mogelijk verklaard kunnen worden hun grotere mate van kennis over gezondheid en gezondheidsproblemen en de interne controle-oriëntatie. Dit kan maken dat zij meer zelfverzekerd zijn met betrekking tot hun oordeel over de situatie. De beslissing om wel of niet naar de huisarts te gaan leggen zij meer bij henzelf, de invloed van anderen hierop is daarmee kleiner.

Verder lijkt sociale invloed enigszins een rol te spelen bij de beslissing om naar de huisarts te gaan. Hier wordt door één participant over gesproken. De participant vertelt hierover met betrekking tot eigen ervaren hoestproblemen. Hij geeft aan dat wederom de partner hierin een belangrijke rol speelt.

“Mijn vrouw die vond dat hoesten nogal ernstig of heftig, moet ik zeggen. En die zei van nu moet jij eens even.. en anders bel ik de dokter wel. Zo, weet je wel. Dreigementen van euh. Nou, toen heb ik een afspraak bij de dokter gemaakt uiteindelijk, na een aantal weken (...) ik heb dan aansporing nodig om dat toch maar te doen.”

(Participant 1)

Het gaat hierbij om een speciale, in de theorie behandelde vorm van sociale invloed, namelijk sociale controle. Dit is een meer expliciete vorm van invloed, waarbij de partner de participant

probeert te overtuigen dat hij naar de huisarts moet gaan en hem hiertoe aan probeert te zetten.

Uit de interviews lijkt verder naar voren te komen dat gezondheidsvaardigheden bij één participant van invloed zijn op het besluit om de huisarts te bezoeken. Dit heeft betrekking op de situatie van koorts en keelpijn in vignet 1. Bij de participant in kwestie betreft het de vaardigheid goed vast te kunnen stellen wat het gezondheidsprobleem is en of het hierbij nodig is om een bezoek te brengen aan de huisarts. Deze vaardigheden komen in het theoretisch kader terug als de meest verregaande vorm van gezondheidsvaardigheden, namelijk de critical literacy.

“Of mijn keel moet zo dicht zitten dat ik niet meer kan slikken, dan denk ik nou, ik moet eens even in de spiegel kijken wat er aan de hand is. En heb ik koorts en heb ik witte vlekken in mijn keel of op mijn tong, ja goed, dan moet ik antibiotica hebben. Dat snap ik. Maar als ik buiten heb gezeten zoals nu en daar is wind en je bent bezweet, dan is de kans dat je keelpijn krijgt aanwezig.”

(Participant 8)

Tot slot komt uit de interviews naar voren dat ook bij de participanten met een hoge sociaaleconomische status de huisarts in bijna alle gevallen bezocht wordt wanneer er sprake is van de aanwezigheid van een gezondheidsprobleem. Er is in deze groep echter een participant die een reden noemt die hier los van staat. Deze participant hecht belang aan het kennen van de huisarts, wat vervolgens heeft gemaakt dat hij hier een bezoek aan bracht.

“Een arts is toch wel iemand waarvan ik ook denk van dat is goed dat je die kent. Dus toen de nieuwe arts kwam zijn wij daar een keer geweest samen, samen met mijn vrouw ben ik daar geweest voor een kennismakingsgesprek.”

(Participant 1)

4.3 Wat maakt dat participanten niet naar de huisarts gaan?

In deze paragraaf worden aan de hand van een vergelijking tussen de twee groepen de verschillende factoren, motieven en redenen besproken die maken dat participanten niet naar de huisarts gaan. De uitgebreide analyse is te vinden in bijlage 7.4.2 in de vorm van een *thick description*. De vergelijking van de twee groepen is te vinden in bijlage 7.5.2.

4.3.1 Participanten met een lage sociaaleconomische status

Tabel 7 geeft weer wat voor participanten met een lage sociaaleconomische status de meest genoemde factoren, motieven en redenen zijn die maken dat zij geen bezoek brengen aan de

huisarts. Dit is vastgesteld op basis van hun eigen ervaringen en de twee vignetten.

Tabel 7.

De vijf meest genoemde redenen van mensen met een lage sociaaleconomische status die maken dat zij de huisarts niet bezoeken.

<i>Reden</i>	<i>Betekenis</i>	<i>Frequentie</i>
Geen zorgen	De afwezigheid van zorgen of ongerustheid maakt dat de huisarts niet wordt bezocht	4
Vertrouwen huisarts	Het ontbreken van vertrouwen in de huisarts maakt dat de huisarts niet wordt bezocht	3
Niet lang genoeg	De huisarts wordt niet bezocht omdat het probleem (nog) niet lang genoeg aanhoudt	3
Oorzaak is bekend	De huisarts wordt niet bezocht omdat het bekend is waar het probleem/de situatie vandaan komt	1
Gaat vanzelf over	De huisarts wordt niet bezocht omdat het probleem of de situatie vanzelf weer over gaat	1

De meest voorkomende reden voor het niet bezoeken van de huisarts is dat er geen sprake is van zorgen of ongerustheid. Dit wordt in totaal 4 keer genoemd, door drie van de vijf participanten. Zij noemen deze reden met betrekking tot eigen ervaringen met hoestproblemen en griep en griep bij een kind.

Een andere veelgenoemde reden die uit tabel 7 naar voren komt, is het ontbreken van vertrouwen in de huisarts. Dit is met name bij een van de participanten het geval, hij benoemt dit meerdere malen. De participant in kwestie heeft negatieve ervaringen met het bezoeken van de huisarts. Volgens hem wordt er geen actie ondernomen wanneer dit wel nodig is en moet hij telkens maar weer aankijken met de kramp in zijn hand. Hij heeft geen vertrouwen meer in de huisarts en wil hier geen bezoek meer aan brengen. De overtuiging dat de huisarts zijn probleem toch niet zal verhelpen en alleen maar aan wil kijken draagt hieraan bij.

“Daar heb ik geen vertrouwen meer in, in die huisarts niet. Nee, dan denk ik gewoon zo van hoe vaker je er komt, hoe meer zij verdienen. Laten ze er maar wat aan doen (...) ze willen eerst zelf proberen en als het te laat is dan euh, word je een keer weggestuurd. Dan denk ik van donder toch op, hoeft van mij niet meer. Dan hoef ik daar ook niet te komen.”

(Participant 2)

Terugblikkend op het theoretisch kader lijkt het bij deze participant te ontbreken aan twee vormen van vertrouwen in de huisarts, namelijk trouw en bekwaamheid. Volgens de participant handelt de huisarts niet altijd in het belang van de patiënt en maakt de huisarts niet de juiste beslissingen: deze wil aankijken in plaats van behandelen of doorsturen. Verder spreekt de

participant van ‘ze’, waaruit valt te impliceren dat het verhaal niet enkel de eigen huisarts betreft, maar huisartsen in het algemeen. Terugblikkend op de theorie duidt dit op het ontbreken van algemeen vertrouwen.

Uit tabel 7 komt nog een derde reden naar voren die maakt dat de huisarts niet bezocht wordt, namelijk wanneer een probleem of problematische situatie (nog) niet lang genoeg aanhoudt. Dit wordt door twee van de vijf participanten met een lage sociaaleconomische status genoemd. Zij noemen deze reden met betrekking tot de hypothetische situatie van vignet 1 over koorts en keelpijn.

“Nou, dan voel ik me nog niet zo erg van nou ik moet direct naar een huisarts. Kijk, ik ben niet gauw ziek, als ik wel ziek ben dan ben ik wel echt drie of vier dagen ziek. En dan knap ik ook wel weer op. Dus eigenlijk ja, dan wacht ik eigenlijk die periode van vier dagen eigenlijk toch wel af, zo van wordt het dan wel beter. Zo niet, dan ga ik pas heen.”

(Participant 9)

Uit de tabel blijkt dat er nog twee redenen zijn die beide 1 keer worden genoemd. Eén van de participanten geeft aan dat zij geen bezoek brengt aan de huisarts omdat zij weet waar een bepaalde klacht vandaan komt. Deze participant heeft vaak last van vermoeidheid en weet dat dit komt door een probleem met haar longen. Hierdoor gaat zij niet elke keer met deze vermoeidheid naar de huisarts toe. Een andere participant geeft aan dat hij de huisarts niet bezoekt omdat hij weet dat het probleem, een verstoring van het evenwichtsorgaan, vanzelf weer over gaat.

Uit de interviews komt naar voren dat de sociale omgeving van mensen met een lage sociaaleconomische status een factor is die weinig tot geen invloed heeft op de beslissing de huisarts niet te bezoeken. Zo blijkt dat sociale steun hier helemaal geen invloed op heeft, dit wordt door geen van de participanten genoemd. Bij één van de vijf participanten lijken sociale invloed en normen via impliciete invloed wel van invloed te zijn op deze beslissing. De participant heeft via zijn ouders van huis uit meegekregen dat de huisarts niet zomaar bezocht dient te worden. In dat geval moet er wel echt iets ernstigs aan de hand zijn. Deze opvatting van zijn ouders heeft hij overgenomen, hij handelt hier zelf ook naar.

Tot slot blijkt dat de afwezigheid van een gezondheidsprobleem de voornaamste reden is dat participanten geen bezoek brengen aan de huisarts. Als er geen klachten of problemen ervaren worden, zien zij geen reden om hiernaartoe te gaan.

“Ja, als ik niets heb, dan ga ik niet. Dat is makkelijk zat, ik heb geen klachten. Dus dan ga je niet naar de huisarts.”

(Participant 7)

4.3.2 Participanten met een hoge sociaaleconomische status

De vier meest genoemde factoren, motieven en redenen van mensen met een hoge sociaaleconomische status die maken dat zij geen bezoek brengen aan de huisarts worden kort weergegeven in tabel 8. Deze redenen zijn gebaseerd op eigen ervaringen en de twee vignetten.

Tabel 8.

De vier meest genoemde redenen van mensen met een hoge sociaaleconomische status die maken dat zij de huisarts niet bezoeken.

<i>Reden</i>	<i>Betekenis</i>	<i>Frequentie</i>
Gaat vanzelf over	De huisarts wordt niet bezocht omdat het probleem of de situatie vanzelf weer over gaat	7
Eerdere ervaring / bekendheid met het probleem	Eerdere ervaring of bekendheid met het probleem maakt dat de huisarts niet wordt bezocht	4
Niet lang genoeg	De huisarts wordt niet bezocht omdat het probleem (nog) niet lang genoeg aanhoudt	2
Geen zorgen	De afwezigheid van zorgen of ongerustheid maakt dat de huisarts niet wordt bezocht	2

Uit deze tabel komt allereerst naar voren dat de huisarts in veel gevallen niet wordt bezocht omdat een bepaald gezondheidsprobleem of een bepaalde situatie vanzelf weer overgaat. Dit wordt in totaal 7 keer genoemd, door vier van de vijf participanten naar aanleiding van de hypothetische situaties in de twee vignetten. De vier participanten spreken hierover op een zelfverzekerde manier en lijken dit te zien als iets wat vanzelfsprekend is. Onderstaand citaat heeft betrekking op de situatie in vignet 2, waarbij een kind ziek is.

“Ja, misschien ben ik daar heel nuchter in. Maar wij hebben vier kinderen en ze hebben allemaal weleens een keer koorts. Dan leg je ze op bed en euh.. Nou ja, ze doen het rustig aan. Ze zieken dan vanzelf uit.”

(Participant 4)

Zoals in de vorige paragraaf beschreven is, wordt deze reden door participanten met een lage sociaaleconomische status slechts één enkele keer benoemd, naar aanleiding van eigen ervaring met verstoring van het evenwichtsorgaan. Dat deze invloedsfactor relatief vaak genoemd wordt door participanten met een hoge sociaaleconomische status, valt mogelijk te verklaren door de grotere mate van kennis over aandoeningen en ziektes. Hierdoor is het mogelijk dat zij beter in kunnen schatten wanneer een bepaalde klacht vanzelf weer over gaat en wanneer dit niet het geval is en als gevolg zekerder zijn van deze inschatting. Voor mensen met een lage sociaaleconomische status is het aannemelijk dat dit wat lastiger is.

Naast deze reden blijkt uit tabel 8 dat eerdere ervaring en bekendheid met een bepaald

probleem ook van invloed zijn op de beslissing de huisarts niet te bezoeken. Dit wordt in totaal 4 keer genoemd, door één participant. Deze participant spreekt daarbij over de hypothetische situatie in vignet 1 waarbij er sprake is van koorts en keelpijn en over eigen ervaringen met verkoudheid, griep en het hebben van een golf-arm. Omdat hij eerder met deze problemen te maken heeft gehad, weet hij wat het inhoudt en gaat hij er niet zomaar meer mee naar de huisarts.

“Ik heb wel dingetjes gehad, die golf-arm. Wel last van gehad. Maar goed, ik weet wat het is, ik ben er al eens een keer voor geweest, dan hoef ik niet elke keer dat ik er last van heb weer ermee heen.”

(Participant 5)

Verder komen uit de tabel nog twee redenen naar voren die beide 2 keer genoemd worden tijdens de interviews. Twee van de vijf participanten benoemen kort dat zij de huisarts niet bezoeken omdat een probleem of situatie volgens hen nog niet lang genoeg heeft aangehouden. Zij spreken hierover met betrekking tot de twee vignetten. Een andere participant vertelt dat de afwezigheid van zorgen en ongerustheid maken dat hij geen bezoek brengt aan de huisarts. Hij noemt deze reden met betrekking tot eigen ervaring met een golf-arm en de hypothetische situatie in vignet 1, waarbij er sprake is van koorts en keelpijn.

De sociale omgeving lijkt bij de participanten met een hoge sociaaleconomische status helemaal geen invloed te hebben op het niet bezoeken van de huisarts. Zowel de invloed van sociale steun als sociale invloed en normen worden niet benoemd. Dit in tegenstelling tot de participanten met een lage sociaaleconomische status, daarbij geeft een participant aan dat sociale invloed en normen wel enige invloed hebben op zijn beslissing om naar de huisarts te stappen in het algemeen.

Wel komt uit de interviews naar voren dat het hebben van een interne controle-oriëntatie voor twee van de vijf participanten van invloed lijkt te zijn op de hypothetische beslissing de huisarts niet te bezoeken naar aanleiding van de situatie in vignet 1. De twee participanten in kwestie geven aandacht aan de eigen rol in het ontstaan en oplossen van gezondheidsproblemen. Volgens de ene participant is een huisarts sowieso niet de aangewezen persoon om problemen op te lossen, dit dient iemand zelf te doen. De tweede participant benadrukt het belang van reflectie. Het is volgens haar van belang om na te gaan hoe het komt dat er sprake is van een bepaald gezondheidsprobleem. Is iemand hier zelf verantwoordelijk voor of niet? Hier dient eerst goed over na gedacht te worden voordat men naar de huisarts gaat.

“Je moet zelf ook nadenken van hoe komt het dat ik dit heb? He, ben ik te laat naar bed gegaan, heb ik teveel gefeest, heb ik teveel gedronken, wat ik anders niet doe, waardoor ik gewoon uit mijn ritme ben? Dat zou een rol kunnen zijn, of heb ik op de tocht gestaan of zonder jas door de regen gelopen, waardoor ik gewoon kou heb gehad? Nou, dan moet ik uitzielen, daar komt die koorts van, enzovoorts.”

(Participant 8)

Uit de interviews met participanten met een hoge sociaaleconomische status komen ook de gezondheidsvaardigheden naar voren als een factor die invloed heeft op de beslissing de huisarts niet te bezoeken. Dit geldt voor twee van de vijf participanten. De ene participant heeft de vaardigheid in te schatten wat de huisarts zal zeggen over het probleem dat geschetst wordt in vignet 1 en dat er op dit moment nog niks aan gedaan kan worden. Dit maakt dat zij niet heen zou gaan. Het betreft de in het theoretisch kader behandelde critical literacy: de participant kan kritisch inschatten of het zinvol is om naar de huisarts te stappen of niet. Bij de andere participant betreft het de vaardigheid zelf op internet op te kunnen zoeken wat er precies aan de hand is en wat de ernst van de situatie is. Hij geeft aan dit te doen in de hypothetische situatie van vignet 1 en dit gedaan te hebben toen hij last had van zijn golf-arm. Vervolgens wordt op basis van de informatie op internet beslist of het wel of niet nodig is om naar de huisarts te gaan. Ook dit betreft de in de theorie behandelde critical literacy.

“Het realiteitsbesef dat de huisarts, als ik daar kom en mij uit mijn bed heb gesleept, zegt van oh dit is de tweede dag en waarschijnlijk is het een virus en dat duurt drie, vier dagen. Dus komt u maandag nog een keer terug. Dus ik zou pas als ik een week hele dikke koorts en keelpijn had, naar de huisarts gaan. Omdat de realiteit gebied te zeggen dat je teruggestuurd wordt, omdat ze niet kunnen bepalen of je antibiotica nodig hebt. Omdat ze niet kunnen bepalen of het een virus of bacterie is, op dat moment.”

(Participant 4)

4.4 Verwachtingen met betrekking tot het bezoeken van de huisarts

Uit de interviews is op basis van eigen ervaringen, de twee hypothetische situaties en de open vraag ‘wat verwacht u van uw huisarts?’ inductief naar voren gekomen dat de participanten verschillende verwachtingen hebben wanneer zij een bezoek brengen aan de huisarts. Deze worden in deze paragraaf besproken, aan de hand van een vergelijking tussen participanten met een hoge en lage sociaaleconomische status. De uitgebreide analyse is terug te vinden in bijlage 7.5.3.

In tabel 9 op de volgende pagina wordt een algemeen overzicht gegeven van de uit de interviews naar voren komende verwachtingen. Hierin wordt tevens duidelijk gemaakt hoe vaak

bepaalde verwachtingen voorkomen bij de twee participantengroepen. Deze tien verwachtingen zullen in de volgende twee paragrafen stuk voor stuk bij langs gegaan worden.

Tabel 9.

Verwachtingen met betrekking tot het bezoeken van de huisarts, waarbij voor de categorieën lage en hoge sociaaleconomische status wordt aangegeven hoe vaak een bepaalde verwachting naar voren komt.

<i>Verwachting</i>	<i>Lage sociaaleconomische status</i>	<i>Hoge sociaaleconomische status</i>
De huisarts kent mij	4	5
De huisarts begrijpt mij	2	0
De huisarts luistert naar mij	1	2
De huisarts neemt mij serieus	0	5
Oplossingen zoeken/krijgen	2	3
Medicijnen krijgen	7	1
Doorgestuurd worden	4	0
Voorstellen	0	1
Na een week koorts hulp krijgen	0	1
Gesprek aangaan met kind	0	1

4.4.1 Verwachtingen van participanten met een lage sociaaleconomische status

Uit tabel 9 valt af te lezen dat de verwachting medicijnen te krijgen bij het bezoeken van de huisarts de meest voorkomende verwachting is bij participanten met een lage sociaaleconomische status. Deze verwachting wordt in totaal 7 keer genoemd, door vier van de vijf participanten. Drie van de participanten hebben de hoop dat de huisarts medicijnen zal voorschrijven als zij met de koorts en keelpijn van vignet 1 naar de huisarts zouden gaan. Op deze manier verwachten zij dat ze weer beter zullen worden.

“Euh, vragen of zij naar mijn keel wil kijken. En euh, naar mijn koorts. En of ik daar medicijnen voor kan krijgen, dat het over gaat.”

(Participant 6)

Bij de vierde participant is het meer de eerdere ervaring met de situatie in vignet 1 die maakt dat hij verwacht dat de huisarts medicijnen voor zal schrijven, niet zozeer de hoop op deze medicijnen.

Dat participanten met een lage sociaaleconomische status relatief vaak verwachten dat de huisarts medicijnen voor zal schrijven, kan geïnterpreteerd worden in het licht van hun

externe controle-oriëntatie. Zoals eerder in dit hoofdstuk beschreven werd, hebben deze participanten vaker een externe controle-oriëntatie dan de participanten met een hoge sociaaleconomische status. Waar vier participanten met een lage sociaaleconomische status meer externe determinanten zoals de huisarts verantwoordelijk lijken te houden voor het oplossen van problemen, lijken twee participanten met een hoge sociaaleconomische status meer naar hun eigen rol hierin te kijken. Van de overige participanten is geen beeld verkregen van de controle-oriëntatie. Voorgaande bevinding houdt in dat de betreffende participanten met een lage sociaaleconomische status meer het idee hebben dat zij zelf weinig invloed hebben op gebeurtenissen in het leven en dat zij weinig aandacht geven aan de eigen rol in het ontstaan en oplossen van een bepaald gezondheidsprobleem. Dit maakt het begrijpelijk dat zij vaak het krijgen van medicijnen als verwachting hebben bij het bezoeken van de huisarts, waarbij medicijnen het gezondheidsprobleem op kunnen lossen.

Twee andere verwachtingen die ook naar voren komen uit de interviews en af te lezen zijn uit tabel 9, is de verwachting doorgestuurd te worden en de verwachting dat de huisarts de participant kent. Deze worden beide 4 keer genoemd. De verwachting doorgestuurd te worden, wordt genoemd door twee participanten. Eén van deze participanten wil dit graag zodat zijn ongerustheid met betrekking tot de kramp in zijn hand weggenomen kan worden. Zonder het krijgen van een scan blijft deze ongerustheid aanwezig. Hij is negatief over de huisarts omdat deze niet aan de verwachting voldoet. De andere participant heeft niet zozeer de hoop of wens om doorgestuurd te worden, maar weet door eerdere ervaring met zijn knieproblemen dat doorgestuurd worden nodig is. Dit maakt dat hij deze verwachting heeft.

“Ik wist wel zeker dat ik weer geopereerd moest worden, want ik had dezelfde pijn weer. Je herkent je pijn op den duur, zo van dit had ik hiervoor ook, voordat ik geopereerd werd.”

(Participant 9)

Naast deze verwachtingen wordt er twee keer de verwachting uitgesproken dat de huisarts de participant begrijpt. Twee van de vijf participanten benoemen dit. Eén participant noemt kort dat de huisarts haar situatie met rugklachten begrijpt, de huisarts weet waar zij over praat. De tweede participant vertelt uitgebreider dat de huisarts aan de verwachting voldoet. Zij ervaart dit dan ook als zeer positief.

“Mijn situatie begrijpt ze wel. Ik heb een beperking, zeg maar. Ik heb Lexapro en zo voort. En ik ben heel vergeetachtig. Moeilijke woorden, daar kom ik niet uit dan. Zij begrijpt mij dan.”

(Participant 3)

Uit tabel 9 komt tot slot naar voren dat twee participanten met een lage sociaaleconomische status de verwachting hebben dat zij een oplossing voor hun probleem krijgen. Dit wordt in totaal 2 keer genoemd. Zij spreken hierover met betrekking tot het hebben van kramp in de hand en keelpijn. Tot slot heeft één participant met een lage sociaaleconomische status de verwachting uitgesproken dat de huisarts naar haar luistert. Bij andere huisartsen heeft deze participant weleens gemerkt dat er door haar verhaal heen wordt gepraat. Dit ervaart zij als zeer onprettig. Haar eigen huisarts voldoet wel aan de verwachting. De keren dat deze participant naar de huisarts is geweest, laat de huisarts de participant uitpraten en luistert naar haar verhaal.

“Ja, die luistert gewoon naar je. Die andere dokters die er zijn, die luisteren wel maar ja, die doen het heel anders (...) als je aan het praten bent, praten ze er ineens tussendoor, weet je wel.”

(Participant 6)

4.4.2 Verwachtingen van participanten met een hoge sociaaleconomische status

Bij de participanten met een hoge sociaaleconomische status lijkt van de verwachting dat de huisarts de participant kent ook sprake te zijn. Deze verwachting wordt in totaal 5 keer genoemd, door drie participanten. Eén van deze participanten ziet deze verwachting als iets wat echt vanzelfsprekend is. Hij hoopt en wenst niet alleen dat de huisarts hem kent, hij gaat hier ook automatisch vanuit. De andere twee participanten zien deze verwachting meer als iets waar zij belang aan hechten en wat zij waarderen. Alle drie de participanten geven aan dat hun huisarts aan de verwachting voldoet.

“Voor mij is het belangrijk dat een huisarts bewust is van welke patiënt hij voor zich heeft, omdat daar best heel veel verschil in zit. Je hebt de patiënt die denkt ik heb hoofdpijn, ik ga naar de huisarts, terwijl ik denk nou ja, ik geloof niet dat dat nou altijd zo nodig is.”

(Participant 8)

Wat door de participanten met een lage sociaaleconomische status niet genoemd wordt tijdens de interviews maar wat wel naar voren komt bij drie participanten met een hoge sociaaleconomische status, is de verwachting dat de huisarts de participant serieus neemt. Deze verwachting wordt, net als de hierboven beschreven verwachting, 5 keer uitgesproken. Bij alle drie de participanten komt naar voren dat de verwachting gelinkt is aan het niet snel of zelden bezoeken van de huisarts. Als deze participanten wel een keer naar de huisarts stappen, is er naar hun idee ook echt iets aan de hand en willen zij daardoor graag serieus genomen worden. Hun ervaringen hiermee zijn in alle gevallen positief, de huisarts voldoet aan deze verwachting.

“Nou, dat ze wel mijn klachten serieus neemt. Ik weet natuurlijk ook wel dat er genoeg mensen zomaar naar de huisarts gaan, want toevallig heb ik op mijn werk ook wel huisartsen als klant. Nou die klagen ook weleens dat mensen in deze regio veel te veel komen, wanneer het eigenlijk bijna niks is. Dus als ik dan heen ga, dan hoop ik wel dat ze me serieus nemen. En dat is wel altijd zo geweest, hoor.”

(Participant 10)

Een derde verwachting die uit tabel 9 naar voren komt, is de verwachting dat de participant bij de huisarts een oplossing krijgt voor zijn of haar probleem of dat er gezocht wordt naar een oplossing. Dit wordt in totaal 3 keer genoemd, door twee participanten. Bij deze twee participanten gaat het om de verwachting dat er naar een oplossing gezocht wordt, een oplossing vinden niet per se. Bij beide is dit gekoppeld aan het feit dat zij niet snel de huisarts bezoeken. Als zij dit wel doen, is er echt iets loos en verwachten zij dat er geprobeerd wordt een oplossing te vinden.

“Dan wil ik gewoon dat er naar een oplossing wordt gekeken en dat het niet euh.. en inmiddels heb ik een huisarts gevonden die gewoon wel weet dat ik euh niet vaak zeur. En als er wat is, dat er echt wel wat is. Dat je dan even wat moet doen.”

(Participant 4)

Uit tabel 9 blijkt tevens dat er twee keer gesproken wordt over de verwachting dat de huisarts naar de participant luistert. Twee participanten vertellen hierover. De ene participant vindt dit belangrijk omdat zij, wanneer zij naar de huisarts gaat, zelf al redelijk heeft kunnen inschatten dat dit echt nodig is. De andere participant vindt een luisterende huisarts belangrijk omdat zij niet zomaar naar de huisarts stapt. Als zij dit wel doet, verwacht zij dat er echt naar haar geluisterd wordt.

Tot slot komt er uit de interviews nog een aantal verwachtingen naar voren die eenmalig worden uitgesproken door participanten. Tabel 9 geeft weer dat het hier gaat om de volgende verwachtingen: voorstellen, na een week koorts hulp krijgen en het gesprek aangaan met het kind. Eén van de vijf participanten geeft aan dat hij verwacht dat de participant en de huisarts zich aan elkaar voorstellen en kennis met elkaar maken, wanneer dit nog niet eerder gebeurd is. Dit is voor hem belangrijk en kan gelinkt worden aan de eerder besproken verwachting dat de huisarts de participant kent.

“Nou ja ik had de verwachting van euh we praten even, even bijpraten. Even vertellen wie wij zijn en zij vertelt wie zij is. Dat geeft een goed gevoel of minder goed gevoel. Dat vind ik wel belangrijk, dat je je huisarts kent. Stel je voor dat er situaties zijn dat je die nodig hebt, dan moet je wel weten van wie er komt en hoe die in mekaar zit.”

(Participant 1)

Een andere participant spreekt over de verwachting dat zij hulp krijgt van de huisarts als zij al een week lang koorts heeft. Dit heeft betrekking op de situatie in vignet 1 en wordt niet zozeer uitgesproken als een hoop of wens, maar meer als iets waarvan zij zeker weet dat het zo zal verlopen. Mogelijk komt dit door eerdere ervaring of haar gezondheidsvaardigheden.

Verder vertelt een van de participanten over de verwachting dat wanneer hij de huisarts bezoekt vanwege een kind, de huisarts het gesprek aan zal gaan met het kind zelf. Deze verwachting heeft betrekking op de situatie in vignet 2, waarbij een kind ziek is. De participant hecht veel waarde aan deze verwachting, omdat het volgens hem op deze manier het meest duidelijk kan worden wat er precies aan de hand is met het kind en waar het kind last van heeft.

“Ik verwacht van de huisarts dat ze het gesprek aangaat met het kind. Maar dat is enorm afhankelijk van het kind, maar goed, dan ga ik even uit van mijn eigen kinderen (...) dus vandaar dat ik zeg van ik verwacht dat de dokter het gesprek aangaat met het kind en probeert om eruit te halen wat er aan de hand is.”

(Participant 5)

4.5 Handelingen met betrekking tot de aan- of afwezigheid van een gezondheidsprobleem

In deze paragraaf wordt ingegaan op de handelingen met betrekking tot de aan- of afwezigheid van gezondheidsproblemen. Deze zijn, net als de verwachtingen, inductief voortgekomen uit de interviews. Omdat er tijdens de interviews apart aandacht is besteed aan handelingen met betrekking tot twee hypothetische situaties en handelingen met betrekking tot eigen ervaringen, worden deze apart van elkaar besproken. Tevens zal er, net zoals bij de eerdere paragrafen, een vergelijking gemaakt worden tussen participanten met een hoge en lage sociaaleconomische status. De uitgebreide analyse is terug te vinden in bijlage 7.5.5.

4.5.1 Handelingen van participanten met een lage sociaaleconomische status

Tabel 10 geeft weer wat participanten met een lage sociaaleconomische status zouden doen of hebben gedaan in een aantal situaties. Hierbij is aangegeven hoe vaak een bepaalde handeling tijdens de interviews genoemd is. Dit geeft een indruk van de keuzes die de participanten maken met betrekking tot gezondheidsproblemen. Tevens wordt in de tabel weergegeven hoe een huisarts zelf zou oordelen in de twee hypothetische situaties. Hiervoor is een huisarts gevraagd

in hoeverre hij het medisch-objectief gezien nodig acht dat de huisarts geraadpleegd wordt in de betreffende situatie. Op deze manier kan er iets gezegd worden over in hoeverre de handelingen van de twee groepen in de twee hypothetische situaties medisch-objectief gezien juist zijn.

Tabel 10.

Handelingen van participanten met een lage sociaaleconomische status met betrekking tot gezondheidsproblemen

	<i>Wel de huisarts bezoeken</i>	<i>Huisarts bellen</i>	<i>Niet bellen, niet bezoeken</i>
Eigen ervaringen	13	1	3
Situatie 1: koorts en keelpijn	5	0	1
Oordeel huisarts	×	×	✓
Situatie 2: ziek kind	2	1	2
Oordeel huisarts	×	✓	×

Opmerking: de twee situaties zijn aan een huisarts voorgelegd, deze is vervolgens gevraagd wat medisch-objectief gezien de juiste handeling is.

Wanneer er gevraagd werd naar eigen ervaringen en de destijds wel of niet ondernomen acties, blijkt dat veel van deze participanten met hun klachten of problemen of andere zaken naar de huisarts zijn gegaan. Tijdens de interviews is dit in totaal 13 keer ter sprake gekomen, bij alle vijf de participanten. Het ging hierbij om problemen zoals een tekenbeet, kramp in de hand, keelpijn, overspannen zijn en ademhalingsproblemen bij een kind. Verder vertelt één participant dat zij weleens gebeld heeft naar de huisartsenpraktijk met hoestklachten, waarbij haar verteld werd dat zij hiervoor een kuurtje op kon halen.

“Ik heb wel een kuur gehad voor het hoesten, dus. Ik heb wel gebeld hoor, ja. Omdat ik nogal moest hoesten en toen heb ik een kuurtje gekregen, dus euh. Maar ik hoefde zelf niet te komen, want die kon ik ook zo ophalen.”

(Participant 7)

Uit tabel 10 blijkt verder dat er uit de interviews 3 keer naar voren komt dat participanten bij gezondheidsproblemen helemaal geen contact op hebben genomen met de huisartsenpraktijk. Dit was het geval bij twee participanten, waarbij het ging om een verstoring van het evenwichtsorgaan, kramp in de hand en griep. Bij een van deze participanten staat het niet bezoeken van of bellen naar de huisartsenpraktijk in verband met de negatieve ervaringen die hij heeft met het bezoeken van de huisarts. Hij stelt dat er toch niks aan zijn problemen wordt gedaan en dat hij telkens de boodschap krijgt het aan te moeten kijken. Dit maakt dat hij niet snel meer een bezoek brengt aan de huisarts.

Tijdens het afnemen van de interviews zijn de participanten twee hypothetische situaties voorgelegd. Hierbij werd hen in eerste instantie gevraagd zich in te beelden dat dit de derde dag is dat zij last hebben van koorts en keelpijn. Hierdoor hebben zij al twee dagen niet kunnen

doen wat zij normaal gesproken doen. Vervolgens is hen gevraagd hoe zij in deze situatie zullen handelen. Uit tabel 10 komt naar voren dat er in totaal 5 keer ter sprake is gekomen dat participanten in deze situatie een bezoek zullen brengen aan de huisarts. Dit wordt door vier van de vijf participanten genoemd.

“Nou euh ja, als dit over mij ging. Als het een paar dagen volhoudt, dan zou ik naar de huisarts toegaan (...) dus even kijken op de derde dag, dan zou ik denken ik ga maar even naar de huisarts, ja.”

(Participant 2)

Het blijkt dat geen van de participanten met een lage sociaaleconomische status in deze hypothetische situatie zou bellen naar de huisartsenpraktijk. Allen zullen zij of langsgaan, of niet langsgaan. Eén participant vertelt dat hij in deze situatie helemaal geen contact op zou nemen met de huisartsenpraktijk. De participant lijkt hier wel enigszins twijfelachtig over te zijn. Hij geeft aan op de derde dag nog geen contact op te nemen met de huisarts, maar mocht het de dag daarna nog niet beter gaan, verwacht hij wel contact op te nemen. De klachten houden dan te lang aan en er spelen gevoelens van ongerustheid op.

In tabel 10 valt af te lezen dat de huisarts het met betrekking tot de situatie in vignet 1 medisch-objectief gezien niet nodig acht contact op te nemen met een huisarts. Wanneer dit oordeel vergeleken wordt met de aangegeven handelingen van de participanten met een lage sociaaleconomische status, blijkt dat zij in deze situatie grotendeels anders zullen handelen in deze situatie. Waar de huisarts het medisch-objectief gezien niet nodig acht contact op te nemen, lijken vier van de vijf participanten te oordelen dat het wel nodig is om langs te gaan. De vijfde participant oordeelt dat het niet nodig is om contact op te nemen, wat medisch-objectief gezien een goede keuze is.

De tweede hypothetische situatie betreft een moeder die haar kind van 4 jaar oud wakker maakt. Ze constateert dat het kind warm aanvoelt en een temperatuur van 39 graden heeft. Het kind jammert en huult. Deze hypothetische situatie is ook te vinden in bijlage 7.1. In tabel 10 wordt weergegeven dat participanten met een lage sociaaleconomische status 2 keer aangeven dat zij in deze situatie een bezoek zullen brengen aan de huisarts. Dit wordt door twee participanten benoemd. De ene participant zal in dit geval zelf met het kind naar de huisarts gaan, de andere participant zal de huisarts bellen met de vraag of deze langs het huis wil komen om het zieke kind te onderzoeken. Hier spelen gevoelens van ongerustheid en onbekendheid met de situatie een rol. Verder geeft één participant bij deze situatie aan dat zij telefonisch contact op zal nemen met de huisartsenpraktijk. In dit geval verwacht zij dat de huisarts haar zal aanraden om even langs te komen met het kind.

Uit tabel 10 komt naar voren dat er tijdens de interviews 2 keer aangegeven wordt

helemaal geen contact op te nemen met de huisartsenpraktijk. De twee participanten die dit noemen, sluiten echter niet uit op een later moment wel contact op te nemen met de huisarts. Voordat er contact opgenomen wordt, zou de ene participant het eerst nog een aantal uren aankijken met het zieke kind, de andere participant een aantal dagen.

“Ik denk eerst even goed de temperatuur in de gaten houden, eerste twee drie uurtjes, en wil het dan nog niet, dan toch naar de dokter om te kijken van wat is er echt loos.”

(Participant 9)

Het oordeel van de huisarts met betrekking tot de tweede hypothetische situatie wordt tevens weergegeven in tabel 10. Hieruit valt af te lezen dat de huisarts het medisch-objectief gezien nodig acht om te bellen met de huisartsenpraktijk. Het feit dat de moeder oordeelt dat het kind er slecht uit ziet, maakt dat de huisarts het nodig acht dat de klachten verder uitgevraagd worden door de doktersassistente. Wanneer dit oordeel vergeleken wordt met de handelingen van de participanten, blijkt dat zij verschillend reageren op deze situatie. Eén participant zou, gezien het huisartsenoordeel, medisch-objectief gezien juist handelen. Twee participanten zouden een bezoek brengen aan de huisarts, terwijl dit medisch-objectief gezien niet nodig is. Ook zouden twee participanten helemaal geen contact opnemen met de huisartsenpraktijk, terwijl het medisch-objectief gezien wel aangeraden wordt om even te bellen.

4.5.2 Handelingen van participanten met een hoge sociaaleconomische status

In tabel 11 wordt weergegeven wat participanten met een hoge sociaaleconomische status zouden doen of hebben gedaan in de hypothetische situaties en tijdens eigen ervaringen. Hierbij is, net als in tabel 10, aangegeven hoe vaak een bepaalde handeling tijdens de interviews naar voren is gekomen. Ook wordt weergegeven wat het oordeel van de huisarts zou zijn in deze situaties.

Tabel 11.

Handelingen van participanten met een hoge sociaaleconomische status met betrekking tot gezondheidsproblemen

	<i>Wel de huisarts bezoeken</i>	<i>Huisarts bellen</i>	<i>Niet bellen, niet bezoeken</i>
Eigen ervaringen	3	2	6
Situatie 1: koorts en keelpijn	0	0	5
Oordeel huisarts	×	×	✓
Situatie 2: ziek kind	0	3	4
Oordeel huisarts	×	✓	×

Opmerking: de twee situaties zijn aan een huisarts voorgelegd, deze is vervolgens gevraagd wat medisch-objectief gezien de juiste handeling is.

Wanneer tabel 11 vergeleken wordt met tabel 10, valt allereerst op dat participanten met een hoge sociaaleconomische status in veel minder gevallen dan participanten met een lage sociaaleconomische status bij eigen ervaringen hebben besloten om een bezoek te brengen aan de huisarts. Waar participanten met een lage sociaaleconomische status in bijna alle gevallen naar de huisarts zijn gegaan, zijn participanten met een hoge sociaaleconomische status in meer gevallen niet dan wel naar de huisarts gegaan. In totaal werd er, met betrekking tot eigen ervaringen, 6 keer door drie participanten gesproken over het niet bezoeken van of contact opnemen met de huisarts en 3 keer door twee participanten over het wel bezoeken van de huisarts.

Wanneer er gesproken wordt over het niet bezoeken van of contact opnemen met de huisarts, geeft een van de participanten aan dat hij sowieso zelden naar de huisarts gaat. De andere participant zegt dat zij, wanneer ze ziek is en bijvoorbeeld griep en keelpijn heeft, uitzielt op bed. De derde participant stelt dat hij het bij een verkoudheid of griepje niet nodig vindt om contact op te nemen met de huisarts. Zo'n situatie heeft hij vaker meegemaakt, hij weet wat het is en dat het vanzelf weer over gaat. Mocht dit langer aanhouden, neemt hij contact op met de huisarts.

Van de twee participanten die aangeven wel een bezoek te hebben gebracht aan de huisarts, vertelt één participant over een situatie met een zieke baby en een keer dat hij last had van zijn golf-arm. In deze gevallen achtte hij het nodig om de huisarts te bezoeken. De andere participant stelt dat hij de laatste tijd frequenter een bezoek brengt aan de huisarts en dat dit waarschijnlijk te maken heeft met zijn leeftijd van 71 jaar. Toen hij jonger was, ging hij zelden naar de huisarts. Ook heeft hij nu een nieuwe hartklep en longproblemen, wat maakt dat hij vaker naar de huisarts gaat.

“De laatste paar jaar komen wij wel geregeld bij de huisarts, maar dat heeft natuurlijk ook te maken met je leeftijd. Als je wat ouder wordt.. het risico dat je dan wat krijgt, wordt steeds groter.”

(Participant 1)

Verder komt uit tabel 11 naar voren dat het bellen met de huisarts twee keer ter sprake is gekomen wat betreft de eigen ervaringen met gezondheidsproblemen. Twee participanten vertellen over deze handeling. Bij beide betrof het een situatie waarin een kind ziek was. De ene participant vertelt over een situatie waarbij een kind het zeer benauwd kreeg. Zij vroeg de huisarts telefonisch om advies. De andere participant belde de huisarts omdat hij de situatie van zijn zieke kind niet vertrouwde. Er werd gezegd dat er niks ernstigs aan de hand was, maar hij vertrouwde het niet en is uiteindelijk toch nog heengegaan. Achteraf bleek dat er sprake was van een serieuze infectie. De kinderarts heeft hem toen verteld dat er wel degelijk actie

ondernomen moet worden wanneer zo'n klein kind koorts heeft. Dit heeft er tevens voor gezorgd dat deze participant vergelijkbare situaties het advies van de kinderarts opvolgt.

“Eigenlijk was dat toen ze nog kleiner waren. Toen hebben we eens een keer een heel ziek kereltje gehad. Contact opgenomen met de huisarts en eigenlijk werd er een beetje zo op gereageerd van oh euh, jonge moeder, er zal wel niks aan de hand zijn. Gaat wel weer over. En euh, uiteindelijk vertrouwden we het toch niet dus hebben we toch aangedrongen en zijn we daar naartoe gegaan.”

(Participant 5)

Wat betreft de eerste hypothetische situatie over koorts en keelpijn, blijkt uit de tabel dat geen van de participanten een bezoek zou brengen aan de huisarts, terwijl bijna alle participanten met een lage sociaaleconomische status dat in deze situatie wel zouden doen. Ook het bellen van de huisarts lijkt voor deze participanten niet aan de orde. Allen zouden zij in deze hypothetische situatie helemaal geen contact opnemen met de huisartsenpraktijk. De participanten laten tijdens de interviews merken dat zij dit in deze situatie vanzelfsprekend vinden, het is niet een situatie waarover zij twijfelen. Zij geven aan rust te pakken en eventueel pijnstilling in te nemen.

“Euh, niks. Gewoon een paracetamol nemen of zo. Dus een pijnstiller of dat soort. En geen rare dingen doen. Als ik pijn in de keel heb dan ga ik niet met ontbloot bovenlijf buiten lopen of in een overhemd buiten lopen. Dan ga je daarvoor wat reserve in acht nemen, maar voor de rest ga je geen initiatief nemen.”

(Participant 1)

De handelingen van deze participanten met betrekking tot de eerste hypothetische situatie komen geheel overeen met het gegeven oordeel van de huisarts. Deze acht het, zoals in tabel 11 is af te lezen, niet nodig om in deze situatie contact op te nemen met de huisarts. In dat opzicht handelen alle vijf de participanten medisch-objectief gezien juist.

Bij de tweede hypothetische situatie geven participanten met een hoge sociaaleconomische status eveneens aan dat zij geen bezoek zouden brengen aan de huisartsenpraktijk. Wel zouden drie van de vijf participanten, zo blijkt uit tabel 11, telefonisch contact opnemen. Eén van deze participanten stelt dat zij direct de huisarts op zal bellen. De andere twee participanten lijken hier terughoudender in te zijn, maar verwachten uiteindelijk wel contact op te nemen met de huisarts.

“Ik maak me verder niet heel veel zorgen, kinderen zijn heel vaak een dag heel ziek en nou ja, toen was het binnen een dag over. Maar als dat natuurlijk langer aanhoudt, dan zou ik de huisarts wel even bellen, vragen of dit raar is. Ik zou niet gelijk heengaan, maar ik zou wel even willen bellen.”

(Participant 10)

De twee participanten die helemaal geen contact met de huisartsenpraktijk zouden opnemen in deze situatie, benoemen dit in totaal 4 keer tijdens de interviews. De ene participant spreekt hierover op een overtuigende, zelfverzekerde manier. Zij stelt dat zij weet dat het in dit geval niet nodig is om contact op te nemen met de huisarts. Het kind moet uitzielen en knapt vanzelf weer op. De andere participant noemt dat het wel meespeelt of de koorts aanhoudt en of het kind minder tot niet gaat drinken. In dat geval zou zij wel bellen met de huisarts.

“Loopt die koorts omhoog, ja, dan zou je de huisarts kunnen bellen, van wat moet ik doen. Maar euh ja, en eenenveertig is natuurlijk hoog, als ‘ie dat ’s avonds nog heeft, dan kun je altijd nog kijken. Veel laten drinken. En afhankelijk van hoe hij reageert.. kijk, als hij slap wordt en zijn ogen gaan draaien, dan is er iets niet oke (...) In dat geval zou ik de huisarts bellen, van hoe of wat.

(Participant 8)

Wanneer er wederom gekeken wordt naar het huisartsenoordeel met betrekking tot deze situatie in tabel 11, valt af te lezen dat de huisarts het nodig acht telefonisch contact op te nemen en de situatie verder te bespreken met de doktersassistente. Dit betekent dat drie participanten medisch-objectief juist handelen, gezien het huisartsenoordeel. Zij nemen telefonisch contact op met de huisartsenpraktijk. De twee andere participanten geven aan geen contact op te nemen, terwijl dit volgens het huisartsenoordeel wel verstandig is. Toch geeft een van deze twee participanten aan dat zij wel zou bellen met de huisarts als de situatie aanhoudt of verslechtert.

5. Conclusie en discussie

In hoofdstuk 5 worden de conclusies, discussiepunten en aanbevelingen behandeld. In paragraaf 5.1 wordt ingegaan op de verschillende conclusies die getrokken kunnen worden naar aanleiding van het onderzoek. In paragraaf 5.2 komen verschillende discussiepunten aan bod en in paragraaf 5.3 worden een aantal aanbevelingen gedaan.

5.1 Conclusie

Met het huidige onderzoek is getracht een bijdrage te leveren aan de inzichten en kennis op het gebied van sociaaleconomische gezondheidsverschillen in het Veenkoloniaal gebied van Groningen en Drenthe. Hiertoe is een kwalitatieve onderzoeksmethode gebruikt, waarbij diepte-interviews zijn gehouden met 10 participanten die in dit gebied wonen. De helft van deze participanten heeft een hoge sociaaleconomische status, de andere helft een lage. De volgende onderzoeksvraag was de rode draad gedurende het onderzoek:

Wat maakt dat mensen in de Veenkoloniën wel of niet naar de huisarts gaan en welke verschillen zijn hierbij te vinden tussen mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status?

De conclusies die getrokken kunnen worden met betrekking tot deze onderzoeksvraag komen voort uit de resultaten van hoofdstuk 4. Het resultatenhoofdstuk bestaat uit de volgende deelonderwerpen: (1) Wat maakt dat mensen wel naar de huisarts gaan, (2) wat maakt dat mensen niet naar de huisarts gaan, (3) welke verwachtingen hebben zij bij het bezoeken van de huisarts en (4) welke handelingen voeren zij uit met betrekking tot de aan- of afwezigheid van gezondheidsprobleem. De eerste twee deelonderwerpen zijn deductief vanuit de literatuur opgesteld, de andere twee zijn inductief uit de analyse naar voren gekomen. Per deelonderwerp is steeds de vergelijking gemaakt tussen participanten met een hoge en lage sociaaleconomische status.

In paragraaf 5.1.1 worden de conclusies van de deelonderwerpen beschreven. Hierbij hebben de conclusies van de eerste drie deelonderwerpen betrekking op zowel de eigen ervaringen als de vignetten. Bij het laatste deelonderwerp over handelingen worden conclusies over eigen ervaringen en de vignetten los van elkaar besproken. In paragraaf 5.1.2 wordt vervolgens teruggeblikt op het samengestelde model op basis van de literatuur. Tezamen wordt op deze manier getracht de onderzoeksvraag te beantwoorden.

5.1.1 Conclusies met betrekking tot de deelonderwerpen

Op basis van de resultaten van de diepte-interviews kan geconcludeerd worden dat de participanten met een hoge en lage sociaaleconomische status op bepaalde punten verschillen en in bepaalde punten overeenkomen in wat maakt dat zij een bezoek brengen aan de huisarts. Voor de participanten met een lage sociaaleconomische status is de voornaamste reden de aanwezigheid van pijn of ongemak. Ook ongerustheid, het aanhouden van een probleem en onbekendheid met de situatie lijken een rol te spelen. Het hebben van een externe controle-oriëntatie, bepaalde gezondheidsovertuigingen en een gebrek aan gezondheidsvaardigheden blijken tevens een rol te spelen bij de beslissing, net als invloed van de sociale omgeving via het verlenen van sociale steun. Voor participanten met een hoge sociaaleconomische status spelen met name het aanhouden van een probleem en een verslechtering van de situatie een rol bij de beslissing om de huisarts te bezoeken. Verder blijkt dat de aanwezigheid van pijn en ongemak van enige invloed is, net als het opmerken van een afwijkende situatie. Het hebben van bepaalde gezondheidsvaardigheden en de invloed van de sociale omgeving zijn van enige invloed. Uit de resultaten van de interviews kan geconcludeerd worden dat de twee participantengroepen overeenkomen in dat pijn of ongemak en het aanhouden van een probleem een rol spelen bij de beslissing om naar de huisarts te gaan. De twee participantengroepen verschillen van elkaar in ongerustheid en onbekendheid met een probleem, wat voor participanten met een lage sociaaleconomische status van invloed is en voor participanten met een hoge sociaaleconomische status minder. Voor deze laatste groep zijn juist een verslechtering van de situatie en het opmerken van een afwijkende situatie van invloed op de beslissing naar de huisarts te gaan. Ook lijkt de invloed van de sociale omgeving bij participanten met een hoge sociaaleconomische status kleiner te zijn dan bij participanten met een lage sociaaleconomische status.

De beslissing om niet naar de huisarts te gaan, lijkt bij participanten met een lage sociaaleconomische status in veel gevallen beïnvloed te worden doordat zij zich geen zorgen maken. Ook speelt het ontbreken van vertrouwen in de huisarts en het niet lang genoeg aanhouden van een bepaalde klacht of situatie een rol en is het bekend zijn van de oorzaak en de perceptie dat het probleem vanzelf weer over gaat van enige invloed. De invloed van de sociale omgeving lijkt klein te zijn. Over participanten met een hoge sociaaleconomische status kan geconcludeerd worden dat de perceptie dat het probleem vanzelf weer over gaat een belangrijke reden is voor de beslissing de huisarts niet te bezoeken. Ook speelt eerdere ervaring of bekendheid met het probleem een rol en is het niet lang genoeg aanhouden van een probleem en de afwezigheid van zorgen van invloed. Het hebben van een interne controle-oriëntatie lijkt bij deze participanten tevens van invloed te zijn op de beslissing, net als het hebben van relatief veel gezondheidsvaardigheden en bepaalde gezondheidsovertuigingen. De sociale omgeving lijkt in deze beslissing geen rol te spelen. Samenvattend kan er op basis van de resultaten

geconcludeerd worden dat de twee participantengroepen overeenkomen in dat het niet lang genoeg aanhouden van een probleem, geen zorgen maken en de perceptie dat het probleem vanzelf overgaat van invloed zijn op de beslissing om de huisarts niet te bezoeken. De groepen verschillen in de zin dat de perceptie dat het probleem vanzelf overgaat een belangrijke rol speelt bij participanten met een hoge sociaaleconomische status, terwijl dit een kleine rol speelt bij de participanten met een lage sociaaleconomische status. Verder speelt het ontbreken van vertrouwen een rol bij de participantengroep met een lage sociaaleconomische status, terwijl dit bij de groep met een hoge sociaaleconomische status niet naar voren is gekomen. Bij beide groepen lijkt er nauwelijks tot geen invloed te zijn van de sociale omgeving op de beslissing om de huisarts niet te bezoeken.

Wat betreft de verwachtingen met betrekking tot het bezoeken van de huisarts kan het volgende geconcludeerd worden. Het huidige onderzoek lijkt erop te wijzen dat het krijgen van medicijnen een voornamelijk verwachting is bij de participantengroep met een lage sociaaleconomische status. Ook komen bij deze groep de volgende verwachtingen naar voren: doorgestuurd worden, een oplossing krijgen voor het probleem en dat de huisarts de participant kent, begrijpt en tevens luistert. Zij geven aan dat de huisarts aan deze verwachtingen voldoet, alleen heeft een van de participanten hier slechtere ervaringen mee. Voor de participanten met een hoge sociaaleconomische status lijkt het vooral belangrijk te zijn dat de huisarts de participant kent en serieus neemt. Er wordt belang gehecht aan het krijgen van of zoeken naar een oplossing voor het probleem en wordt er verwacht dat de huisarts naar de participant luistert. Ook wordt de verwachting uitgesproken dat de participant en de huisarts zich aan elkaar voorstellen wanneer dit nog niet eerder gebeurd is en dat de participant na een week koorts hulp krijgt. Tevens komt de verwachting naar voren dat de huisarts het gesprek aangaat met het kind zelf, wanneer deze de reden van het bezoek is. De participanten geven aan dat de huisarts aan al deze verwachtingen voldoet. Samenvattend kan er geconcludeerd worden dat de twee participantengroepen overeenkomen in dat er verwacht wordt dat de huisarts de participant kent. De participantengroepen verschillen in dat er bij de groep met een lage sociaaleconomische status met name verwacht wordt medicijnen te krijgen, terwijl er bij de groep met een hoge sociaaleconomische status met name verwacht wordt dat de huisarts de participant serieus neemt en hem of haar kent. Ook lijken de participanten met een lage sociaaleconomische status verwachtingen te hebben om doorgestuurd te worden, terwijl hier bij de andere groep geen sprake van lijkt te zijn. Tot slot is een belangrijk verschil in het zoeken naar en krijgen van een oplossing dat de participanten met een lage sociaaleconomische status verwachten een oplossing te krijgen van de huisarts, terwijl de participanten met een hoge sociaaleconomische status verwachten dat er naar een oplossing gezocht wordt. Van het daadwerkelijk krijgen van een oplossing als verwachting lijkt hier minder sprake te zijn.

Over de handelingen met betrekking tot de aan- of afwezigheid van een

gezondheidsprobleem kan op basis van de resultaten geconcludeerd worden dat participanten met een lage sociaaleconomische status in bijna alle gevallen een bezoek hebben gebracht aan de huisarts wat betreft eigen ervaringen. In minder gevallen werd er enkel gebeld of geen bezoek gebracht. Met betrekking tot de hypothetische situatie in vignet 1, waarbij er sprake was van koorts en keelpijn, hebben de meeste participanten met een lage sociaaleconomische status wederom gekozen om naar de huisarts te gaan. Afgaand op het oordeel van een huisarts⁵ is dit in deze situatie medisch-objectief gezien niet nodig. Met betrekking tot de tweede hypothetische situatie in vignet 2, waarbij er sprake is van een ziek kind, oordeelt de huisarts dat het verstandig is om te bellen met de huisartsenpraktijk, zodat de doktersassistente de klachten verder uit kan vragen. Er kan geconcludeerd worden dat, afgaand op het oordeel van de huisarts, sommige participanten een bezoek brengen terwijl dit niet direct nodig is, dat sommige participanten helemaal geen contact opnemen terwijl telefonisch contact wel aan te raden valt en dat één participant medisch-objectief gezien juist handelt door te bellen. Participanten met een hoge sociaaleconomische status lijken wat betreft eigen ervaringen de huisarts minder vaak te bezoeken. Bij de situatie in vignet 1 geven zij allemaal aan de huisarts niet te bezoeken, noch te bellen. Afgaand op het oordeel van de huisarts is dit medisch-objectief gezien een juiste handeling. Bij de situatie in vignet 2 lijkt een deel van de participanten met een hoge sociaaleconomische status wel medisch-objectief gezien juist te handelen door telefonisch contact op te nemen met de huisarts. Het andere deel van de participanten geeft aan helemaal geen contact op te nemen, wat de huisarts in die situatie wel nodig zou achten. Samenvattend kan met betrekking tot deze handelingen geconcludeerd worden dat de participantengroep met een hoge sociaaleconomische status in beide hypothetische situaties vaker medisch-objectief gezien juist lijkt te handelen dan de participantengroep met een lage sociaaleconomische status. Ook lijken zij op basis van zowel de eigen ervaringen als de hypothetische situaties minder snel naar de huisarts te stappen. Over de handelingen met betrekking tot eigen ervaringen worden in dit opzicht geen uitspraken gedaan, aangezien deze hiervoor te heterogeen van aard zijn.

5.1.2 Terugblik op het samengestelde model

In het tweede hoofdstuk van het huidige onderzoek is een model samengesteld, waarin verschillende factoren zijn weergegeven die volgens bestaande literatuur van invloed zijn op de beslissing de huisarts al dan niet te bezoeken. Ook de invloed van de sociaaleconomische status is hierin meegenomen. Op basis van de resultaten en conclusies kan nagegaan worden in hoeverre dit model passend was voor het huidige onderzoek. Er zal allereerst ingegaan worden op de vraag in hoeverre de factoren in het model en de invloed van de sociaaleconomische status naar voren zijn gekomen uit de resultaten, tot slot wordt er gekeken in hoeverre er

⁵ Dit betreft de huisarts aan wie tevens voorafgaand aan de interviews de twee hypothetische voorbeeldsituaties zijn voorgelegd.

factoren toegevoegd kunnen worden.

De eerste factor in het model zijn de gezondheidsovertuigingen. Deze worden in het theoretisch kader behandeld aan de hand van het Health Belief Model van Rosenstock (1966). Dit model stelt dat mensen met een hoge sociaaleconomische status door het hebben van meer kennis verklaringsmodellen hebben die meer overeenkomen met die van de huisarts dan dat het geval is bij mensen met een lage sociaaleconomische status, wat vervolgens maakt dat mensen met een lage sociaaleconomische status in hun gezondheidsovertuigingen meer verschillen van mensen met een hoge sociaaleconomische status en de huisarts zelf (Boulton et al., 1986). De invloed van de gezondheidsovertuigingen op het al dan niet bezoeken van de huisarts lijkt naar voren te komen uit de resultaten van het huidige onderzoek. Zo lijken bijvoorbeeld de perceptie van de ernst van een probleem en verwachtingen met betrekking tot wat een bezoek aan de huisarts oplevert van invloed te zijn op de keuze van de participanten. Verder blijkt dat participanten met een hoge sociaaleconomische status vaker dan participanten met een lage sociaaleconomische status hetzelfde oordeel of dezelfde overtuiging lijken te hebben als de huisarts.

De tweede factor in het model zijn de gezondheidsvaardigheden. Uit de resultaten lijkt naar voren te komen dat deze van invloed zijn op de keuze om wel of niet naar de huisarts te gaan. Zo geldt voor een participant met een lage sociaaleconomische status dat het ontbreken van de vaardigheid gezondheidsinformatie goed te begrijpen en te weten hoe dit toegepast dient te worden, maakt dat zij naar de huisarts gaat voor hulp. In de theorie komt dit terug als het ontbreken van de critical literacy. Tevens wordt in het theoretisch kader gesteld dat mensen met een lage sociaaleconomische status over beperktere gezondheidsvaardigheden beschikken dan mensen met een hoge sociaaleconomische status (Berkman et al., 2011; Schillinger et al., 2002; Nutbeam, 2008). Dit lijkt ook naar voren te komen uit de resultaten. Zo lijkt bij participanten met een hoge sociaaleconomische status de aanwezigheid van de critical literacy invloed te hebben op de beslissing dat de huisarts niet wordt bezocht. Zij hebben een kritische inschatting gemaakt en achtten een bezoek niet nodig.

In het model wordt ook aandacht besteed aan de invloed van de controle-oriëntatie op het al dan niet bezoeken van de huisarts. Uit onderzoek blijkt dat het hebben van een meer externe controle-oriëntatie maakt dat de huisarts sneller bezocht wordt en dat zo'n externe controle-oriëntatie meer voorkomt bij mensen met een lage sociaaleconomische status (Goldsteen, Counte & Goldsteen, 1994; Wardle & Steptoe, 2003). Dit lijkt uit de resultaten van het huidige onderzoek ook naar voren te komen. Zo lijken de participanten met een lage sociaaleconomische status vaker een externe controle-oriëntatie te hebben dan de participanten met een hoge sociaaleconomische status en lijkt deze externe controle-oriëntatie van invloed te zijn op de beslissing de huisarts wel te bezoeken. Ook komt naar voren dat de meer interne controle-oriëntatie bij participanten met een hoge sociaaleconomische status invloed heeft op de

beslissing de huisarts niet te bezoeken.

In het theoretisch kader komen vijf domeinen van vertrouwen aan bod (Hall et al., 2001) en wordt gesteld dat een hogere mate van vertrouwen kan zorgen voor sneller (Gopichandran & Chetlapalli, 2013) of juist minder snel bezoek aan de huisarts (Lee et al., 2007) en dat mensen met een lage sociaaleconomische status minder vertrouwen hebben in de huisarts dan mensen met een hoge sociaaleconomische status (Richardson et al., 2012; Huang, Van den Brink & Groot, 2011). Uit de resultaten lijkt de invloed van vertrouwen en de relatie met sociaaleconomische status enigszins naar voren te komen. Zo lijkt de aanwezigheid van vertrouwen in de huisarts bij met name een aantal participanten met een hoge sociaaleconomische status mede te maken dat zij de huisarts bezoeken. Bij een participant met een lage sociaaleconomische status lijkt de afwezigheid van vertrouwen in de huisarts en in huisartsen in het algemeen te maken dat hij hier niet meer naar toe wil gaan. Dit lijkt bij de participanten met een hoge sociaaleconomische status niet het geval te zijn. Het betreft bij deze participant het ontbreken van de in het theoretisch kader behandelde vertrouwensdomeinen trouw, bekwaamheid en algemeen vertrouwen. Concluderend kan er gesteld worden dat vertrouwen op basis van het huidige onderzoek wel een rol lijkt te spelen, maar mogelijk is deze factor onvoldoende aan bod gekomen tijdens het afnemen van de interviews. Hierdoor is het lastig een conclusie te trekken over de manier waarop deze factor in het model past.

Een laatste factor in het model betreft de invloed van de sociale omgeving op het al dan niet bezoeken van de huisarts. Het theoretisch kader omvat literatuur waarin naar voren komt dat deze sociale omgeving invloed heeft via sociale steun en sociale invloed en normen. Volgens de literatuur leidt veel sociale steun tot het minder snel bezoeken van de huisarts (Kouzis & Eaton, 1998) en ontvangen mensen met een lage sociaaleconomische status minder sociale steun dan mensen met een hoge sociaaleconomische status (Lakerveld et al., 2014). De resultaten lijken erop te wijzen dat zowel participanten met een hoge als lage sociaaleconomische status sociale steun ontvangen. Hierin lijken zij, op basis van het huidige onderzoek, niet te verschillen. Het ontvangen van deze steun lijkt eerder te maken dat de participanten sneller naar de huisarts gaan dan wanneer zij deze steun niet zouden ontvangen. In de discussieparagraaf zal ingegaan worden op een mogelijke verklaring voor deze bevinding, aangezien dit de literatuur tegenspreekt. Verder lijkt de invloed van de sociale steun groter voor de participanten met een lage sociaaleconomische status. Zij lijken adviezen om de huisarts te bezoeken vaker op te volgen dan de participanten met een hoge sociaaleconomische status. Verder wordt er in het theoretisch kader met betrekking tot sociale invloed en normen gesteld dat deze het bezoeken van de huisarts kunnen verhinderen of faciliteren, afhankelijk van de norm in het sociale netwerk (Barksdale & Mollock, 2009) en dat er in netwerken van mensen met een lage sociaaleconomische status door slechtere gezondheidstoestanden en een gebrek aan kennis vaker normen heersen die maken dat er sneller een bezoek gebracht wordt aan de

huisarts (Neal et al., 1996; Boulton et al., 1986). Uit de resultaten lijkt naar voren te komen dat een norm inderdaad invloed kan hebben op het al dan niet bezoeken van de huisarts. Zo heeft een participant met een lage sociaaleconomische status van huis uit meegekregen dat hij niet zomaar naar de huisarts moet gaan en niet moet piepen. Dit maakt dat hij niet snel naar de huisarts stapt. Verder heeft een andere participant met een lage sociaaleconomische status in zijn familie gezien dat bepaalde ziektes voorkomen, dit maakt dat hij naar de huisarts wil gaan om zich hierop te laten testen. Tot slot spreekt een participant met een hoge sociaaleconomische status over een specifieke vorm van sociale invloed die behandeld is in het theoretisch kader, namelijk sociale controle.

De behandelde factoren in het model lijken alle vijf, in verschillende mate, naar voren te komen uit de resultaten van het huidige onderzoek. Naast deze vijf factoren, komt uit de resultaten nog een aantal andere factoren naar voren dat van invloed lijkt te zijn op het al dan niet bezoeken van de huisarts. De aanwezigheid van pijn of ongemak, ongerustheid, aanhouden van een probleem, onbekendheid, een afwijkende situatie en een verslechtering van de situatie lijken van invloed te zijn op het brengen van een bezoek aan de huisarts. Het niet brengen van een bezoek aan de huisarts lijkt beïnvloed te worden door de afwezigheid van zorgen, het niet lang genoeg aanhouden van een probleem, een bekende oorzaak, de perceptie dat het probleem vanzelf overgaat en eerdere ervaring of bekendheid met het probleem.

5.2 Discussie

In de discussieparagraaf wordt in paragraaf 5.2.1 allereerst getracht een overkoepelende conclusie te geven met betrekking tot de resultaten en conclusies, waarbij ook ingegaan wordt op mogelijke verklaringen. In paragraaf 5.2.2 wordt vervolgens ingegaan op beperkingen en sterke punten van het huidige onderzoek.

5.2.1 Interpretatie van de resultaten: een overkoepelende conclusie

Wanneer er op basis van de resultaten en bovenstaande conclusies gekeken wordt naar wat maakt dat de participantengroepen wel en niet naar de huisarts gaan, lijken de participanten met een hoge sociaaleconomische status een meer afwachtende houding aan te nemen. Zij bezoeken de huisarts pas wanneer het probleem niet vanzelf overgaat of wanneer de situatie verergert. Met name de perceptie dat het probleem vanzelf weer overgaat en de duur van het probleem lijken te maken dat de huisarts niet wordt bezocht. De participanten met een hoge sociaaleconomische status komen hierin zelfverzekerd over, zij geven de indruk te weten en erop te vertrouwen dat het probleem vanzelf weer overgaat. Tevens lijken zij zich minder aan te trekken van advies van de sociale omgeving. In tegenstelling tot de participanten met een hoge sociaaleconomische status, lijken de participanten met een lage sociaaleconomische status een minder afwachtende houding aan te nemen. De aanwezigheid van pijn of ongemak is voor deze

participatengroep een voorname reden om een bezoek te brengen aan de huisarts, terwijl dit op basis van de resultaten voor de andere participatengroep minder van belang lijkt te zijn. Ook komt uit de resultaten naar voren dat ongerustheid en onbekendheid bij deze participatengroep een belangrijke rol spelen in de beslissing de huisarts te bezoeken en dat deze participanten zich meer aantrekken van het advies van de sociale omgeving. Waar de participanten met een hoge sociaaleconomische status een meer zelfverzekerde houding met vertrouwen in hun eigen oordeel lijken aan te nemen, lijkt er bij de participanten met een lage sociaaleconomische status meer sprake te zijn van onzekerheid. In de kern lijken twee factoren een belangrijke verklarende rol te spelen, die hieronder kort worden toegelicht.

Ten eerste kan het verschil in houding mogelijk verklaard worden door de gevolgen van de verschillende opleidingsniveaus. Deze verklaring is ook kort aan bod gekomen in het resultatenhoofdstuk. Mensen met een lage sociaaleconomische status hebben een lager opleidingsniveau dan mensen met een hoge sociaaleconomische status (Schillinger et al., 2002; Berkman et al., 2011). Een gevolg hiervan is dat zij in mindere mate educatie hebben gehad over gezondheid en minder kennis hebben over ziektes en aandoeningen. Deze geringere mate van kennis maakt het aannemelijk dat zij sneller gevoelens hebben van ongerustheid, onzekerheid en onbekendheid met betrekking tot gezondheidsproblemen. Het is voor hen lastiger om in te schatten wat er aan de hand is en om in bepaalde gevallen uit te sluiten dat er sprake is van een situatie waarin ongerust zijn medisch-objectief gezien niet nodig is. In tegenstelling tot mensen met een lage sociaaleconomische status is het bij mensen met een hoge sociaaleconomische status aannemelijker dat zij door hun hogere opleiding meer kennis bezitten over aandoeningen en ziektes en daarmee dichterbij de kennis van de huisarts. De term *proto-professionalisering* is hierbij passend. De Swaan gebruikt deze term om een cognitieve professionalisering aan te duiden in kringen van leken waarbij mensen de terminologie van medici overnemen, deze zich toe-eigenen en naar de huisarts stappen met een eigen idee van wat er aan de hand kan zijn (Brinkgreve, Onland & De Swaan, 1979; Van Ostaijen, Voorberg & Putters, 2012). Hierbij gaat het echter niet alleen om het overnemen van de terminologie, maar vooral ook om het toe-eigenen van de kennis en houding die daarachter zit. Doordat mensen met een hoge sociaaleconomische status wat betreft kennis dichterbij de buurt komen bij dat van de huisarts, kunnen zij relatief beter inschatten wanneer het medisch-objectief gezien niet direct nodig is om een bezoek te brengen aan de huisarts. Ook is het aannemelijk dat zij meer zelfverzekerder zijn van hun oordeel, aangezien meer kennis en inzicht de onzekerheid terug kan brengen. Dit tezamen kan maken dat zij een meer afwachtende, maar zelfverzekerde houding aannemen dan mensen met een lage sociaaleconomische status.

Een tweede mogelijke verklaring voor het verschil in houding kan gegeven worden aan de hand van de controle-oriëntatie. Zoals in het theoretisch kader naar voren kwam, hebben mensen met een lage sociaaleconomische status vaker een externe controle-oriëntatie (Wardle &

Steptoe, 2003). Dit lijkt tevens uit de resultaten van het huidige onderzoek naar voren te komen. Deze externe controle-oriëntatie bij mensen met een lage sociaaleconomische status maakt dat externe determinanten meer verantwoordelijk worden gehouden voor het ontstaan en oplossen van bepaalde situaties. Er wordt minder gekeken naar de eigen rol hierin. Dit maakt het aannemelijk dat participanten met een lage sociaaleconomische status minder een afwachtende houding hebben: bij een gezondheidsprobleem wordt er eerder naar de huisarts gestapt met de verwachting dat de huisarts het probleem oplost. Dit in tegenstelling tot de participanten met een hoge sociaaleconomische status, waarbij sprake is van een meer interne controle-oriëntatie: zij kijken meer naar de eigen rol in het ontstaan en oplossen van een bepaald probleem. Hierdoor is het aannemelijk dat er sprake is van een meer afwachtende houding wat betreft het bezoeken van de huisarts. Er wordt meer stilgestaan bij de vraag ‘hoe komt het dat ik dit heb?’ en ‘wat kan ik hier zelf aan doen?’ voordat er een beslissing wordt gemaakt omtrent het bezoeken van de huisarts. Tevens is het aannemelijk dat dit kan zorgen voor meer zelfverzekerdheid en vertrouwen in eigen oordeel. Wanneer een individu tracht antwoord te geven op deze vragen, kan er al veel duidelijk worden over een bepaalde situatie en heeft het individu een beter beeld van wat er kan spelen.

Een centrale bevinding van het huidige onderzoek is dat met name verschillen in kennis, gezondheidsvaardigheden en controle-oriëntatie maken dat participanten met een hoge sociaaleconomische status meer op eenzelfde manier denken als huisartsen dan participanten met een lage sociaaleconomische status, waardoor zij op allerlei vlakken beter voor zichzelf zorgen. Uit deze bevinding valt een belangrijke boodschap af te leiden met betrekking tot het centrale doel van het programma Kans voor de Veenkoloniën, namelijk het verkleinen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen in dit gebied: het is van belang dat inwoners met een lage sociaaleconomische status zelf leren en weten hoe ze voor zichzelf moeten zorgen. Dit heeft alles te maken met kennis en vaardigheden, wat maakt dat mensen de huisarts in zichzelf kunnen laten varen en meer kunnen denken en handelen zoals huisartsen dat zouden doen. In de paragraaf met aanbevelingen wordt verder ingegaan op deze boodschap.

Naast deze centrale bevinding valt er op basis van het huidige onderzoek iets te zeggen over een vraag die in het introductiehoofdstuk naar voren is gekomen: brengen mensen met een hoge sociaaleconomische status vaker of juist minder vaak een bezoek aan de huisarts dan mensen met een lage sociaaleconomische status? In het introductiehoofdstuk kwam naar voren dat het lastig is een eenduidig antwoord op deze vraag te geven, verschillende bronnen geven verschillende resultaten weer. Op basis van de resultaten van het huidige onderzoek lijkt de volgende conclusie getrokken te kunnen worden: mensen met een hoge sociaaleconomische status brengen minder vaak een bezoek aan de huisarts dan mensen met een lage sociaaleconomische status. Dit lijkt in verband te staan met hun meer interne controle-oriëntatie en hogere mate van kennis en inzichten.

Tot slot werd er in de conclusieparagraaf geconcludeerd dat het ontvangen van sociale steun lijkt te maken dat met name participanten met een lage sociaaleconomische status sneller naar de huisarts gaan, terwijl er in de literatuur gesteld wordt dat het ontvangen van sociale steun het bezoeken van de huisarts juist afremt (Kouzis & Eaton, 1998). Als verklaring voor het verband in de literatuur wordt in het theoretisch kader gesteld dat mensen die relatief weinig sociale steun ontvangen bij weinig mensen terecht kunnen met zorgen en problemen, wat maakt dat zij hiermee sneller naar de huisarts stappen (Tessler et al., 1976). Op deze manier zouden mensen die veel sociale steun ontvangen minder snel de huisarts bezoeken. Een mogelijke verklaring voor de tegengestelde conclusie van het huidige onderzoek kan zijn dat mensen in lage sociaaleconomische status-netwerken hun naasten juist aanraden om wel naar de huisarts te gaan, dit vanwege een relatief laag kennisniveau en onzekerheid. Een laag kennisniveau en onzekerheid hoeft geen afbreuk te doen aan bijvoorbeeld emotionele sociale steun, maar kan wel een negatieve invloed hebben op de informatiele sociale steun. Waar mensen met een hoge sociaaleconomische status door hun kennis relatief goed kunnen inschatten of ze iemand wel of niet moeten adviseren naar de huisarts te stappen, is dit voor mensen met een lage sociaaleconomische status lastiger. Door hun geringere mate van kennis is er bij hen sprake van meer onzekerheid en is het aannemelijk dat zij mensen in hun netwerk sneller aanraden om wel een bezoek te brengen aan de huisarts.

5.2.2 Beperkingen en sterke punten

Het huidige onderzoek kent een aantal beperkingen. Allereerst valt er iets aan te merken op de manier van participantenwerving. In het methodenhoofdstuk werd genoemd dat er getracht is credibility te bereiken door zoveel mogelijk op een random manier participanten te werven en gebruik te maken van *thick descriptions*. Op deze manier kan ervoor gezorgd worden dat de bevindingen van het onderzoek zoveel mogelijk overeenkomen met de werkelijkheid (Shenton, 2004). Het werven van de participanten is uiteindelijk minder random gegaan dan van tevoren was beoogd. Het bleek voor de doktersassistente een lastige opgave om voor de twee categorieën mensen met een hoge sociaaleconomische status op een random manier participanten te werven, aangezien er erg weinig patiënten met een hoge sociaaleconomische status in het patiëntensysteem zaten. Dit had tot gevolg dat er bij de tiende persoon met een bepaalde achternaamletter steeds geen geschikte kandidaat werd gevonden die in de categorie paste. Daarom is er uiteindelijk, in overleg met de doktersassistente, voor deze twee categorieën besloten om eerst na te gaan wie er allemaal een hoge sociaaleconomische status hebben en vervolgens vanaf daar verder te kijken in welke categorie iemand past. Hierdoor zijn er uiteindelijk genoeg participanten per categorie gevonden, maar mogelijk heeft dit de credibility van het onderzoek negatief beïnvloed. Dit zou betekenen dat de bevindingen minder overeenkomen met de werkelijkheid. Hier valt echter wel tegenin te brengen dat het bij

kwalitatief onderzoek minder van belang is random te werven, het is vooral ook belangrijk dat er sprake is van een grote variatie in de participanten. Hier is in het huidige onderzoek wel aan voldaan.

Daarnaast is het uiteindelijke aantal gerealiseerde interviews met participanten uitgekomen op tien, wat minder is dan het oorspronkelijk beoogde aantal 12 tot 16. Er zijn voor de categorieën hoge sociaaleconomische status geen huisartsbezoek en lage sociaaleconomische status wel huisartsbezoek drie participanten geïnterviewd, voor de categorieën hoge sociaaleconomische status wel huisartsbezoek en lage sociaaleconomische status geen huisartsbezoek waren dit er twee. Het beoogde aantal participanten per categorie was drie of vier. Dit betekent dat er voor de laatste twee categorieën een participant minder is geïnterviewd dan beoogd werd. Mogelijk heeft dit invloed gehad op de resultaten en de verscheidenheid van de data: het kan zijn dat er relatief minder informatie is verkregen over wat maakt dat participanten met een hoge sociaaleconomische status de huisarts wel bezoeken en over wat maakt dat participanten met een lage sociaaleconomische status de huisarts niet bezoeken. Er zijn pogingen gedaan tot het werven van meer participanten voor deze categorieën, waar veel extra inzet en tijd in is gestoken. Echter bleek het een lastige opgave om meer mensen te bereiken en mee te laten doen aan het onderzoek. Vanwege de tijdsperiode van het onderzoek en de moeite met het werven was het uiteindelijk niet mogelijk meer participanten te werven voor deze twee categorieën.

Verder valt er iets te zeggen over participantenkenmerken leeftijd en woonplaats. Bij de uiteindelijk gerealiseerde participantengroepen blijkt dat de gemiddelde leeftijd van participanten met een lage sociaaleconomische status hoger ligt dan de gemiddelde leeftijd van participanten met een hoge sociaaleconomische status, respectievelijk 51 en 56 jaar. Het verschil zit met name in het feit dat er bij de groep met een hoge sociaaleconomische status vier jongere participanten zitten en één relatief oude, terwijl de participanten in de groep met een lage sociaaleconomische status allemaal wat ouder zijn. Uit de resultaten van het huidige onderzoek en tevens uit de literatuur komt naar voren dat de leeftijd van een individu van invloed kan zijn op de beslissing om de huisarts te bezoeken, waarbij mensen met een oudere leeftijd over het algemeen een slechtere fysieke gezondheidstoestand hebben (Hopman et al., 2009) en daardoor eerder geneigd kunnen zijn de huisarts te bezoeken (Droomers & Westert, 2004). Deze verschillen in leeftijd zouden mogelijk het zicht op de verschillen die samenhangen met het hebben van een hoge en lage sociaaleconomische status kunnen belemmeren: gevonden verschillen in motieven en handelingen zouden ook beïnvloed kunnen worden door leeftijd en niet alleen door verschillen in sociaaleconomische status. Ditzelfde geldt ook voor de woonplaats van de participanten. Doordat er gekozen is voor participantenwerving vanuit één huisartsenpraktijk in Nieuw-Buinen, zijn alle participanten woonachtig in dit gebied. Dit maakt dat de participanten niet het hele gebied van de Veenkoloniën beslaat, maar enkel een aantal

plaatsen in Drenthe. Geen van de participanten is woonachtig in Groningen. Mogelijk heeft dit, net als de leeftijd, invloed gehad op de resultaten en waren deze anders geweest als er ook inwoners van Groningen betrokken waren geweest bij het onderzoek.

Naast deze beperkingen kent het huidige onderzoek ook een aantal sterke punten. Zo is het van belang te noemen dat er naast credibility ook getracht werd transferability, dependability en conformability te bereiken (Shenton, 2004). Hier is aan voldaan. Transferability en dependability zijn bereikt door het geven van een uitgebreide beschrijving van het onderzoeksontwerp, de processen, de manier van dataverzameling en het meenemen van en aandacht besteden aan de context. Dit tezamen maakt dat andere onderzoekers erachter kunnen komen of de informatie bruikbaar is voor een volgend onderzoek en dat de manier van werken transparant is en repliceerbaar. Zo kan het onderzoek later op eenzelfde manier uitgevoerd worden door een andere onderzoeker. Verder is conformability bereikt door middel van reflexiviteit: de onderzoeker is zich bewust geweest van de invloed die zijzelf kan hebben gehad op het onderzoeksproces, vanwege de eigen sociale achtergrond, veronderstellingen en positie.

Een ander sterk punt heeft te maken met het gebruik van de vignetten in het interviewschema. In het methodenhoofdstuk werd benoemd dat er op deze manier niet direct naar de persoonlijke situatie wordt gevraagd, maar eerst naar situaties in het algemeen. Zo kan het gesprek op een veilige manier op gang komen en kan de participant langzaam meer over de eigen ervaringen vertellen (Huges, 1998; Gourlay et al., 2014). Tijdens het huidige onderzoek is inderdaad gebleken dat het gebruiken van de vignetten onderwerpen makkelijker bespreekbaar maakt en participanten aanmoedigt en stimuleert om over de eigen ervaringen te vertellen. Mogelijk was dit minder het geval geweest wanneer er geen gebruik was gemaakt van vignetten. Verder hebben de hypothetische voorbeeldsituaties gemaakt dat de twee groepen participanten beter met elkaar vergeleken konden worden dan wanneer er geen gebruik was gemaakt van vignetten. Het gebruik van vignetten heeft gezorgd voor vergelijkbare situaties, waardoor uitspraken over bijbehorende verschillen en overeenkomsten meer betekenisvol zijn.

5.3 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten, conclusies en discussiepunten van het huidige onderzoek kan er een drietal aanbevelingen worden gedaan. Deze worden hieronder een voor een bij langs gegaan.

Een eerste aanbeveling heeft betrekking op de gevonden resultaten in het algemeen en de nieuwe factoren die mogelijk aan het samengestelde toegevoegd zouden kunnen worden. Het huidige onderzoek is gehouden onder tien participanten. Dit aantal is minder dan beoogd werd. Om deze reden is het te voorbarig om de nieuwe gevonden factoren die een rol lijken te spelen bij de beslissing om de huisarts wel of niet te bezoeken definitief toe te voegen aan het samengestelde model. Een eerste aanbeveling is dat er vervolgonderzoek gedaan wordt met

meer participanten. Op deze manier is de variatie groter, bevatten de beide groepen meer participanten en kunnen deze beter met elkaar vergeleken worden op basis van verschillen en overeenkomsten in wat maakt dat zij wel of niet naar de huisarts gaan. Wanneer er meer onderzoek naar dit onderwerp wordt gedaan en er meer participanten deelnemen, kunnen er met meer zekerheid conclusies getrokken worden en factoren aan het model worden toegevoegd.

Ten tweede wordt aanbevolen dat het toe-eigenen van de kennis en houding van huisartsen gestimuleerd wordt bij inwoners van de Veenkoloniën met een lage sociaaleconomische status. Dit heeft raakvlakken met het begrip *proto-professionalisering*. Hierbij nemen mensen de terminologie van medici over, eigenen zij zich deze toe en stappen zij naar de huisarts met een eigen idee van wat er mogelijk aan de hand kan zijn (Brinkgreve, Onland & De Swaan, 1979; Van Ostaijen, Voorberg & Putters, 2012). Het is echter wel van belang dat de nadruk ligt op het toe-eigenen van de achterliggende kennis, inzichten en houding, minder op de terminologie zelf. Als ervoor gezorgd kan worden dat de mensen zich dit toe-eigenen, kunnen zij meer op eenzelfde manier als de huisarts denken en weten zij beter voor zichzelf te zorgen. Dit kan de gezondheid ten goede komen. Tevens kan het toe-eigenen van deze kennis en inzichten de onzekerheid gerelateerd aan een gebrek aan kennis terugbrengen. Dit kan tot gevolg hebben dat mensen meer het gevoel hebben in controle te zijn over zaken in het leven: ze krijgen een meer interne controle-oriëntatie. Uit de literatuur blijkt vervolgens dat het hebben van zo'n interne controle-oriëntatie positieve invloeden kan hebben op de gezondheid: het gevoel controle te hebben over dingen in het leven zorgt bijvoorbeeld voor een vermindering van depressiesymptomen (Ross & Mirowsky, 1989). Op deze manier kan een toename van kennis en inzichten op medisch gebied bij mensen met een lage sociaaleconomische status dus via twee wegen een positieve invloed hebben op de gezondheid, wat bij kan dragen aan een verkleining van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen in de regio.

Tot slot wordt er aanbevolen dat huisartsen en praktijkondersteuners in de Veenkoloniën zich bewust zijn van de sociaaleconomische positie van de patiënt. Uit de resultaten komt namelijk naar voren dat mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status nogal verschillen wat betreft de verwachtingen die zij hebben van het huisartsbezoek. Zo is er op basis van het huidige onderzoek geconcludeerd dat participanten met een lage sociaaleconomische status verwachten dat de huisarts hen een oplossing geeft voor het probleem, terwijl participanten met een hoge sociaaleconomische status verwachten dat er gezocht wordt naar een oplossing. Van de verwachting daadwerkelijk een oplossing te krijgen lijkt bij hen minder sprake te zijn. Wanneer een huisarts zich bewust is van de sociaaleconomische positie van de patiënt kan er rekening gehouden worden met dergelijke verwachtingen, wat het komen tot een oplossing voor het probleem ten goede zou kunnen komen en kan bijdragen aan een positieve ervaring met het bezoeken van de huisarts.

6. Literatuurlijst

- Adams, R. J., Stocks, N. P., Wilson, D. H., Hill, C. L., Gravier, S., Kickbusch, I., & Beilby, J. J. (2009). Health literacy: a new concept for general practice?. *Australian Family Physician*, 38(3), 144.
- Adler, N. E., Boyce, W. T., Chesney, M. A., Folkman, S., & Syme, S. L. (1993). Socioeconomic inequalities in health: No easy solution. *Journal of the American Medical Association*, 269, 3140–3145.
- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15-24. doi:10.1037/0003-066X.49.1.15
- Ahlin, E. M. (2014). Locus of control redux: Adolescents' choice to refrain from violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(14), 2695–2717
- Ahlin, E. M., & Antunes, M. J. L. (2015). Locus of control orientation: Parents, peers, and place. *Journal of youth and adolescence*, 44(9), 1803-1818.
- Ajrouch, K. J., Blandon, A. Y., & Antonucci, T. C. (2005). Social networks among men and women: The effects of age and socioeconomic status. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(6), 311-317.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior*, 1-10.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Quarterly*, 83(4), Online-only.
- Apolinario, D., Mansur, L. L., Carthery-Goulart, M. T., Brucki, S. M., & Nitrini, R. (2015). Cognitive predictors of limited health literacy in adults with heterogeneous socioeconomic backgrounds. *Journal of health psychology*, 20(12), 1613-1625.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Barksdale, C. L., & Molock, S. D. (2009). Perceived norms and mental health help seeking among African American college students. *The journal of behavioral health services & research*, 36(3), 285.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., and Seeman, T. E. From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium. *Social Science and Medicine*, 2000, 51, 843–857.
- Blaster M. (1985). Self-definition of health status and consulting rates in primary care. *QJSoc Affairs*, 1, 131-171.

- Brehm, J., & Rahn, W. (1997). Individual-level evidence for the causes and consequences of social capital. *American Journal of Political Science*, 41, 999–1023.
- Brinkgreve, C., Onland, J. H., & De Swaan, A. (1979). De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf. Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen, p. 17-24.
- Bruijnzeels, M. A., van der Wouden, J. C., & Foets, M. (1995). General practice consultation in childhood in The Netherlands: sociodemographic variation. *Journal of epidemiology and community health*, 49(5), 532.
- Burak, L. J., & Meyer, M. (1997). Using the Health Belief Model to examine and predict college women's cervical cancer screening beliefs and behavior. *Health Care for Women International*, 18(3), 251-262.
- Campbell, S. M., & Roland, M. O. (1996). Why do people consult the doctor?. *Family practice*, 13(1), 75-83.
- Centola, D., & van de Rijt, A. (2015). Choosing your network: Social preferences in an online health community. *Social science & medicine*, 125, 19-31.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2005). Permanent Onderzoek Leefsituatie. *Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek*. Geraadpleegd op: <https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/36331B4C-A693-4260-A9CB4336AF7F63CB/0/POLStoelichting.pdf>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.). Vragenlijsten Gezondheidsenquête 2010 t/m 2013. *Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek*. Geraadpleegd op: <https://www.cbs.nl/nl/onzediensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/aanvullende%20onderzoeksbeschrijvingen/vragenlijsten-gezondheidsenquete-2010-t-m-2013>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2017). Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken. *Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek*. Geraadpleegd op: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83005ned&D1=58&D2=0,37-41,43-47&D3=0&D4=1&HDR=G2,G3,T&STB=G1&VW=T>
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, 45-65.
- Chen, E., Martin, A. D., & Matthews, K. A. (2006). Socioeconomic status and health: do gradients differ within childhood and adolescence?. *Social science & medicine*, 62(9), 2161-2170.
- Chen, E., Matthews, K. A., & Boyce, W. T. (2002). Socio-economic differences in children's health: How and why do these relationships change with age? *Psychological Bulletin*, 128, 295–329.
- Cialdini, R. B. (2003). Crafting normative messages to protect the environment. *Current directions in psychological science*, 12(4), 105-109.

- Cialdini, R. B., Reno, R. R., & Kallgren, C. A. (1990). A focus theory of normative conduct: Recycling the concept of norms to reduce littering in public places. *Journal of personality and social psychology*, 58(6), 1015.
- Coleman, J.S. (1958). Relational analysis: the study of social organizations with survey methods. *Hum. Organ.* 17, 28-36.
- Contoyannis, P., & Jones, A. M. (2004). Socio-economic status, health and lifestyle. *Journal of health economics*, 23(5), 965-995.
- Counte, M. A., & Glandon, G. L. (1991). A panel study of life stress, social support, and the health services utilization of older persons. *Medical Care*, 348-361.
- Droomers, M., & Westert, G. P. (2004). Do lower socioeconomic groups use more health services, because they suffer from more illnesses?. *The European Journal of Public Health*, 14(3), 311-313.
- Estacio EV (2013) Health literacy and community empowerment: It is more than just reading, writing and counting. *Journal of Health Psychology* 18: 1056–1068.
- Ferraro, K. (1995). Fear of crime. Albany, New York: State University Press of New York.
- Fuchs, V., 1986. The Health Economy, first ed. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Fukuyama, F. (1995). *Trust*. New York: Free Press.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Goldstein, R. L., Counte, M. A., & Goldstein, K. (1994). Examining the relationship between health locus of control and the use of medical care services. *Journal of Aging and Health*, 6(3), 314-335.
- Gopichandran, V., & Chetlapalli, S. K. (2013). Factors influencing trust in doctors: a community segmentation strategy for quality improvement in healthcare. *BMJ open*, 3(12), e004115.
- Gourlay, A., Mshana, G., Birdthistle, I., Bulugu, G., Zaba, B., & Urassa, M. (2014). Using vignettes in qualitative research to explore barriers and facilitating factors to the uptake of prevention of mother-to-child transmission services in rural Tanzania: a critical analysis. *BMC medical research methodology*, 14(1), 21.
- Gurin, P., & Brim Jr, O. G. (1984). Change in self in adulthood: The example of sense of control. *Life-span development and behavior*, 6, 281-334.
- Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B., & Mishra, A. K. (2001). Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter?. *The milbank quarterly*, 79(4), 613-639.
- Hall, A. G., Khoury, A. J., Lopez, E. D., Lisovicz, N., Avis-Williams, A., & Mitra, A. (2008). Breast cancer fatalism: the role of women's perceptions of the health care system. *Journal of health care for the poor and underserved*, 19(4), 1321-1335.

- Haywood Jr, C., Lanzkron, S., Bediako, S., Strouse, J. J., Haythornthwaite, J., Carroll, C. P., ... & IMPORT Investigators. (2014). Perceived discrimination, patient trust, and adherence to medical recommendations among persons with sickle cell disease. *Journal of general internal medicine*, 29(12), 1657-1662.
- Heaney, C. A., & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, 189-210.
- Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2011). *Qualitative Research Methods*. London: Sage Publications
- Holtzman, C. W., Shea, J. A., Glanz, K., Jacobs, L. M., Gross, R., Hines, J., ... & Yehia, B. R. (2015). Mapping patient-identified barriers and facilitators to retention in HIV care and antiretroviral therapy adherence to Andersen's Behavioral Model. *AIDS care*, 27(7), 817-828.
- Hopman, W. M., Harrison, M. B., Coo, H., Friedberg, E., Buchanan, M., & VanDenKerkhof, E. G. (2009). Associations between chronic disease, age and physical and mental health status. *Chronic Dis Can*, 29(3), 108-16.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Huang, J., van den Brink, H. M., & Groot, W. (2011). College education and social trust: An evidence based study on the causal mechanisms. *Social indicators research*, 104(2), 287-310.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Schnabel, P. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343. doi: 10.1136/bmj.d4163
- Hughes, R., & Huby, M. (2012). The construction and interpretation of vignettes in social research. *Social Work and Social Sciences Review*, 11(1), 36-51.
- Kadushin, C. (1969). *Why People Go to Psychiatrists*. Atherton : New York.
- Kans voor de Veenkoloniën. (z.d.). Nieuwsbrief Kans voor de Veenkoloniën (nr. 1).
Geraadpleegd op:
https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi92tCtoO_UAhWFYpoKH9ZAZ8QFghFMAU&url=http%3A%2F%2Fwww.zorginnovatieforum.nl%2Fnieuws%2Fniewsbrief-kans-voor-de-veenkolonien&usg=AFQjCNGxVDGFLEdUAut_n1bT8zVLSR279A
- Kans voor de Veenkoloniën (2015). Plan van aanpak.
- Karlsson, H., Lehtinen, V., & Joukama, M. (1994). Frequent attenders of Finnish public primary healthcare: sociodemographic characteristics and physical morbidity. *Family Practice*, 11, 424-430.
- Kayaniyil, S., Gravely-Witte, S., Stewart, D. E., Higginson, L., Suskin, N., Alter, D., & Grace, S. L. (2009). Degree and correlates of patient trust in their cardiologist. *Journal of evaluation in clinical practice*, 15(4), 634-640.

- Keleher, H., & Hagger, V. (2007). Health literacy in primary health care. *Australian Journal of Primary Health, 13*(2), 24-30.
- Kersnik, J., SÇvab, I., & Vegnuti, M. (2001). Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scandinavian` journal of primary health care, 19*(3), 174-177.
- Kim, J. E., & Zane, N. (2016). Help-seeking intentions among Asian American and White American students in psychological distress: Application of the health belief model. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 22*(3), 311.
- Kleinberg, A., Aluoja, A., & Vasar, V. (2013). Social support in depression : structural and functional factors, pereived control and help-seeking. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 22*, 345-353.
- Knack, S., & Keefer, P. (1997). Does social capital have an economic payoff? A cross-country investigation. *Quarterly Journal of Economics, 112*(4), 1251–1288.
- Knack, S., & Zak, P. (2002). Building trust: Public policy, interpersonal trust, and economic development. *Supreme Court Economic Review, 10*, 91-107.
- Kouzis, A. C., & Eaton, W. W. (1998). Absence of social networks, social support and health services utilization. *Psychological medicine, 28*(06), 1301-1310.
- Krause, N., & Borawski-Clark, E. (1995). Social class differences in social support among older adults. *The Gerontologist, 35*, 498–508.
- Kunst, A. (2007). Sociaal-economische verschillen in sterfte en gezondheid in Nederland. *Een overzicht van vorderingen in recent beschrijvend onderzoek. Bevolkingstrends, 1^e kwartaal*, 34-44.
- Kunst, A., Dalstra, J. A., Bos, V., Mackenbach, J. P., Otten, F. W. J., & Geurts, J. J. M. (2005). *Ontwikkeling en toepassing van indicatoren van sociaal-economische status binnen het Gezondheidsstatistisch Bestand*. Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Lachman, M. E., & Weaver, S. L. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(3), 763-773.
- Lakerveld, J., Verstrate, L., Bot, S. D., Kroon, A., Baan, C. A., Brug, J., ... & Nijpels, G. (2014). Environmental interventions in low-SES neighbourhoods to promote healthy behaviour: enhancing and impeding factors. *The European Journal of Public Health, 24*(3), 390-395.
- Lau, R. R., Quadrel, M. J., & Hartman, K. A. (1990). Development and change of young adults' preventive health beliefs and behavior: Influence from parents and peers. *Journal of health and social behavior, 240-259*.

- Lee, Y. Y., Ng, C. T., Ghazalie, S. A. M., Ngiam, J. Z., Tai, B. C., Lim, M. K., & Hughes, K. (2007). Public trust in primary care doctors, the medical profession and the healthcare system among Redhill residents in Singapore. *Trustee*, 1, 2.
- Lurie, N., Slater, J., McGovern, P., Ekstrum, J., Quam, L., & Margolis, K. (1993). Preventive Care for Women--Does the Sex of the Physician Matter?. *New England Journal of Medicine*, 329(7), 478-482.
- Lynch, S., Hurford, D. P., & Cole, A. (2002). Parental enabling attitudes and locus of control of at-risk and honors students. *Adolescence*, 37(147), 527–549.
- Mackenbach, J. P., & Stronks, K. (2004). The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *International journal for equity in health*, 3(1), 11.
- Marsden, Peter V. and N. E. Friedkin. 1994. Network Studies of Social Influence. In *Advances in Social Network Analysis: Research in the Social and Behavioral Sciences*, edited by S. Wasserman and J. Galaskiewicz. Thousand Oaks, CA: Sage, 3-25.
- Marshall, G. N. (1991). A multidimensional analysis of internal health locus of control beliefs: Separating the wheat from the chaff?. *Journal of personality and social psychology*, 61(3), 483-491.
- Martini, T. S., & Page, S. (1996). Attributions and the stigma of illiteracy: Understanding help seeking in low literate adults. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 28(2), 121.
- Mechanic, D., & Volkart, E. H. (1961). Stress, Illness Behaviour, and the Sick Role. *American Sociol Review*, 26(1), 51–58.
- Meyer, S. B., Ward, P. R., & Jiwa, M. (2012). Does prognosis and socioeconomic status impact on trust in physicians? Interviews with patients with coronary disease in South Australia. *BMJ open*, 2(5), e001389.
- Mickelson, Kristin D., and Laura D. Kubzansky. (2003). Social Distribution of Social Support: The Mediating Role of Life Events. *American Journal of Community Psychology* 32(3-4), 265–81.
- Misztal, B. (2013). *Trust in modern societies: The search for the bases of social order*. John Wiley & Sons.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of affective disorders*, 71(1), 1-9.
- Neal, R., Dowell, A., Heywood, P., & Morley, S. (1996). *Frequent attenders: Who needs treatment?*.
- NIVEL. (z.d.). Vraag Aanbod Analyse Monitor Eerste Lijn. Geraadpleegd op: <https://www.nivel.nl/nl/vraag-aanbod-analyse-monitor-eerste-lijn>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.

- Pescosolido, B. A., Wright, E. R., Alegria, M., & Vera, M. (1998). Social networks and patterns of use among the poor with mental health problems in Puerto Rico. *Medical care*, 36(7), 1057-1072.
- Paxton, P. (2007). Association memberships and generalized trust: A multilevel model across 31 countries. *Social Forces*, 86(1), 47–76.
- Pearson, S. D., & Raeke, L. H. (2000). Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *Journal of general internal medicine*, 15(7), 509-513.
- Phillips, K. A., Morrison, K. R., Andersen, R., & Aday, L. A. (1998). Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health services research*, 33(3), 571.
- Pressman, M. R. (2013). Sleepwalking, Amnesia, Comorbid Conditions and Triggers: Effects of Recall and Other Methodological Biases. *Sleep*, 36(11), 1757–1758. <http://doi.org.proxy.ub.rug.nl/10.5665/sleep.3144>
- Reno, R. R., Cialdini, R. B., & Kallgren, C. A. (1993). The transsituational influence of social norms. *Journal of personality and social psychology*, 64(1), 104.
- Richardson, A., Allen, J. A., Xiao, H., & Vallone, D. (2012). Effects of race/ethnicity and socioeconomic status on health information-seeking, confidence, and trust. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(4), 1477-1493.
- RIVM. (2008). Verwachtingen SEVG voor de toekomst. Geraadpleegd op: <http://www.regionaalkompas.nl/hart-voor-brabant/thema-s/bevolking/segv/>
- RIVM. (2010). Jaarlijks contact met huisarts 2010-2013. Geraadpleegd op: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/eerstelijnszorg/regionaal-internationaal/huisartsenzorg#node-contact-met-huisartsen-ggd-regio>
- RIVM. (2012). Het terugdringen van sociaal-economische verschillen in gezondheid tussen 2000 en 2020. Inhoud en organisatie van de SEGV monitor. Geraadpleegd op: http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2003/november/Het_terugdringen_van_sociaal_economische_verschillen_in_gezondheid_tussen_2000_en_2020_Inhoud_en_organisatie_van_de_SEGV_monitor
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education & behavior*, 2(4), 328-335.
- Rosenstock, I. M. (2005). Why people use health services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 83(4),
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (1989). Explaining the social patterns of depression: control and problem solving--or support and talking?. *Journal of health and social behavior*, 206 219.

- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* Rotter JB Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1–28.
- Rudd, R. E. (2013) Needed action in health literacy. *Journal of Health Psychology*, 18, 1004-1010.
- Sadiraj, K., & Groot, C. M. E. (2006). Sociaal-economische status in vereveningsmodel zorgverzekeraars: wat zijn de mogelijkheden?. *SEO-rapport*, (886).
- Safran, D. G., Taira, D. A., Rogers, W. H., Kosinski, M., Ware, J. E., & Tarlov, A. R. (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of Family Practice*, 47(3), 213-221.
- Scaife, B., Gill, P. S., Heywood, P. L., & Neal, R. D. (2000). Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data. *Family Practice*, 17(4), 298-304.
- Schafer, M. H., & Vargas, N. (2016). The dynamics of social support inequality: maintenance gaps by socioeconomic status and race? *Social Forces*, 94(4), 1795-1822.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., ... & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama*, 288(4), 475-482.
- Schippers, E. I., & Van Rijn, M. J. (2016, 3 november). Vervolg Nationaal Programma Preventie en Alles is Gezondheid [Kamerbrief].
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), 63-75.
- Spokas, M., & Heimberg, R. G. (2009). Overprotective parenting, social anxiety, and external locus of control: Cross-sectional and longitudinal relationships. *Cognitive Therapy and Research*, 33(6), 543–551.
- Straten, G. F., Friele, R. D., & Groenewegen, P. P. (2002). Public trust in Dutch health care. *Social science & medicine*, 55(2), 227-234.
- Stringhini, S., Berkman, L., Dugravot, A., Ferrie, J. E., Marmot, M., Kivimaki, M., & Singh Manoux, A. (2012). Socioeconomic status, structural and functional measures of social support, and mortality the British whitehall II cohort study, 1985–2009. *American Journal of Epidemiology*, 175(12), 1275-1283.
- Ten Have, H. A. M. J. (2013). Doelen van de gezondheidszorg. In H. A. M. J. Ten Have, R. H. J. Ter Meulen & E. Van Leeuwen (Eds.), *Medische Ethiek* (pp. 101-122). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tessler, R., Mechanic, D. & Dimond, M. (1976). The effect of psychological distress on physician utilization : a prospective study. *Journal of Health and Social Behavior* 17, 353–364.

- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161. doi: 10.1177/0022146510395592
- Thom, D. H., Hall, M. A., & Pawlson, L. G. (2004). Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health affairs*, 23(4), 124-132.
- Turk-Charles, S., Meyerowitz, B. E., & Gatz, M. (1997). Age differences in information seeking among cancer patients. *The International Journal of Aging and Human Development*, 45(2), 85-98.
- Van de Kar, A., Knottnerus, A., Meertens, R., Dubois, V., & Kok, G. (1992). Why do patients consult the general practitioner? Determinants of their decision. *Br J Gen Pract*, 42(361), 313-316.
- Van den Bos, G. A. M., Lenior, M. E. (1991). Sociale ongelijkheid in chronische aandoeningen, beperkingen en zorggebruik. *Instituut voor Sociale Geneeskunde: Universiteit van Amsterdam*.
- Van der Lucht, F (2010). Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid toekomst. Verkenning 2010, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Geraadpleegd op: <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270061005.pdf>
- Van der Meer, J. B. W., Bos van den J, Mackenbach, J. P. (1996). Socioeconomic differences in the utilization of health services in a Dutch population: the contribution of health status. *Health Policy*, 37, 1-8.
- Van Oers, J. A. M. (2002). *Gezondheid Op Koers?: Volksgezondheid Toekomstverkenningen 2002* (No. 270551). Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Ostaijen, M., Voorberg, W., & Putters, K. (2012). Een onverantwoorde inzet op eigen verantwoordelijkheid. 'Eigen Kracht'tussen autonomie en controle.
- Vedsted, P., Fink, P., Sørensen, H. T., & Olesen, F. (2004). Physical, mental and social factors associated with frequent attendance in Danish general practice. A population-based cross sectional study. *Social science & medicine*, 59(4), 813-823.
- Vektis. (z.d.). Alle gegevens over verzekerde zorg in Nederland. Geraadpleegd op: <http://www.vektis.nl/index.php/producten-en-diensten/gegevensbeheer>
- Vogel, D. L., Wade, N. G., Wester, S. R., Larson, L., & Hackler, A. H. (2007). Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. *Journal of clinical psychology*, 63(3), 233-245.
- Vraag Aanbod Analyse Monitor. (2014). ROS-Wijkscan consulten huisartsenpraktijk per inwoner. Geraadpleegd op: https://www.roswijkscan.nl/jive?cat_open_code=c1942&presel_code=vaam1&geoitem=postcode_1011

- Wardle, J., & Steptoe, A. (2003). Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Journal of Epidemiol Community Health*, 57, 440-443.
- Wells, W. (1979). 'Group interviewing', in J. Higgenbotham en K. Cox (Eds), *Focus Group Interview: A Reader*. Chicago, IL: American Marketing Association, pp. 2-12.
- Westhead, J. N. (1985). Frequent attenders in general practice: medical, psychological, and social characteristics. *JR Coll Gen Pract*, 35, 337-340.
- Wolters, R., Wensing, M., Van Weel, C., Van Der Wilt, G. J., & Grol, R. P. (2002). Lower urinary tract symptoms: social influence is more important than symptoms in seeking medical care. *BJU international*, 90(7), 655-661.
- Zack, P., & Knack, S. (2001). Trust and growth. *Economic Journal*, 111(1), 295-321.
- Zwaanswijk, M., Zantinge, E. M., Muijsken, J., Verhaak, P. F. M., & Bakker, D. D. (2008). Verdieping van de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM 2.1.). Deel A: De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. *Utrecht: NIVEL*.

7. Bijlagen

7.1 Interviewschema

Introductie

Dit onderzoek gaat over huisartsbezoek. Ik wil er graag achter komen waarom mensen in dit gebied van Nederland wel of juist niet naar de huisarts gaan. De interviews worden gebruikt voor mijn afstudeerscriptie van de opleiding Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig, ik wil daarom benoemen dat u op elk moment mag stoppen, mocht u niet verder willen gaan.

De vragen die ik zal stellen, gaan over hoe u denkt over gezondheid en ziekte en uw eigen ervaringen met het bezoeken van de huisarts. Ook zullen er een aantal voorbeeldsituaties gegeven worden, waarbij u vervolgens gevraagd wordt om daarop te reageren. Het interview zal ongeveer een uurtje duren en de informatie zal verwerkt worden in mijn scriptie.

Het is belangrijk om te noemen dat dit onderzoek onafhankelijk van de huisarts gehouden wordt. U kunt vrijuit spreken over wat u denkt en vindt: het onderzoek is volledig anoniem, er worden geen namen genoemd. Als u iets vertelt, valt dit later niet meer aan u te linken. Verder wordt de informatie uit dit interview alleen gebruikt voor dit onderzoek en zal deze niet met iemand anders worden gedeeld. Nu ik dit verteld heb, wilt u dan inderdaad meedoen aan het interview?

Tot slot zou ik graag een geluidsopname willen maken van het interview, zodat ik later precies terug kan halen wat er allemaal gezegd is. Geeft u hier toestemming voor?

Heeft u verder nog vragen voordat we beginnen met het interview?

Openingsvragen

- Kunt u wat over uzelf vertellen?
 - o Leeftijd, hobby's, opleidingsniveau, werk, gezinssituatie, buurt, welke mensen zijn belangrijk voor u in uw omgeving
- Wat betekent 'gezondheid' voor u?
 - o Welke woorden komen er dan bij u op? Wat voor beeld heeft u van iemand die gezond is?
- Wat betekent 'ziekte' voor u?
 - o Welke woorden komen er dan bij u op? Wat voor beeld heeft u van iemand die ziek is?

Hoofdvragen

Ik zou het nu graag over een twee korte voorbeeldsituaties willen hebben, waar ik u vervolgens een aantal vragen over zou willen stellen. U mag nu eerst zelf kiezen of u de voorbeelden zelf wil lezen of dat ik ze aan u voorlees.

Vignet 1

Stelt u zich eens voor, u wordt wakker en realiseert zich dat dit de derde dag is dat u last heeft van koorts en keelpijn. U voelt zich hierdoor helemaal niet lekker. Door deze klachten heeft u nu al twee dagen niet kunnen doen wat u normaal gesproken doet.

- Wat zou u doen als u in deze situatie zit? Wat maakt dat u dit zou doen?
 - o Met iemand overleggen / huisarts / afwachten
- Bent u dat van thuis uit gewend? Hoe ging dat?
- Wat zou u van uw huisarts verwachten, als u met deze klachten naar hem of haar toe gaat?
- Heeft u zelf weleens meegemaakt dat u door gezondheidsklachten niet naar uw werk kon of andere dagelijkse activiteiten niet uit kon voeren?
 - o Kunt u daar wat meer over vertellen? Waar had u last van / wat kon u toen niet meer doen?
 - o Bent u toen naar de huisarts gegaan? Wat maakte dat u dit deed?

Vignet 2

Ellen, een vrouw van 34 jaar, is moeder en is getrouwd met Tim. Samen hebben zij een zoontje van 4 jaar oud: Mees. Elke ochtend vroeg fietst Tim om half 8 naar zijn werk. Wanneer Ellen hem heeft uitgezwaaid, gaat ze haar zoon wakker maken om naar school te gaan. Ellen legt haar hand op Mees zijn hoofdje en merkt dat hij zweet en erg warm aanvoelt. Hij ziet er slecht uit. Ellen denkt: 'volgens mij is er iets met Mees aan de hand.' Mees kan moeilijk wakker worden, hij jammert en huilt. Ellen pakt de thermometer uit de kast en neemt Mees zijn temperatuur op. De thermometer geeft 39 graden aan.

- Als u dit leest/hoort, wat denkt u dan dat er met Mees aan de hand is? Waarom denkt u dat?
- Wat zou u doen als u Ellen was? Waarom?
 - o Wat maakt dat u wel / niet naar de huisarts zou gaan?
- Bent u dat van thuis uit gewend? Hoe ging dat?
- Hoe zouden mensen met wie u omgaat hiermee om gaan? Is dat ook van invloed op jou?

- Heeft u zelf weleens een situatie zoals deze meegemaakt? Kunt u daar wat over vertellen? Wat heeft u toen gedaan? Wat maakte dat u dat deed?

Eigen ervaring huisartsbezoek (wel geweest in het afgelopen halfjaar)

- Kunt u misschien wat vertellen over de laatste keer dat u een bezoek heeft gebracht aan de huisarts?
 - o Wat maakte dat u hierheen ging? / hoe bent u tot deze keuze gekomen? / Speelden mensen in uw omgeving daarin een rol? Op welke manier? / wat verwachtte u van uw huisarts / hoe verliep het consult / hoe gedroeg de huisarts zich + wat vond u daarvan / hoe is het daarna verder gegaan
 - o In geval van ziekte: zijn er, naast het gezondheidsprobleem zelf, nog andere dingen die eraan bijgedragen hebben dat u naar de huisarts ging?

Eigen ervaring huisartsbezoek (niet geweest in het afgelopen halfjaar)

- Ik begrijp dat u het afgelopen halfjaar geen bezoek heeft gebracht aan uw huisarts. Kunt u daar wat over vertellen? Waarom niet geweest?
 - o Heeft u er wel aan getwijfeld? Waardoor kwam dat?
 - o Vond u dit geen reden om naar de dokter te gaan?
 - o In geval van afwezigheid ziekte: zijn er voor u nog andere redenen waardoor u niet naar de huisarts gaat / die u hiervan weerhouden?
 - o Wat zou er moeten gebeuren voordat dat u wel naar de huisarts zou gaan? Wat maakt dat u dit zou doen?
 - o Kunt u een inschatting maken van wanneer u voor het laatst naar de huisarts bent geweest? Wat was er toen aan de hand? Wat maakte dat u hierheen ging? Speelden mensen in uw omgeving daarin een rol? Op welke manier? / wat verwachtte u van uw huisarts / hoe verliep het consult / hoe gedroeg de huisarts zich + wat vond u daarvan / hoe is het daarna verder gegaan

Afsluitende vragen

- Is er verder nog iets dat u kwijt zou willen over dit onderwerp?
- Wat vond u van het interview?

Dan zijn we nu bij het einde van het interview aangekomen. Ik wil u heel erg bedanken voor uw deelname aan het onderzoek.

7.2 Codeboek

Wat maakt dat mensen naar de huisarts gaan?

Code	Type	Beschrijving	Voorbeeld uit de data
W1 Aanwezigheid gezondheidsprobleem	Deductief	De aanwezigheid van een gezondheidsprobleem maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Keelpijn wel, koorts niet zo. Toen ben ik naar de dokter geweest en kijken, zeg maar.”
W2 Gezondheidsovertuigingen	Deductief	Bepaalde gezondheidsovertuigingen maken dat de huisarts wordt bezocht	“Want als je gezondheid niet goed is en je verneemt dat, dan ga je automatisch naar de dokter toe. En dan wil je weten wat het is.”
W3 Gezondheidsvaardigheden	Deductief	Bepaalde gezondheidsvaardigheden maken dat de huisarts wordt bezocht	“Nou, ik heb een papier gekregen dat ik naar de longarts moest. Die begreep ik niet en zowat. Dat heb ik meegenomen, nou ze heeft het me toen uitgelegd. Van die dag moet je daarheen.”
W4 Externe locus of control	Deductief	Een externe controle-oriëntatie maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Als je constant last van slikken hebt en dit of dat en hoge koorts en je voelt je niet lekker en zo. Dan euh, daar is een huisarts voor, he.”
W5 Vertrouwen huisarts	Deductief	De aanwezigheid van vertrouwen in de huisarts maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Wat ik altijd wel heel prettig vind met haar, op het moment dat je die opbelt, die heeft gelijk in de gaten wie je bent (...) dat geeft wel een stuk vertrouwen. Dat vind ik wel ja, prettig.”
W6 Sociale steun	Deductief	Sociale steun uit het netwerk maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Mijn man zegt het wel vaak tegen mij. Van ga nou maar eens even naar de dokter, want dit komt niet goed met jou. Dan denk ik van je hebt eigenlijk gelijk, ik ga morgen wel gelijk bellen voor een afspraak.”
W7 Sociale invloed/normen	Deductief	Sociale invloed en/of normen in het netwerk maken dat de huisarts wordt bezocht	“Soms dan hoest ik nogal. Mijn vrouw die vond dat soms.. dat hoesten was nogal ernstig of heftig moet ik zeggen. En die zei van nou.. nu moet jij eens even.. en anders bel ik de dokter wel. Zo, weet je wel. Dreigementen van euh. Nou toen heb ik een afspraak bij de dokter gemaakt

			uiteindelijk, na een aantal weken.”
W8 Kennismaken	Inductief	Het kennis willen maken met de huisarts maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Toen de nieuwe arts kwam, zijn wij daar een keer geweest. Samen met mijn vrouw ben ik daar geweest voor een kennismakingsgesprek.”
W9 Spatader verwijderen	Inductief	Het weg willen laten halen van een spatader maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Dus dat was ook een argument om naar de dokter te gaan, ook die spatader.
W10 Verhoging koorts	Inductief	Verhoging van de koorts maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Nou kijk, die koorts, als die erg hoog wordt en bijvoorbeeld op veertig graden zou komen.. dan vind ik dat wel een argument om te zeggen dan ga ik naar de dokter, ja.”
W11 Van ziek naar doodziek	Inductief	Van een beetje ziek naar doodziek gaan, maakt dat de huisarts wordt bezocht	“..En je echt van zeg maar een beetje ziek naar doodziek gaat.”
W12 Hulp om beter te worden	Inductief	Het nodig hebben van hulp om weer beter te kunnen worden, maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Dat zijn gevoelens van ik heb nou even wat hulp nodig om weer beter te worden.”
W13 Ernstige situatie	Inductief	De perceptie van een ernstige situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Maar ik ga dus niet maar zo naar de dokter. Nee, dan moet er wel echt wat zijn hoor.”
W14 Afwijkende situatie	Inductief	Het opmerken van een afwijkende situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Als dat dan een keer niet zo is, dan is dat zeer afwijkend.. dan blijkt toch wel daaruit dat dat symptomen zijn waarvan ik zeg van nou, dat is niet goed.”
W15 Hoge koorts	Inductief	Hoge koorts maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Dan moet ik wel hele hoge koorts hebben, denk ik. Ja, hele hoge koorts.”
W16 Geruststelling	Inductief	Het willen krijgen van geruststelling maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Omdat ik dat voortraject al redelijk bewust heb gedaan, he, weet ik voor mezelf al wel zeker dat ik euh, nou, ook voor mijn eigen geruststelling op dat moment, dat ik denk van nou loop ik al zo lang met die keelpijn rond.. het had eigenlijk al wel weg moeten zijn, dus misschien is het toch wel iets anders. Misschien moet ik toch wel even een afspraak gaan maken.”
W17 Onbekendheid	Inductief	Onbekendheid met een	“Nou ja, kijk, ik ben

		situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht	geen arts dus ik weet niet wat er met het kind aan de hand is, natuurlijk. Dus ik zou hem toch even laten controleren door de huisarts.”
W18 Angst	Inductief	Angst maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Nou dan ben je wel angstig, ik dacht toen ook van we verliezen ons kind, dat dacht ik. Dan bel je onmiddellijk de huisarts.”
W19 Controle	Inductief	Een controle maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Dat is dus gewoon een controle, ze kijkt of je voldoende volume hebt en ze luistert dus ook naar je longen.”
W20 Aanhouden probleem	Inductief	Het langer aanhouden van een (problematische) situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Een paar dagen dacht ik het is een griepje, gaat wel over, weet je wel. Maar het bleef maar doorgaan, wel twee weken lang. Toen dacht ik nou ga ik eens een keer heen.”
W21 Pijn/ongemak	Inductief	Het hebben van pijn of ongemak maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Keelpijn is altijd niet lekker, want je moet er ook door slikken en door eten en zo.”
W22 Bezorgdheid/ongerustheid	Inductief	Bezorgd zijn of ongerust zijn maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Nou ja, het is ongerustheid. Dan ga je wel heen want euh ja, het kan ook wel iets ernstigs aan de beurt wezen natuurlijk.”
W23 Niet meer drinken	Inductief	Wanneer een persoon langdurig niet meer drinkt, maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Als het langdurig niet meer gaat drinken. Dus als ze een paar dagen echt slecht drinken, dat ze niet meer gaan plassen en zo.”
W24 Geen contact	Inductief	Het niet meer kunnen krijgen van contact met een persoon maakt dat de huisarts wordt bezocht	“... en je krijgt geen contact.”
W25 Doorverwijzen	Inductief	Het doorverwezen willen worden maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Volgens mij heb ik gewoon gezegd van ik moet naar de fysio. En toen zei de dokter van dan schrijf ik even een verwijsbriefje. Als ik eerst naar de fysio zou gaan, ben ik al een behandeling kwijt. Dus als ik me laat doorverwijzen, heb ik een extra behandeling.”
W26 Invloed werk	Inductief	Invloed vanuit het werk/de baas maakt dat de huisarts	“Als ze van het werk beginnen te zeuren van

		wordt bezocht	ho, zou je niet eens naar de dokter gaan? Dat zou ook nog een dingetje kunnen zijn.”
W27 Beperkt in functioneren	Inductief	Beperkt zijn in het functioneren maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Of ik moet bepaalde klachten hebben, blessures of zo, die het normaal functioneren eigenlijk onmogelijk maken. Dan zoek ik wel hulp van de huisarts op.”
W28 Klein kind	Inductief	De huisarts wordt bezocht omdat het een klein kind betreft	“En dan zal ik toch wel, omdat het een klein kind is, de huisarts bellen om te vragen of ze langs kan komen om te laten onderzoeken. Ja, die zijn nog zo teer, he. Ik bedoel, die zijn nog heel jong.”

Wat maakt dat mensen niet naar de huisarts gaan?

Code	Type	Beschrijving	Voorbeeld uit de data
N1 Afwezigheid gezondheidsprobleem	Deductief	De afwezigheid van een gezondheidsprobleem maakt dat de huisarts niet wordt bezocht	“Omdat er niks is om mee heen te gaan. Geen klachten, niks.”
N2 Gezondheidsovertuigingen	Deductief	Bepaalde gezondheidsovertuigingen maken dat de huisarts niet wordt bezocht	“Nou, een beetje keelpijn, daarvoor ga ik niet naar de huisarts, want dat is een natuurlijk iets. Ik bedoel, dat is voor mij geen.. die drempel is veel te hoog voor mij om naar een huisarts toe te gaan. Nee, dit voorbeeld.. dit los je zelf op, dat doe je voor jezelf.”
N3 Gezondheidsvaardigheden	Deductief	Bepaalde gezondheidsvaardigheden maken dat de huisarts niet wordt bezocht	“Op het moment dat ik denk van er is wat anders aan de hand, dan gaan we eerst zelfdokteren. Daar hebben we google voor, tegenwoordig.”
N4 Interne locus of control	Deductief	Een interne controle-oriëntatie maakt dat de huisarts niet wordt bezocht	“Nee, dat moet je zelf doen. Je moet je eigen problemen oplossen, daar is een huisarts niet voor.”
N5 Vertrouwen huisarts	Deductief	De afwezigheid van	“Daar heb ik geen

		vertrouwen in de huisarts maakt dat de huisarts niet wordt bezocht	vertrouwen meer in, in die huisarts niet. Nee. Dan denk ik gewoon zo van hoe vaker je komt, hoe meer zij verdienen. Laten ze er maar wat aan doen. Ik moet er ook voor betalen, ziekenfonds is ook niet voor niks.”
N6 Sociale steun	Deductief	Sociale steun uit het netwerk maakt dat de huisarts niet wordt bezocht	N.v.t.
N7 Sociale invloed/normen	Deductief	Sociale invloed en/of normen in het netwerk maken dat de huisarts niet wordt bezocht	“Ik ben heel anders opgevoed door mijn ouders, zo van niet piepen en zeuren maar doorgaan, tot het niet meer kan. Dus ik loop niet om een kuchje naar de huisarts, dat ben ik niet.”
N8 Gaat vanzelf over	Inductief	De huisarts wordt niet bezocht omdat het probleem/de situatie vanzelf weer over gaat	“En als ik me niet helemaal lekker voel, dan heb ik zoiets van nou, valt wel mee, gaat wel over. Paracetamolletje erin en ik kan het wel hebben, het gaat vanzelf wel over.”
N9 Oorzaak is bekend	Inductief	De huisarts wordt niet bezocht omdat de participant weet waar het probleem/de situatie vandaan komt	“..Nee, dat niet. Ik weet dan waar het aan ligt, ja.”
N10 Geen zorgen	Inductief	De huisarts wordt niet bezocht omdat de participant zich geen zorgen maakt of niet ongerust is	“Ik maakte mij totaal geen zorgen, nee.”
N11 Niet lang genoeg	Inductief	De huisarts wordt niet bezocht omdat het probleem nog niet lang genoeg aanhoudt	“En euh, het is de eerste dag. Dan is het ook niet nodig om ermee heen te gaan.”
N12 Eerdere ervaring/bekendheid	Inductief	Eerdere ervaring of bekendheid met het probleem maakt dat de huisarts niet wordt bezocht	“Ik heb wel dingetjes gehad, die golfarm, wel last van gehad. Maar goed, ik weet wat het is, ik ben er al eens een keer voor geweest, dan hoef ik niet elke keer dat ik er last van heb weer ermee heen.”

Achtergrondinformatie

Code	Type	Beschrijving	Voorbeeld uit de data
A1 Leeftijd	Deductief	De leeftijd van de participant in jaren	“Ik ben euh ja, 57 jaar oud.”
A2 Buurt	Deductief	Informatie over de buurt waarin de participant leeft	“Ik woon in Eerste Exloërrmond (...) op dit moment, lente, zomer, is dat echt geweldig. Ruimte, vrijheid. In de winter is het wel een heel kaal landschap, maar goed, dat zijn we ook wel gewend.”
A3 Hobby's	Deductief	Wat de participant graag doet in zijn of haar vrije tijd	“Ik reis graag, ik kook graag, ik sport heel graag. Is nu wat minder. En ja goed, activiteiten met de kleinkinderen. En mijn werk heb ik. Dus dan blijft er daarnaast ook niet zoveel meer over.”
A4 Gezinssituatie	Deductief	De manier waarop het eventuele gezin van de participant is samengesteld	“Ik ben getrouwd en ik heb twee kinderen. Een van zesentwintig of vijfentwintig, weet ik zo niet.. Een is van 1991 en de ander is van 1989, die is waarschijnlijk al de deur uit.”
A5 Opleidingsniveau	Deductief	Het hoogst genoten opleidingsniveau van de participant	“Ik heb gestudeerd in Enschede, daar ben ik ook aan het werk gekomen.”
A6 Werk	Deductief	Huidige werkstatus en/of beroep van de participant	“Mijn man is aannemer, ik zit in de accountancy.”
A7 Belang geloof	Inductief	Informatie over het belang van een eventuele geloofsovertuiging	“Het is belangrijk, als je maar weet hoe je ermee om moet gaan (...) Ten eerste, ontspannen. En bidden, he. Dat is het voornaamste dan, bidden.”
A8 Doorzetter	Inductief	Wanneer de participant een doorzetter is, niet snel opgeeft.	“Ik ben geen mens die bij de pakkeneer gaat zitten niet. Ik wil, ik wil, ik wil. Dat is die wilskracht, he.”

Controle-oriëntatie

Code	Type	Beschrijving	Voorbeeld uit de data
L1 Interne controle-oriëntatie	Deductief	Wanneer de participant gelooft dat hij of zij het leven en dingen in dit leven bepaalt en hier zelf	Omdat ik van mening ben en dat vaak ook tegen mijn studenten zeg die om de haverklap

		invloed op kan hebben, zelf verantwoordelijk zijn voor succes of falen. De participant schrijft succes of falen toe aan eigen gedrag.	ziek zijn en bij de huisarts lopen, dat je zelf ook na moet denken van hoe komt het dat ik dit heb? He, ben ik te laat naar bed gegaan, heb ik teveel gefeest, heb ik teveel gedronken, wat ik anders niet doe, waardoor ik gewoon uit mijn ritme ben? Dat zou een rol kunnen zijn, of heb ik op de tocht gestaan of zonder jas door de regen gelopen, waardoor ik gewoon kou heb gevat? Nou, dan moet ik uitzielen, daar komt die koorts van, enzovoorts.”
L2 Externe controle-oriëntatie	Deductief	Wanneer de participant gelooft dat externe determinanten het leven en dingen in dit leven bepalen, oorzaken en oplossingen liggen buiten de participant zelf.	“Want als je gezondheid niet goed is en je verneemt dat, dan ga je automatisch naar de dokter toe.”

Betekenis gezondheid

Code	Type	Beschrijving	Voorbeeld uit de data
G1 Waardevol	Inductief	Gezondheid wordt gezien als iets van grote waarde	“Nou ja, gezondheid is het grootste goed wat iemand kan hebben.”
G2 Niet bij stil staan	Inductief	Gezondheid wordt gezien als iets waar je niet altijd bij stilstaat	“Als je gezond bent, realiseer je je dat natuurlijk niet dagelijks. Dat is ook niet goed, dat je je dagelijks realiseert dat je gezond bent, maar het is in feite wel zo.”
G3 Niet vanzelfsprekend (bij ouder worden)	Inductief	Gezondheid wordt gekoppeld aan ouder worden, waarbij gezondheid niet meer vanzelfsprekend is	“Als je jong bent, dan is het vanzelfsprekend dat je gezond bent. Maar als je ouder wordt, dan is de kans op problemen, die wordt groter naarmate je ouder wordt.”
G4 Niet vanzelfsprekend (algemeen)	Inductief	Gezondheid wordt gezien als iets wat niet vanzelfsprekend is	“Je ziet in de omgeving dat gezondheid niet een automatisch gebeuren is. Dat je, zonder dat je daar euh ja, wat aan kan doen, dat je toch ziek wordt of dat je een ziekte krijgt waar je soms grote problemen mee kunt hebben.”

G5 Basis van normaal functioneren	Inductief	Gezondheid vormt de basis van het normaal kunnen functioneren	“Nou, dat is de basis van je leven, denk ik. Als je niet gezond bent, is dat heel bepalend voor je leven. Als je heel gezond bent, denk je er niet over na, maar is het ook bepalend voor je leven. Omdat je kunt doen wat je wil doen, zonder daarin gehinderd te worden.”
G6 Doen wat je wil doen	Inductief	Gezondheid is kunnen doen wat je graag wil doen	Voor mij betekent het dat je gewoon gezond bent, en gezond.. dat je de dingen eigenlijk kunt doen waar je aardigheid in hebt, waar je energie van krijgt, waar je plezier in hebt en wat het leven wat aangenaam maakt.
G7 Invloed God	Inductief	Gezondheid wordt beïnvloed door of ligt in de handen van God	“De Heer geneest je. Ja, ook wel met de doctoren natuurlijk, als er een operatie of zo is. Maar God neemt het gewoon in zijn hand.”
G8 Niet te koop	Inductief	Gezondheid wordt gezien als iets dat niet te koop is	“Ik ben liever gezond als dat ik rijk ben, want gezondheid kan je niet kopen. Zelfs de koningin nog niet, als die ziek is.”
G9 Geen problemen	Inductief	Gezondheid wordt gelinkt aan de afwezigheid van ellende en problemen	“Soms dan denk ik, was ik maar gezond. Dan heb ik al die ellende niet. Maar ja, er zit niks anders op.”
G10 Leefstijl	Inductief	Gezondheid heeft te maken met leefstijl	“Gewoon goede aardappels, groente, vlees, nou gewoon de dagelijkse dingen. Ja, natuurlijk kan je weleens snacken, maar als je op je leefstijl let, kom je toch al een heel stuk ver heen.”
G11 Geen invloed/overkomt je	Inductief	Gezondheid is iets waar je niet altijd invloed op hebt	“Je hebt niet alles in de hand, natuurlijk. Het is voor een deel bepaalbaar, maar voor een deel ook ongrijpbaar, niet echt controleerbaar.”
G12 Tegenovergestelde van ziek zijn	Inductief	Gezondheid wordt gezien als niet ziek zijn	“Ja, omdat het eigenlijk het tegenovergestelde is van ziekzijn, dat is eigenlijk een beetje euh,

			het antwoord dat je kunt geven.”
G13 Breed spectrum	Inductief	Gezondheid wordt gezien als iets wat een breed spectrum heeft, gezondheid kan erg verschillende dingen behelzen	“..Dan is dat een stukje gezondheid, maar ja, het is een heel breed begrip.”
G14 Heb ik niet	Inductief	Gezondheid wordt gezien als iets wat de participant zelf niet heeft of bezit	“Nou, ik was liever gezond geweest. Ik voel er verder niks van, maar goed euh, ik was liever toch gezond geweest.”
G15 Huishoudelijke taken kunnen uitvoeren	Inductief	Gezondheid wordt gekoppeld aan het kunnen uitvoeren van huishoudelijke taken	“Een gezond iemand, ja, die is meer bezig in huis, denk ik.”

Betekenis ziekte

Code	Type	Beschrijving	Voorbeeld uit de data
Z1 Ouder worden	Inductief	Ziekte wordt gelinkt aan ouder worden	“Dus vooral als je ouder wordt, dan merk je in je kennissenkring dat leeftijdgenoten wegvallen of zo ineens kanker hebben of iets dergelijks.”
Z2 Beperkt in functioneren (sociaal)	Inductief	Ziekte wordt gelinkt aan beperkt sociaal functioneren	“Maar ook je sociale gedrag, als je beperkt wordt door een ziekte, dan beperkt dat ook je sociale gedrag en je sociale mogelijkheden en contacten.”
Z3 Beperkt in functioneren (algemeen)	Inductief	Ziekte wordt gelinkt aan beperkt functioneren	Mensen die zijn soms zo ernstig ziek of kunnen zo beperkt worden in hun functioneren, dat zij gewoon aan het maatschappelijke leven niet meer deel kunnen nemen, of nauwelijks, of veel moeilijker deel kunnen nemen. Dus dan heb je, dan heb je wel een probleem.”
Z4 Niet altijd merkbaar	Inductief	Ziekte wordt gezien als iets wat niet altijd merkbaar is of zichtbaar is	“Je hebt nog weleens dat mensen zeggen van achteraf heb ik dit of dit gevoeld, maar ik helemaal niet.”
Z5 Andere kijk op het leven	Inductief	Ziekte wordt gezien als iets dat ervoor zorgt dat je anders tegen dingen in het leven aankijkt	“Dat was wel een eye-opener voor mij, dan ga je anders in het leven staan. Je kijkt ook anders tegen de dingen in het leven aan, je relateert wat meer.”
Z6 Kan iedereen overkomen	Inductief	Ziekte wordt gezien als iets	“Je kunt net zo goed

		dat iedereen kan overkomen	ziek worden, of je nou arm bent of rijk.”
Z7 Erg	Inductief	Ziekte wordt gezien als iets wat erg is	“Ja, wat betekent ziekte voor mij.. ja, dat vind ik heel erg.”
Z8 Er slecht uit zien	Inductief	Ziekte wordt gelinkt aan er slecht uit zien	“Nou, dat ze er heel slecht er uit zien.”
Z9 Moe zijn	Inductief	Ziekte wordt gelinkt aan vermoeid zijn	“Dat ze heel slim moe zijn.”
Z10 Kanker	Inductief	Ziekte wordt gelinkt aan het hebben van kanker	“Ja, dat.. als je op sterven ligt van kanker, of zo. Ik vind niet gauw dat je heel ziek bent.”
Z11 Nierkwalen	Inductief	Ziekte wordt gelinkt aan het hebben van nierkwalen	“En zoals mijn vader, die had een nierziekte. Die had cystes in de nieren.”
Z12 Parkinson	Inductief	Ziekte wordt gelinkt aan het hebben van Parkinson	“Mijn broer heeft zelfs Parkinson. Dat vind ik ook heel verschrikkelijk, he.”
Z13 Afhankelijk zijn	Inductief	Ziekte wordt gelinkt aan afhankelijk zijn	“En ik voel me dan gewoon afhankelijk, Afhankelijk van een ander zeg maar, die mij helpt.”
Z14 Ellende	Inductief	Ziekte wordt gelinkt aan ellende en problemen	“Ja, vind ik wel, brengt een hoop ellende met zich mee.”
Z15 Overheersend	Inductief	Ziekte wordt gezien als iets dat invloed heeft op heel veel dingen	“Dan staat alles daar in het teken van, als je heel ziek bent.”
Z16 Breed spectrum	Inductief	Ziekte wordt gezien als iets dat een breed spectrum heeft, ziekte kan erg verschillende dingen behelzen	“Als iemand kanker heeft en die zit onder de behandelingen, dan lig je in het ziekenhuis en kun je niks, ben je blij dat je er nog bent. Maar het kan ook iemand zijn die chronisch ziek is, bijvoorbeeld reuma. Die wordt beperkt in alles en maakt af en toe keuzes om dan maar niet naar buiten te gaan met bijbehorende eenzaamheid tot gevolg.”
Z17 Subjectief	Inductief	Ziekte wordt gezien als iets subjectiefs. Wat voor de een ziek is, kan voor de ander niet ziek zijn. Kan afhankelijk zijn van hoe je ermee omgaat.	“Je bent zo ziek als je jezelf voelt, he. Je kunt zeggen ik heb heel erg reuma, ik heb opstartproblemen, ik kan dus niet meer naar de sport of naar het werk. Of je zegt, ik heb reuma en ik kies ervoor om een halfuur vroeger op te staan, zodat ik 's ochtends in bad kan en

			mezelf opstart.”
Z18 Niet kunnen werken	Inductief	Ziekte wordt gelinkt aan niet naar het werk kunnen gaan en bijbehorende taken uit te kunnen voeren	“Ja, als je ziek bent, kun je niet werken. Dan ga je niet naar je werk.”
Z19 Niet goed huishoudelijke taken kunnen uitvoeren	Inductief	Ziekte wordt gelinkt aan het niet goed kunnen uitvoeren van huishoudelijke taken	“Ik denk dat die gewoon niet alles kan (...) Zware dingen, zoals ramenlappen.”

Sociale netwerk

Code	Type	Beschrijving	Voorbeeld uit de data
S1 Partner	Deductief	Een partner is of maakt onderdeel uit van het sociale netwerk	“Ik heb op het moment veel met mijn man te doen, die is zijn rechteronderbeen kwijt, hij heeft nu van zijn linkervoet een stuk teen kwijt.”
S2 Kinderen	Deductief	Kinderen zijn of maken onderdeel uit van het sociale netwerk	“We hebben drie kinderen, twee jongens en een meisje. En euh, nou goed, die zijn inmiddels allang het huis uit.”
S3 Buurtgenoten	Deductief	Buurtgenoten zijn of maken onderdeel uit van het sociale netwerk	“Nou ja, goed, het is even een praatje maken, een buurtbarbecue, weet je wel. Gewoon de normale sociale contacten die je hebt. He, soms met verjaardagen. Bij de ene groep doe je dat wel, je hebt niet met alle mensen dezelfde klik.”
S4 Vrienden	Deductief	Vrienden zijn of maken onderdeel uit van het sociale netwerk	“We hebben ook vrienden, die man heeft sinds kort een beroerte gehad. Die zit nu in een rolstoel.”
S5 Collega's	Deductief	Collega's zijn of maken onderdeel uit van het sociale netwerk	“Ja, met name met collega's ga ik om.”
S6 Kleinkinderen	Inductief	Kleinkinderen zijn of maken onderdeel uit van het sociale netwerk	“..Die heeft ook twee kinderen, dus we hebben ook twee kleinkinderen.”
S7 Kennissen	Inductief	Kennissen zijn of maken onderdeel uit van het sociale netwerk	“..Dat komt ook gewoon doordat het bij ons in de kennissenkring voorgekomen is.”
S8 Vader	Inductief	De vader is of maakt deel uit	“..Ja, mijn man en

		van het sociale netwerk	mijn vader.”
S9 Broer	Inductief	De broer is of maakt deel uit van het sociale netwerk	“Mijn broer heeft zelfs Parkinson. Dat vind ik ook heel verschrikkelijk, he”
S10 Oude mensen	Inductief	Oude mensen zijn of maken deel uit van het sociale netwerk	“Ja, bij mensen langs gaan zeg maar. Bij oude mensen, om dat gezelschap te houden.”
S11 Christenen	Inductief	Christenen zijn of maken deel uit van het sociale netwerk	“Als ik onder de christenmensen ben, dan gaan ze je bemoedigen met De Heer, en zo red ik het.”
S12 Familie	Inductief	Familie is of maakt deel uit van het sociale netwerk	“Jazeker, onze halve familie woont in het dorp.”
S13 Moeder	Inductief	De moeder is of maakt deel uit van het sociale netwerk	“Als de kinderen soms erg ziek zijn, dan bel ik mijn moeder wel eens een keer op. Zo van mam.”
S14 Zus	Inductief	Een zus is of maakt deel uit van het sociale netwerk	“Nou, ik ga heel veel met mijn zusje om. Met mijn jongste zusje. De oudste zus ga ik ook wel mee om, daar zit twaalf jaar verschil tussen, maar die heeft het altijd heel erg druk.”
S15 Tante	Inductief	Een tante is of maakt deel uit van het sociale netwerk	“En mijn tante, daar ga ik ook heel veel mee om.”
S16 Kleinkinderen	Inductief	Kleinkinderen zijn of maken deel uit van het sociale netwerk	“Dus euh, en vijf kleinkinderen.”

Handelingen m.b.t. de aan- of afwezigheid van eigen gezondheidsklachten

Code	Type	Beschrijving	Voorbeeld uit de data
E1 Wel de huisarts bezoeken	Deductief	Wanneer de participant de huisarts wel bezoekt of zou bezoeken	“Naar de dokter geweest en kijken zeg maar. Ik had vorig jaar ook keelontsteking, met de amandelen en zo. Daar heb ik antibiotica voor gekregen. Nou, en toen was het zo over dan weer.”
E2 Niet de huisarts bezoeken	Deductief	Wanneer de participant de huisarts niet bezoekt of niet zou bezoeken	“Als je ziek bent kun je niet werken, dan ga je niet naar je werk. En dan na een of twee dagen pik je het weer op, daar hoef je meestal niet voor naar de

			huisarts. Heel eerlijk gezegd.”
E3 Ontvangen van hulp/advies sociale omgeving	Deductief	Wanneer de participant hulp/advies ontvangt van de sociale omgeving	“Nou, mijn man zegt het wel vaak tegen mij. Van ga nou maar eens even naar de dokter, want dit komt niet goed met jou.”
E4 Niet ontvangen van hulp/advies sociale omgeving	Deductief	Wanneer de participant geen hulp/advies vraagt en/of krijgt van de sociale omgeving	“Nee, nee. Zelfs als ik met de kinderen naar de huisarts ga, dat overleg ik met niemand. Dat beslis ik gewoon. Dat deel ik mede.”
E5 Overleg partner	Inductief	Wanneer de participant overlegt met de partner voorafgaand aan de beslissing om wel of niet naar de huisarts te stappen	“..Ik overleg eerst wel meestal met mijn vrouw.”
E6 Geen overleg partner	Inductief	Wanneer de participant niet overlegt met de partner voorafgaand aan de beslissing om wel of niet naar de huisarts te stappen	“Nee.. nee. Maar dat komt ook omdat we daar gewoon compleet hetzelfde instaan, dus dat ik dat ook niet hoeft te staven. Dus als ik iets beslis, dat het verder goed is.”
E7 Bellen met huisarts	Inductief	Wanneer de participant de huisarts belt of zou bellen	“Ik heb wel gebeld hoor, ja. Omdat ik nogal moest hoesten en toen heb ik een kuurtje gekregen, dus euh.”
E8 Geen medicijnen	Inductief	Wanneer de participant geen medicijnen neemt of zou willen nemen	“Hij heeft nooit geen medicijnen meer gehad later, want daar zijn wij niet zo van.”
E9 Niet snel of zelden naar de huisarts	Inductief	Wanneer de participant aangeeft niet snel naar de huisarts te gaan	“Omdat ik euh.. want het heeft waarschijnlijk ook te maken met huisartsbezoek, omdat ik zelden bij de huisarts kom, gelukkig.”
E10 Geven van hulp/advies aan de sociale omgeving	Inductief	Wanneer de participant hulp/advies geeft aan de sociale omgeving	“Een paar kameraden hier verderop, die ene jongen heeft in het ziekenhuis gelegen voor een hartkwaal. Dus ben de laatste tijd heel vaak in het ziekenhuis geweest voor hem. Gewoon steunen, bijstaan. Kleren brengen, zulke dingen. Hij zou er ook voor mij zijn als ik hulp nodig ben.”
E11 Bidden	Inductief	Wanneer de participant bidt m.b.t. de aan- of	“En bidden he, dat is het voornaamste. En dan

		afwezigheid van gezondheidsklachten	gaat het wel weer. Zo ga ik ermee om.”
E12 Niet in huis bezig kunnen	Inductief	Wanneer de participant door de aanwezigheid van gezondheidsklachten beperkt wordt in het uitvoeren van huishoudelijke taken	“Ja.. ja ik kan bijvoorbeeld niks meer doen zeg maar. Stofzuigen niet of zo, dan is het pff pff. Dan zie ik weleens vrouwen van drieënvijftig, die werken nog keihard weet je wel, thuis en zo. Eerder was het boven en beneden, ik maar schoonmaken. Dan denk ik oh, had ik dat maar weer, dat wou ik ook wel.”
E13 Niet naar het werk kunnen	Inductief	Wanneer de participant door de aanwezigheid van gezondheidsklachten niet naar het werk kan	“Ja, als je ziek bent kun je niet werken, dan ga je niet naar je werk. En dan na twee dagen pik je het weer op.”
E14 Zelfstandig handelen	Inductief	Wanneer de participant tracht zelfstandig te handelen	“Nee, dat zou ik niet overleggen. Ik ben het meeste bij de kinderen. Als ik vind dat ik moet gaan dan bel ik en dan regel ik het.”

Interpretatie vignet 1

Code	Type	Beschrijving	Voorbeeld uit de data
M1 Griepje	Inductief	De participant maakt uit de situatie op dat hij of zij een griepje heeft	“Ten eerste dat ik een griepje heb.”

Interpretatie vignet 2

Code	Type	Beschrijving	Voorbeeld uit de data
I1 Koorts	Inductief	De participant maakt uit de situatie op dat het kind koorts heeft	“Maar kijk, dat dat euh, als ‘ie ’s morgens wakker wordt en ook als klein kind.. Ja, toch klein, en je bent ziek, en je zweet en hebt negenendertig graden koorts.”
I2 Griep	Inductief	De participant maakt uit de situatie op dat het kind griep heeft	“Ja, euh ja. Een griepje of zo. Dat spul.”
I3 Verhoging	Inductief	De participant maakt uit de situatie op dat het kind verhoging heeft	“Verhoging. Hij heeft negenendertig graden koorts en.. dus hij heeft iets. Hij is niet helemaal lekker.”
I4 Kan van alles zijn	Inductief	De participant maakt uit de situatie op dat het kind in deze situatie van alles kan	“Oh, dat kan van alles en nog wat zijn, met een kind. Kan een

		hebben	verkoudheid zijn, kan een infectie zijn, kan van alles en nog wat zijn.”
--	--	--------	--

Handelingen m.b.t. vignet 2

Code	Type	Beschrijving	Voorbeeld uit de data
T1 Wel de huisarts bezoeken	Deductief	Wanneer de participant de huisarts wel bezoekt of zou bezoeken	“Nou ja, dan zou ik toch wel de dokter in kennis stellen, hier zo mee.”
T2 Niet de huisarts bezoeken	Deductief	Wanneer de participant de huisarts niet bezoekt of niet zou bezoeken	“Nou, niet meteen. Als er verder niks geweest is, niet meteen gaan, nee.”
T3 Ontvangen van hulp/advies sociale omgeving	Deductief	Wanneer de participant hulp/advies ontvangt van de sociale omgeving	N.v.t.
T4 Niet ontvangen van hulp/advies sociale omgeving	Deductief	Wanneer de participant geen hulp/advies vraagt en/of krijgt van de sociale omgeving	“Ik zou denk ik gewoon bellen en dan zal ik hem dat daarna even mededelen. Niet overleggen, maar gewoon even mededelen.”
T5 Overleg partner	Inductief	Wanneer de participant overlegt met de partner voorafgaand aan de beslissing om wel of niet naar de huisarts te stappen	“Ja, natuurlijk, dat heb je het met zijn tweeën over, dat is een ding wat zeker is.”
T6 Geen overleg partner	Inductief	Wanneer de participant niet overlegt met de partner voorafgaand aan de beslissing om wel of niet naar de huisarts te stappen	“Nee, nee, dat zou ik niet overleggen (...) Ik ben het meeste bij de kinderen, dus euh.”
T7 Bellen met huisarts	Inductief	Wanneer de participant de huisarts zou bellen	“Doorgaans met zo’n situatie, wordt er contact opgenomen met de huisarts.”
T8 Kind binnenhouden	Inductief	Wanneer de participant het kind binnen zou houden	“Nou, binnen houden, lekker onder de dekens.”
T9 Geen zorgen maken	Inductief	Wanneer de participant zich geen zorgen zou maken m.b.t. deze situatie	“Ik zou hier niet van in paniek raken. Ik zou het kind gewoon thuishouden, want die kan duidelijk niet naar school en voelt zich niet lekker, maar ik zou er ook niet van in paniek raken.”

Handelingen m.b.t. vignet 1

Code	Type	Beschrijving	Voorbeeld uit de data
O1 Wel de huisarts bezoeken	Deductief	Wanneer de participant de huisarts wel bezoekt of zou bezoeken	“Nou euh ja, als dit over mij ging. Als het een paar dagen volhoud, dan zou ik naar de huisarts toegaan.”
O2 Niet de huisarts bezoeken	Deductief	Wanneer de participant de huisarts niet bezoekt of niet zou bezoeken	“Ik zou eerst nog een dag aankijken. Wordt het dan nog niet beter, dan zou ik naar een huisarts gaan. En dan toch eens vragen wat er echt loos is. Met twee dagen, drie dagen ga ik direct nog niet naar een dokter heen, om eerlijk te wezen.”
O3 Ontvangen van hulp/advies sociale omgeving	Deductief	Wanneer de participant hulp/advies ontvangt van de sociale omgeving	“Nou, ik zou zeggen van ik ga even naar de dokter en meestal gaat ze wel mee. Zij heeft dan ook zoiets van ik wil toch de zekerheid hebben wat hij mankeert. En dan gaat ze mee naar de dokter, met die operatie is ze ook meegegaan. Voor mijn knie en blindedarm.”
O4 Niet ontvangen van hulp/advies sociale omgeving	Deductief	Wanneer de participant geen hulp/advies vraagt en/of krijgt van de sociale omgeving	“Nee, nee. Zelfs als ik met de kinderen naar de huisarts ga, dat overleg ik met niemand. Dat beslis ik gewoon. Dat deel ik mede.”
O5 Overleg partner	Inductief	Wanneer de participant overlegt met de partner voorafgaand aan de beslissing om wel of niet naar de huisarts te stappen	“Nou, met mijn man natuurlijk, dan zou ik zeggen van dit is niet gezond, hier ga ik even mee naar de huisarts.”
O6 Geen overleg partner	Inductief	Wanneer de participant niet overlegt met de partner voorafgaand aan de beslissing om wel of niet naar de huisarts te stappen	“Je hebt het daar thuis dan over, waarschijnlijk, of niet. Ik zou daar niet heel erg aan hechten.. dit kan ik zelf wel oplossen, dat weet ik.”
O7 Pijnstilling innemen	Inductief	Wanneer de participant pijnstilling in zou nemen m.b.t. de situatie in vignet 1	“..Dan heb ik zoiets van nou, valt wel mee, gaat wel over. Paracetamolletje erin en ik kan het wel hebben.”
O8 Rust nemen	Inductief	Wanneer de participant rust zou nemen of rustig aan zou doen m.b.t. de situatie in vignet 1	“Dan ga je daarvoor wat reserve in acht nemen, maar voor de rest ga je geen initiatief nemen.”
O9 Zelf oplossen	Inductief	Wanneer de participant tracht het probleem zelf op	“Dit kan ik zelf wel oplossen, dat weet ik.”

		te lossen	
O10 Ziekmelden werk	Inductief	Wanneer de participant zich ziek zou melden op het werk	“Op het moment dat ik euh, al twee dagen niet heb kunnen doen wat ik normaal gesproken doe, dat zou betekenen voor mij dat ik mij ziekmeld bij mijn baas.”
O11 Huishoudelijk werk proberen te doen	Inductief	Wanneer de participant licht huishoudelijk werk zou (proberen) te doen	“Nou, ik denk dat ik toch een beetje wat werk ga doen, beetje licht huishoudelijk werk. Stoffen en aardappels schillen, eten klaarmaken.”

Verwachtingen huisartsbezoek

Code	Type	Beschrijving	Voorbeeld uit de data
V1 Huisarts kent mij	Inductief	De participant gaat ervanuit dat de huisarts hem/haar kent	“Nou ja, die huisarts kent mij natuurlijk ook wel een beetje inmiddels en die weet ook wel hoe ik in elkaar zit.”
V2 Voorstellen	Inductief	De participant verwacht dat hij/zij en de huisarts zich aan elkaar voorstellen, kennismaken	“Ik had de verwachting van euh we praten even, even vertellen wie wij zijn en dat zij vertelt wie zij is.”
V3 Niet alleen maar aanzien	Inductief	De participant verwacht dat de huisarts zoekt naar een oplossing en niet enkel meegeeft om de situatie nog even aan te kijken	“En dan moet je eerst maar weer vier weken aanzien. Ik zei, als het zo moet, alleen maar aanzien, wat doe ik hier dan.”
V4 Doorgestuurd worden	Inductief	De participant verwacht dat hij of zij doorgestuurd wordt door de huisarts	“Ik had liever gehad dat ze me even doorgestuurd hadden en zo. Even voor een onderzoek of dit en dat, dan is die ongerustheid weg.”
V5 Medicijnen krijgen	Inductief	De participant verwacht dat hij of zij medicijnen krijgt bij het bezoeken van de huisarts	“Ten eerste dat ik een griepje heb, en ook dat ik er medicijnen voor krijg.”
V6 Huisarts begrijpt mij	Inductief	De participant verwacht dat de huisarts hem/haar begrijpt	“Dokter ____ is een zachte dokter, en mijn situatie begrijpt ze wel.”
V7 Na een week koorts hulp krijgen	Inductief	De participant verwacht dat hij of zij na een week koorts hulp krijgt van de huisarts	“Maar goed, als je al een week koorts hebt, dan krijg je hulp. Dat weet ik, dat is gewoon zo. Als ik dat aantoonbaar kan maken, dan doen ze wel iets, hoor.”

V8 Serieus genomen worden	Inductief	De participant verwacht dat de huisarts hem of haar serieus neemt	“Weet je, ik ga er niet zo vaak heen en als ik er kom, dan wil ik serieus genomen worden.”
V9 Oplossing zoeken/krijgen	Inductief	De participant verwacht dat er naar een oplossing gekeken wordt of dat hij of zij een oplossing krijgt	“Dan wil ik dat er naar een oplossing wordt gekeken.”
V10 Gesprek aangaan met kind	Inductief	Wanneer de participant de huisarts bezoekt vanwege een kind, verwacht hij of zij dat de huisarts het gesprek aangaat met het kind zelf	“Ik verwacht van de huisarts dat ze het gesprek aangaat met het kind. Maar dat is enorm afhankelijk van het kind, maar goed, dan ga ik even uit van mijn eigen kinderen. Dat zijn niet van die benauwde doetjes.”
V11 Huisarts luistert naar mij	Inductief	De participant verwacht dat de huisarts naar hem of haar luistert	“..Ja, deze luistert gewoon naar je. Die andere dokters die er zijn, die luisteren wel maar nou ja, als je aan het praten bent, praten ze er ineens tussendoor, weet je wel. Dat vind ik niet leuk.”

Ervaringen

Code	Type	Beschrijving	Voorbeeld uit de data
R1 Positief	Deductief	Wanneer de participant een positieve ervaring heeft m.b.t. huisartsenbezoek	“En en als het gesprek dan afgelopen is en zo, en ik ga naar huis, dan geeft ze me een knuffie. En ik geef haar een knuffie terug (...) Dat geeft een fijn gevoel.”
R2 Negatief	Deductief	Wanneer de participant een negatieve ervaring heeft m.b.t. huisartsenbezoek	“Ze willen eerst zelf proberen en als het te laat is dan euh, word je een keer weggestuurd. Dan denk ik gewoon van donder toch op, hoeft van mij niet meer. Dan hoef ik daar ook niet meer te komen.”

Gezondheidsprobleem/gezondheidstoestand

Code	Type	Beschrijving	Voorbeeld uit de data
P1 Zelden ziek	Inductief	De participant geeft aan zelden ziek te zijn	“Kijk, ik verkeer in de omstandigheid dat ik vrijwel nooit ziek ben.”
P2 Dichtgeslibde aorta	Inductief	De participant spreekt over het gezondheidsprobleem van een dichtgeslibde aorta	“Nou en toen bleek dus dat mijn hartklep, dat de opening naar de aorta,

			dat die bijna dichtgeslibd zat.”
P3 Hoesten	Inductief	De participant spreekt over het gezondheidsprobleem regelmatig hoesten	“..En ik ben daar dus toen met het hoesten ook geweest.”
P4 Pseudokroep	Inductief	De participant spreekt over het gezondheidsprobleem pseudokroep	“Ja, wij hebben een zoon die euh die had pseudokroep. Vernauwing van het strottenhoofd.”
P5 Spatader	Inductief	De participant spreekt over het gezondheidsprobleem spatader	“Ik had zo’n kwabbel achter de knie en dat leek ook inderdaad niks maar ja, je ziet het zelf niet. Dus ik zat daar niet zo mee.”
P6 Kanker	Inductief	De participant spreekt over het gezondheidsprobleem kanker	“Dus ja, die zat vol met kanker. Kreeg overal dikke bulten en zo.”
P7 Cystenieren	Inductief	De participant spreekt over het gezondheidsprobleem cystenieren	“En zoals mijn vader, die had een nierziekte. Die had cystes in de nieren.”
P8 Parkinson	Inductief	De participant spreekt over het gezondheidsprobleem Parkinson	“Mijn broer heeft zelfs Parkinson, dat vind ik ook heel verschrikkelijk, he.”
P9 Tekenbeet	Inductief	De participant spreekt over het gezondheidsprobleem tekenbeet	“Want ik loop al jaren rond met iets aan mijn voet, aan mijn been. Ik ben vorig jaar door een teek gebeten.”
P10 Verstoorde evenwichtsorgaan	Inductief	De participant spreekt over het gezondheidsprobleem verstoorde evenwichtsorgaan	“Dat was mijn evenwichtstoring, waren in de war. In ’t hoofd (...) Dus zodra ‘ie beweegde, dan euh was het gelijk alweer hopeloos.”
P11 Kramp in hand	Inductief	De participant spreekt over het gezondheidsprobleem kramp in de hand hebben	“He, maar ik ben laatst een keer geweest met de hand. Laat maar zeggen, dan heb ik kramp in de hand, dan blijft de hand helemaal stijf staan en met de kramp erin.”
P12 Reuma	Inductief	De participant spreekt over het gezondheidsprobleem reuma	“Euh, maar het kan ook iemand zijn die chronisch ziek is, bijvoorbeeld door heftige reuma.”
P13 COPD	Inductief	De participant spreekt over het gezondheidsprobleem COPD	“Nou, ik heb COPD. Mijn rek is uit de longen weg, dat is in elkaar gezakt. Ik heb nog maar vijftig procent en heb nog maar tweeëndertig procent zuurstof, weet je wel.”

P14 Vermoeid	Inductief	De participant spreekt over het probleem vermoeid te zijn	“Ze zeiden dat ik ook chronische moeheid had, altijd al. Na de bevalling van mijn jongste zoon, toen ben ik moe geworden.”
P15 Migraine	Inductief	De participant spreekt over het gezondheidsprobleem migraine	“Ik heb wel regelmatig eens een keer migraine, die komt altijd uit mijn nek.”
P16 Psychose	Inductief	De participant spreekt over het gezondheidsprobleem psychose	“Euh, maar goed, een psychose komt ook bij mij op, doordat het bij ons in de kennissenkring is voorgekomen.”
P17 Botbreuk	Inductief	De participant spreekt over het probleem botbreuken	“In het weekend ben ik gevallen. Pols deed zeer, huisartsenpost. Die zei ah ik denk niet dat het gebroken is. Terwijl mijn huisarts later zei van negentig procent kans dat het wel gebroken is.”
P18 Oogprobleem	Inductief	De participant spreekt over het probleem pijn aan het oog te hebben	“En ik heb ook wel iets met mijn oog gehad, dat ik eerst bij de huisarts kwam en dat ik toch de dag erna een doorverwijzing heb gekregen naar de oogarts. Ik had iets in mijn oog gekregen.”
P19 Golfarm	Inductief	De participant spreekt over het probleem golfarm	“Euh ja, ik heb een golfarm. Hetzelfde als een tenniselleboog, alleen dan zit het net aan de andere kant. Het is vreselijk irritant en tijdens het klussen en dat soort dingen gaat het zeer doen.”
P20 Rugpijn	Inductief	De participant spreekt over het probleem rugpijn	“Nou, dat was met mijn rug. Toen heb ik spierverslappers gehad, want ik heb een kronkel in mijn ruggenwervel. Meestal een keer in het jaar dat ik daar last van heb.”
P21 Knie	Inductief	De participant spreekt over het probleem last van de knie te hebben	“Ik heb met mijn knie, een knieoperatie gehad twee keer. Eerst de buitenmeniscus, nee eerst de achtermeniscus, toen de buitenmeniscus.”
P22 Overspannen	Inductief	De participant spreekt over het probleem overspannen	“Ja euh, voor een hele poos ben ik heel erg

		te zijn	overspannen geweest. Dat ik het allemaal niet meer aanzag. Toen heb ik ook echt wel een week compleet op bed gelegen, dat ik niet meer wist wat ik aan mijzelf had.”
P23 Galblaas	Inductief	De participant spreekt over een probleem met de galblaas	“En met de galblaas ook, die was ook bijna geknapt eigenlijk. Totdat ik zoveel pijn in het lichaam kreeg dat ik hier lag te kramperen van de pijn.”

Gezondheidsovertuigingen

Code	Type	Beschrijving	Voorbeeld uit de data
D1 Huisarts kennen	Inductief	De participant heeft de overtuiging dat het goed is om de huisarts te kennen	“Nou ja, een arts is dan toch wel iemand waarvan ik denk van nou, het is goed dat je die kent.”
D2 Keelpijn is natuurlijk	Inductief	De participant heeft de overtuiging dat keelpijn een natuurlijk iets is	“Een beetje keelpijn, daarvoor ga ik niet naar de huisarts, want dat is een natuurlijk iets.”
D3 Huisarts om erger te voorkomen	Inductief	De participant heeft de overtuiging dat de huisarts er is om erger te voorkomen	“Een dokter is er om erger te voorkomen. Anders zou je daarna zo ernstig ziek kunnen worden, dat je opgenomen moet worden in een ziekenhuis en dat soort dingen. Daar zit je ook niet op te wachten.”
D4 Huisarts geen problemen oplossen	Inductief	De participant heeft de overtuiging dat de huisarts er niet is om jouw problemen op te lossen	“Je moet je eigen problemen oplossen, daar is een huisarts niet voor.”
D5 Koorts 39 gevaarlijker voor volwassenen	Inductief	De participant heeft de overtuiging dat negenendertig graden koorts gevaarlijker is voor volwassenen dan voor jonge kinderen	“Maar ja, negenendertig is niet hoog voor een kind. Een kind kan wel meer als veertig graden hebben. En als mensen.. als wij negenendertig graden hebben, dan is dat gevaarlijker als met een kind.”
D6 Bij ongezondheid naar huisarts	Inductief	De participant heeft de overtuiging dat wanneer er sprake is van een gezondheidsprobleem, je naar de huisarts gaat	“Want als je gezondheid niet goed is en je verneemt dat, dan ga je automatisch naar de dokter toe.”
D7 Een kind kan van alles hebben	Inductief	De participant heeft de overtuiging dat een kind	“Oh, dat kan van alles en nog wat zijn, met

		van alles kan hebben, wanneer deze 39 graden verhoging heeft, jammert, huilt en moeilijk wakker kan worden.	een kind. Ik heb er zelf drie en euh, het kan inderdaad een verkoudheid zijn, kan een infectie zijn, kan van alles en nog wat zijn.”
--	--	---	--

7.3 Categorijsatie van codes

Oude codes	Nieuwe code	Beschrijving/uitleg
<i>Verhoging koorts, van ziek naar doodziek, niet meer drinken, geen contact</i>	<i>Verslechtering situatie</i>	Bij alle vier de codes gaat het in de kern om een verslechtering van de (gezondheids)toestand. Deze verslechtering maakt vervolgens dat de huisarts wordt bezocht.
<i>Geruststelling, bezorgdheid/ongerustheid</i>	<i>Ongerustheid</i>	Bij beide codes draait het in de kern om ongerustheid die maakt dat de huisarts wordt bezocht. Wel is hier sprake van verschil in de mate van ongerustheid. Bij de code Geruststelling heeft iemand al het idee dat er niet iets ergs aan de hand is en wil dit bevestigd krijgen, bij Bezorgdheid/ongerustheid is dit nog meer onbekend.
<i>Aanwezigheid gezondheidsprobleem, spatader verwijderen, hoge koorts</i>	<i>Aanwezigheid gezondheidsprobleem</i>	De codes spatader verwijderen en hoge koorts kan ondergebracht worden onder de code aanwezigheid gezondheidsprobleem. Het gaat hier namelijk om een (bij spatader weliswaar niet ernstig) gezondheidsprobleem waardoor de huisarts wordt bezocht.
<i>Oplossing zoeken/krijgen, niet alleen maar aanzien</i>	<i>Oplossing zoeken/krijgen</i>	De code niet alleen maar aanzien kan ondergebracht worden onder de code oplossing zoeken/krijgen. Met niet alleen maar aanzien wordt namelijk bedoeld dat er iets ondernomen moet worden, er moet dus gezocht worden naar een oplossing.

7.4 Thick descriptions

7.4.1 Wat maakt dat mensen naar de huisarts gaan?

Wat zijn de verschillende aspecten?	Wat is de context en betekenis?	Hoe wordt elk aspect besproken?	Hoe vaak wordt elk aspect genoemd en door wie?	Welke andere codes overlappen hiermee?
<i>Aanwezigheid gezondheidsprobleem</i>	De aanwezigheid van een gezondheidsprobleem maakt dat de huisarts wordt bezocht.	Uitgebreid. “Maar ik ben laatst een keer geweest met de hand. Dan heb ik kramp in de hand, dan blijft de hand helemaal zo staan. Helemaal stijf en de kramp erin.”	Wordt in totaal 27 keer genoemd. Wordt 15 keer genoemd door mensen met een hoge ses, wordt 12 keer genoemd door mensen met een lage ses.	Wel de huisarts bezoeken, zelfstandig handelen, ontvangen van hulp/advies sociale omgeving, externe controle-oriëntatie, gezondheidsovertuigingen, verschillende gezondheidsproblemen, ervaring, sociale netwerk, niet alleen maar aanzien, medicijnen krijgen, angst, controle, aanhouden probleem, pijn/ongemak, vertrouwen huisarts, sociale steun, onbekendheid, verslechtering situatie, beperkt in functioneren, klein kind
<i>Gezondheids-overtuigingen</i>	Het hebben van bepaalde gezondheidsovertuigingen maakt dat de huisarts wordt bezocht	Stellig. “Want als je gezondheid niet goed is en je verneemt dat, dan ga je automatisch naar de dokter toe en wil je weten wat het is.” “Oh, dat kan van alles en nog wat zijn, met een kind (...) en doorgaans met zo’n situatie wordt er contact opgenomen met de huisarts.”	Wordt in totaal 4 keer genoemd. Wordt 3 keer genoemd door mensen met een hoge ses, 1 keer door mensen met een lage ses.	Huisarts kennen, huisarts om erger te voorkomen, een kind kan van alles hebben, kan van alles zijn, externe controle-oriëntatie, partner, bellen met huisarts, ernstige situatie, onbekendheid, kennismaken
<i>Gezondheids-vaardigheden</i>	Het hebben van bepaalde gezondheidsvaardigheden maakt dat de huisarts wordt bezocht	Lage ses: “Ik heb een papier gekregen dat ik naar de longarts moest. Die begreep ik niet en zowat. Dat heb ik meegenomen, nou ze heeft het me toen uitgelegd. Die dag moet je daarheen.”	Wordt in totaal 3 keer genoemd. Wordt een keer genoemd door mensen met een hoge ses, wordt twee keer genoemd door mensen met een lage ses.	Interne controle-oriëntatie, ervaring positief, geruststelling

		Hoge ses: “En heb ik koorts en heb ik witte vlekken in mijn keel of op mijn tong, ja goed, dan moet ik antibiotica hebben, dat snap ik.”		
<i>Externe locus of control</i>	Het hebben van een externe controle-oriëntatie maakt dat de huisarts wordt bezocht	Stellig. “Als je constant last van slikken hebt en dit of dat en hoge koorts en je voelt je niet lekker en zo, dan euh, daar is een huisarts voor, he.”	Wordt in totaal 6 keer genoemd. Wordt 0 keer genoemd door mensen met een hoge ses, 6 keer door mensen met een lage ses.	Wel de huisarts bezoeken, externe controle-oriëntatie, medicijnen krijgen, oplossing zoeken, aanwezigheid gezondheidsprobleem, pijn/ongemak, beperkt in functioneren
<i>Vertrouwen huisarts</i>	Het hebben van vertrouwen in de huisarts maakt dat de huisarts wordt bezocht	Tevreden. “Wat ik altijd heel prettig vind met haar, op het moment dat je die opbelt, heeft die gelijk in de gaten wie je bent en die is wat dat betreft daar heel goed in. Dat geeft wel een stuk vertrouwen, om het zo maar eens te zeggen.”	Wordt in totaal 3 keer genoemd. Wordt 2 keer genoemd door mensen met een hoge ses, 1 keer door mensen met een lage ses.	“Niet snel of zelden naar de huisarts, ervaring positief, huisarts kent mij, aanwezigheid gezondheidsprobleem, spatader, partner, kennismaken
<i>Sociale steun</i>	Het ontvangen van sociale steun uit het netwerk maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Ja, anders als dat mijn man zegt van misschien is het tijd dat je weer eens naar de fysio gaat, je krijgt nu wel weer vaak last van hoofdpijn. Dat zijn gewoon die normale gesprekken, he.”	Wordt in totaal 12 keer genoemd. Wordt 6 keer genoemd door mensen met een hoge ses, 6 keer door mensen met een lage ses.	Doorzetter, wel de huisarts bezoeken, zelfstandig handelen, ontvangen hulp/advies sociale omgeving, overleg partner, niet snel of zelden naar de huisarts, verschillende gezondheidsproblemen, ervaring positief, partner, aanhouden probleem, pijn/ongemak, spatader verwijderen
<i>Sociale invloed/normen</i>	Sociale invloed en/of normen in het netwerk maken dat de huisarts wordt bezocht	“Nou euh, mijn broer die heeft Parkinson en mijn moeder had reuma. Dus, en op zo’n manier ga je dan al even heen.” “Ik ben heel anders opgevoed door mijn ouders, zo van niet piepen en zeuren maar doorgaan eigenlijk, tot het niet meer kan. Dus ik	Wordt in totaal 6 keer genoemd. Wordt 2 keer genoemd door mensen met een hoge ses, 4 keer door mensen met een lage ses.	Wel de huisarts bezoeken, ontvangen hulp/advies sociale omgeving, sociale invloed/normen, verschillende gezondheidsproblemen, partner, familie, ernstige situatie, ongerustheid, pijn/ongemak

		moet wel echt zoiets hebben van dit gaat niet meer, hiermee moet ik naar de dokter.”		
<i>Kennismaken</i>	Het kennis willen maken met de huisarts maakt dat de huisarts wordt bezocht	Overtuigd. “Een arts is toch wel iemand waarvan ik denk dat is goed dat je die kent. Dus toen de nieuwe arts kwam, zijn wij daar een keer geweest samen, samen met mijn vrouw ben ik daar geweest voor een kennismakingsgesprek.”	Wordt in totaal 3 keer genoemd, door iemand met een hoge ses.	Partner, gezondheidsovertuigen, spatader verwijderen
<i>Verslechtering situatie</i>	Een verslechtering van de situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht, verhoging koorts, van ziek naar doodziek, niet meer drinken, geen contact	Ernstig. “Nou, als hij hoge koorts heeft.. als dat snel naar eenenveertig graden gaat en zijn ogen draaien en hij maakt geen contact meer..” “En als je het gevoel krijgt dat je ademhaling, dat dat moeilijker gaat en dat je echt van zeg maar een beetje ziek naar doodziek gaat, dan vind ik dat een argument om te zeggen dan ga ik naar de dokter, ja.”	Wordt in totaal 10 keer genoemd. Wordt 8 keer genoemd door mensen met een hoge ses, 2 keer door mensen met een lage ses.	Niet meer drinken, geen contact, wel de huisarts bezoeken, verhoging koorts, hoge koorts
<i>Hulp om beter te worden</i>	Het nodig hebben van hulp om weer beter te kunnen worden, maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Dat zijn gevoelens van ik heb nou even wat hulp nodig om weer beter te worden. Je kunt zodanig ziek worden dat je zegt van ja, nou heb ik toch even een.. nou helpt een paracetamolletje niet meer, nou heb ik toch even een ander medicijn nodig om beter te worden.”	Wordt in totaal 3 keer genoemd. Wordt 2 keer door iemand met hoge ses en 1 keer door iemand met lage ses.	Knie, doorsturen
<i>Ernstige situatie</i>	De perceptie van een ernstige situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht.	Stellig. “Maar ik ga dus niet zomaar naar de dokter. Nee, dan moet er wel echt wat zijn, hoor.” “Er moet iets aan de hand zijn wat ja, of ik moet ernstig ziek worden dat ik denk van nou, dit is niet	Wordt in totaal 7 keer genoemd. Wordt 4 keer genoemd door mensen met een hoge ses, 3 keer door mensen met een lage ses.	Huisarts om erger te voorkomen, niet snel of zelden naar de huisarts, sociale invloed/normen, angst, gezondheidsovertuigen, pijn/ongemak

		goed.”		
<i>Afwijkende situatie</i>	Het opmerken van situatie als afwijkend maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Ja, dan zou ik zeggen een vreemde situatie. Een pijn die je nog nooit gevoeld hebt, bijvoorbeeld.”	Wordt in totaal 6 keer genoemd. Wordt 5 keer genoemd door mensen met een hoge ses, 1 keer door iemand met een lage ses.	Onbekendheid, aanhouden probleem
<i>Ongerustheid</i>	Het willen krijgen van geruststelling of bezorgd of ongerust zijn maakt dat de huisarts wordt bezocht	Geruststelling: “Omdat ik dat voortraject al redelijk bewust heb gedaan, he, weet ik voor mezelf al wel zeker dat ik euh, nou, ook voor mijn eigen geruststelling op dat moment, dat ik denk van nou loop ik al zo lang met die keelpijn rond.. het had eigenlijk al wel weg moeten zijn, dus misschien is het toch wel iets anders. Misschien moet ik toch wel even een afspraak gaan maken.” Bezorgdheid/ongerustheid: “Nou ja, het is ongerustheid. Dan ga je wel heen want euh ja, het kan ook wel iets ernstigs aan de beurt wezen natuurlijk.”	Wordt in totaal 16 keer genoemd. Wordt 5 keer genoemd door mensen met hoge ses, 11 keer door mensen met lage ses.	Ervaring positief, ervaring negatief, bellen met huisarts, huisarts kent mij, doorsturen, gezondheidsvaardigheden, sociale invloed/normen, overspannen, onbekendheid, aanhouden probleem, pijn/ongemak
<i>Onbekendheid</i>	Onbekendheid met een situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht	Stellig. “Nou, dan wil ik gewoon weten wat er aan de hand is en wat ik heb, en zo.” “Ja kijk, ik ben geen arts dus ik weet niet wat er met het kind aan de hand is, natuurlijk. Dus ik zou hem toch even laten controleren door de huisarts.”	Wordt in totaal 12 keer genoemd. Wordt 4 keer genoemd door mensen met een hoge ses, 8 keer door mensen met een lage ses.	Afwijkende situatie, hoge koorts, gezondheidsovertuigen, aanhouden probleem, pijn/ongemak, ongerustheid, klein kind
<i>Angst</i>	Angst maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Dat je kind geen lucht meer kan krijgen, nou, dan ben je.. in paniek, dan ben je wel angstig. Ik dacht toen ook, we verliezen ons kind. Dan bel je	Wordt in totaal 2 keer genoemd. Wordt 1 keer genoemd door iemand met een hoge ses en 1 keer door iemand met een	Overleg partner, aanwezigheid gezondheidsprobleem, ernstige situatie

		onmiddellijk de huisarts en die begrijpt dat dan ook wel.”	lage ses.	
<i>Controle</i>	Het moeten ondergaan van een controle maakt dat de huisarts wordt bezocht	Nou dat is dus gewoon een controle, ze kijkt of je voldoende volume hebt en ze luistert ook naar je longen. Of er ook delen van de longen vol zitten.”	Wordt in totaal 2 keer genoemd, door iemand met een hoge ses.	Ervaring positief, aanwezigheid gezondheidsprobleem
<i>Aanhouden probleem</i>	Het langer aanhouden van een (problematische) situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Een paar dagen dacht ik het is een griepje, gaat wel over, weet je wel. Maar het bleef maar doorgaan, wel twee weken lang. Toen dacht ik nou ga ik eens een keer heen.” “Dan moet ik echt iets hebben wat niet vanzelf overgaat, voor mijn gevoel.”	Wordt in totaal 21 keer genoemd. Wordt 13 keer genoemd door mensen met een hoge ses, 8 keer door mensen met een lage ses.	Wel de huisarts bezoeken, zelfstandig handelen, ontvangen hulp/advies sociale omgeving, gezondheidsvaardigheden, niet de huisarts bezoeken, oogprobleem, ervaring negatief, kind binnenhouden, na een week koorts hulp krijgen, afwijkende situatie, hoge koorts, onbekendheid, ongerustheid, sociale steun
<i>Pijn/ongemak</i>	Het hebben van pijn of ongemak maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Keelpijn is altijd niet lekker, want je moet er ook door slikken en door eten en zo.” “Het was wel zo dusdanig pijnlijk dat ik.. dat houd je niet vol, zonder dat er iets aan gebeurt.”	Wordt in totaal 22 keer genoemd. Wordt 6 keer genoemd door iemand met een hoge ses, wordt 16 keer genoemd door mensen met een lage ses.	Wel de huisarts bezoeken, ontvangen hulp/advies sociale omgeving, externe controle-oriëntatie, oogprobleem, galblaas, partner, ernstige situatie, onbekendheid, ongerustheid, beperkt in functioneren, externe locus of control, sociale steun, sociale invloed/normen
<i>Doorverwijzen</i>	Het doorverwezen willen worden naar een specialist/ziekenhuis maakt dat de huisarts wordt bezocht	Luchtig. “Volgens mij heb ik gewoon gezegd van ik moet naar de fysio. En toen zei de dokter van dan schrijf ik even een verwijsbriefje. Als ik eerst naar de fysio zou gaan, ben ik al een behandeling kwijt. Dus als ik me laat doorverwijzen, heb ik een extra behandeling.”	Wordt in totaal 4 keer genoemd. Wordt 2 keer genoemd door mensen met een hoge ses en 1 keer door iemand met een lage ses.	Migraine, knie, verwachting doorgestuurd te worden, hulp nodig om beter te worden

<i>Invloed werk</i>	Invloed vanuit het werk/de baas maakt dat de huisarts wordt bezocht, bij ziekte oefent de baas druk uit	“Als ze van het werk beginnen te zeuren van ho, zou je niet eens naar de dokter gaan? Dat zou ook nog een dingetje kunnen zijn.”	Wordt in totaal 1 keer genoemd, door iemand met een hoge ses.	Zelden ziek
<i>Beperkt in functioneren</i>	Beperkt zijn in het (dagelijks) functioneren maakt dat de huisarts wordt bezocht	“Of ik moet bepaalde klachten hebben, blessures of zo, die het normaal functioneren eigenlijk onmogelijk maken. Dan zoek ik wel hulp van de huisarts op.” “Er is altijd wel een remedie waardoor je je snel weer beter voelt (...) je wil toch graag doen wat je graag wil doen, en als je dat niet kan ja, dan moet dat opgelost worden.”	Wordt in totaal 5 keer genoemd. Wordt 2 keer genoemd door iemand met een hoge ses, wordt 3 keer genoemd door iemand met een lage ses.	Externe controle-oriëntatie (kenmerk), externe locus of control (reden voor doktersbezoek), oogprobleem, hoge koorts, medicijnen krijgen, oplossing zoeken, pijn/ongemak
<i>Klein kind</i>	De huisarts wordt bezocht omdat het een klein kind betreft	Vastberaden. “En dan zal ik toch wel, omdat het een klein kind is, de huisarts bellen om te vragen of ze langs kan komen om te laten onderzoeken. Ja, die zijn nog zo teer, he. Ik bedoel, die zijn nog heel jong.” “Met zo’n klein kereltje, dan is het toh de vraag van is hij zelf in staat om aan te geven wat er is? Dus met name daardoor zou ik wel contact opnemen met de huisarts.”	Wordt in totaal 5 keer genoemd. Wordt 2 keer genoemd door iemand met een hoge ses, wordt 3 keer genoemd door mensen met een lage ses.	Wel de huisarts bezoeken, koorts, hoge koorts, onbekendheid

7.4.2 Wat maakt dat mensen niet naar de huisarts gaan?

Wat zijn de verschillende aspecten?	Wat is de context en betekenis?	Hoe wordt elk aspect besproken?	Hoe vaak wordt elk aspect genoemd en door wie?	Welke andere codes overlappen hiermee?
<i>Afwezigheid gezondheidsproble</i>	De afwezigheid van een	Kort en stellig. “Ja, als ik niets heb, dan	Wordt in totaal 5 keer besproken.	Zelden ziek, eerdere ervaring/bekendheid

<i>em</i>	gezondheidsprobleem maakt dat de huisarts niet wordt bezocht.	ga ik niet. Dat is makkelijk zat, ik heb geen klachten. Dus dan ga je niet naar de huisarts.”	Wordt 3 keer besproken door mensen met een hoge ses, 2 keer door mensen met een lage ses.	
<i>Gezondheidsovertuigingen</i>	Het hebben van bepaalde gezondheidsovertuigingen maakt dat de huisarts niet wordt bezocht.	Overtuigd. “Een beetje keelpijn, daarvoor ga ik niet naar de huisarts. Die drempel is veel te hoog voor mij om naar een huisarts te gaan. Nee, dit voorbeeld.. dit los je zelf op, dat doe je voor jezelf.” “Ik ben een keer laatst een keer geweest met kramp in de hand (...) nou ja, dan moet je eerst maar even vier week aanzien. Ik zei als het zo moet, alleen maar aanzien, wat doe ik hier dan. Dan ga ik er niet weer heen. Zo ben ik dan, hoor.”	Wordt in totaal 4 keer genoemd. Wordt 2 keer genoemd door mensen met een hoge ses, 2 keer door mensen met een lage ses.	Keelpijn is natuurlijk, wel de huisarts bezoeken, niet de huisarts bezoeken, ontvangen hulp/advies sociale omgeving, interne controle-oriëntatie, externe controle-oriëntatie, niet lang genoeg, gezondheidsvaardigheden, interne locus of control, kramp in hand, negatief, niet alleen maar aanzien, afwezigheid gezondheidsprobleem
<i>Gezondheidsvaardigheden</i>	Het hebben van bepaalde gezondheidsvaardigheden maakt dat de huisarts niet wordt bezocht.	“Op het moment dat ik denk van er is wat anders aan de hand, dan gaan we eerst zelfdokteren. Daar hebben we google voor, tegenwoordig. Dan ga jezelf euh.”	Wordt in totaal 4 keer besproken, door mensen met een hoge ses.	Zelfstandig handelen, geen zorgen, niet lang genoeg, gezondheidsovertuigingen, gaat vanzelf over, aanhouden probleem
<i>Interne locus of control</i>	Het hebben van een interne controle-oriëntatie maakt dat de huisarts niet wordt bezocht.	“..Je moet zelf ook nadenken van hoe komt het dat ik dit heb? He, ben ik te laat naar bed gegaan, heb ik teveel gefeest, heb ik teveel gedronken, wat ik anders niet doe, waardoor ik gewoon uit mijn ritme ben? (...) Of heb ik kou gevat? Nou, dan moet ik uitzieken, daar komt die koorts van, enzovoorts.”	Wordt in totaal 4 keer genoemd, door mensen met een hoge ses.	Keelpijn is natuurlijk, huisarts geen problemen oplossen, interne controle-oriëntatie, gezondheidsovertuigingen, oorzaak is bekend
<i>Vertrouwen huisarts</i>	Het ontbreken van vertrouwen in de huisarts maakt dat de huisarts niet wordt bezocht.	Geïrriteerd. “Daar heb ik geen vertrouwen meer in, in die huisarts niet. Nee, dan denk ik gewoon van hoe vaker je er komt, hoe	Wordt 3 keer genoemd, door een persoon met lage ses.	Niet snel of zelden naar de huisarts, externe controle-oriëntatie, tekenbeet, negatief, doorsturen

		meer zij verdienen. Laten ze er maar wat aan doen. Ik moet er ook voor betalen, ziekenfonds is ook niet voor niks.”		
<i>Sociale steun</i>	Sociale steun uit het netwerk maakt dat de huisarts niet wordt bezocht.		Wordt 0 keer genoemd.	
<i>Sociale invloed/normen</i>	Sociale invloed/normen maken dat de huisarts niet wordt bezocht.	“Ik ben heel anders opgevoed door mijn ouders. Zo van niet piepen, niet zeuren maar doorgaan eigenlijk, tot het niet meer kan (...) ik loop niet om een kuchje naar de huisarts. Dat ben ik niet. Ik moet echt wel zoiets hebben van dit gaat niet meer, hiermee moet ik echt wel naar de dokter.”	Wordt 1 keer genoemd, door een persoon met een lage ses.	Ernstige situatie, sociale invloed/normen
<i>Gaat vanzelf over</i>	Het vanzelf overgaan van een probleem of situatie maakt dat de huisarts niet wordt bezocht.	“Ja, misschien ben ik daar heel nuchter in. Maar wij hebben vier kinderen en ze hebben allemaal weleens een keer koorts. Dan leg je ze op bed en euh.. Nou ja, ze doen het rustig aan. Ze zieken dan vanzelf uit.” “Ik ben niet naar de huisarts geweest (...) het gaat vanzelf weer over. Ik ben niet zo’n man die direct naar de huisarts toeloopt, gaat vanzelf weer over.”	Wordt in totaal 8 keer genoemd. Wordt 7 keer genoemd door mensen met een hoge ses, 1 keer door iemand met een lage ses.	Niet de huisarts bezoeken, niet snel of zelden naar de huisarts, eerdere ervaring/bekendheid, gezondheidsvaardigheden, pijnstilling innemen, aanhouden probleem
<i>Oorzaak is bekend</i>	De huisarts wordt niet bezocht omdat de participant weet waar de situatie/het probleem vandaan komt.	“..Nee, dat niet. Ik weet dan waar het aan ligt, ja.”	Wordt in totaal 2 keer genoemd. Wordt 1 keer genoemd door een persoon met een hoge ses, 1 keer door een persoon met een lage ses.	Interne controle-oriëntatie, interne locus of control
<i>Geen zorgen</i>	De huisarts wordt niet bezocht omdat de participant zich geen zorgen maakt of niet ongerust is.	Stellig en overtuigd. “Naar de huisarts bellen en een afspraak maken.. ach, even googelen, dat gaat een stuk sneller. En ja, het is dan toch	Wordt in totaal 6 keer genoemd. Wordt 2 keer genoemd door iemand met een hoge ses, 4 keer door mensen	Geven hulp/advies sociale omgeving, zelfstandig handelen, gezondheidsvaardigheden, COPD

		niet ernstig genoeg om direct naar de huisarts te gaan.” “En voor een griepje ga ik ook niet snel naar de dokter (...) Ik maakte mij totaal geen zorgen, nee.”	met een lage ses.	
<i>Niet lang genoeg</i>	De huisarts wordt niet bezocht omdat het probleem (nog) niet lang genoeg aanhoudt.	“Nou, dan voel ik me nog niet zo erg van nou ik moet direct naar een huisarts. Kijk, ik ben niet gauw ziek, als ik wel ziek ben dan ben ik wel echt drie of vier dagen ziek. En dan knap ik ook wel weer op. Dus eigenlijk ja, dan wacht ik eigenlijk die periode van vier dagen eigenlijk toch wel af, zo van wordt het dan wel beter. Zo niet, dan ga ik pas heen.”	Wordt in totaal 5 keer genoemd. Wordt 1 keer genoemd door iemand met een hoge ses, wordt 3 keer genoemd door mensen met een lage ses.	Gezondheidsovertuigen, gezondheidsvaardigheden, wel de huisarts bezoeken, aanhouden probleem
<i>Eerdere ervaring/bekendheid</i>	Eerdere ervaring of bekendheid met het probleem maakt dat de huisarts niet wordt bezocht.	“Ik heb wel dingetje gehad, die golfarm. Wel last van gehad. Maar goed, ik weet wat het is, ik ben er al eens een keer voor geweest, dan hoeft ik niet elke keer dat ik er last van heb weer mee heen.”	Wordt in totaal 4 keer genoemd, door iemand met een hoge ses.	Niet de huisarts bezoeken, afwezigheid gezondheidsprobleem, gaat vanzelf over, pijnstilling innemen, zelden ziek

7.5 Vergelijking van deductieve groepen

7.5.1 Vergelijking op basis van wat maakt dat mensen naar de huisarts gaan

Code	Hoge sociaaleconomische status		Lage sociaaleconomische status	
	<i>Context en betekenis</i>	<i>Hoe wordt het besproken en hoe vaak?</i>	<i>Context en betekenis</i>	<i>Hoe wordt het besproken en hoe vaak?</i>
<i>Aanwezigheid gezondheidsprobleem</i>	De aanwezigheid van een gezondheidsprobleem maakt dat de huisarts wordt bezocht. Het gaat bij deze mensen om hoesten, longproblemen, ziek kind, armproblemen, oogproblemen, hoge koorts en spataderen.	Wordt 15 keer genoemd. “Ik had iets in mijn oog gekregen en euh, normaal gesproken doet dat wel even zeer en gaat het wel weer over, maar dit ging niet over. Dus ik had zoiets van, foute boel.”	De aanwezigheid van een gezondheidsprobleem maakt dat de huisarts wordt bezocht. Het gaat bij deze mensen om een verstoord evenwichtsorgaan, tekenbeet, kramp in de hand, longproblemen, knieproblemen en hoge koorts.	Wordt 12 keer genoemd. “Nou, dat was met mijn knie. Dat ik eigenlijk weer dezelfde pijn had, wat ik voor die eerste operatie gehad had. Toen ben ik naar de huisarts geweest van ja, volgens mij heb ik het weer met mijn knie”
<i>Gezondheids-overtuigingen</i>	Het hebben van bepaalde gezondheidsovertuigingen maakt dat de huisarts wordt bezocht. Bij deze mensen gaat het om de overtuiging dat je je arts hoort te kennen, dit kan maken dat iemand de dokter bezoekt. Ook wordt er door dezelfde participant gesteld dat een dokter er is om erger te voorkomen. Een andere participant stelt dat een jong kind van alles kan hebben en dat dit een reden is om de dokter te bezoeken.	Wordt 3 keer genoemd. “En als dan blijkt dat die verkoudheid, dat dat echt verworden is tot een euh ernstige of meer ernstige situatie, daarvoor vind ik dat een dokter er is. Een dokter is er om erger te voorkomen.”	Het hebben van bepaalde gezondheidsovertuigingen maakt dat de huisarts wordt bezocht. Bij een participant in deze categorie gaat het om de overtuiging dat wanneer je merkt dat je niet gezond bent, je naar de huisarts toe gaat.	Wordt 1 keer genoemd. “Want als je gezondheid niet goed is en je verneemt dat, dan ga je automatisch naar de dokter toe. En dan wil je weten wat het is.”
<i>Gezondheids-vaardigheden</i>	Bepaalde gezondheidsvaardigheden maken dat de huisarts wordt bezocht. Bij de participant in kwestie betreft het de vaardigheid goed vast te kunnen stellen wat het gezondheidsprobleem is en of het hierbij nodig is om naar de huisarts te gaan. Dit komt in de theorie terug als de meest vergaande vorm van gezondheidsvaardigheden: de critical literacy.	Wordt 1 keer genoemd. “Of mijn keel moet zo dicht zitten dat ik niet meer kan slikken, dan denk ik nou, ik moet eens even in de spiegel kijken wat er aan de hand is. En heb ik koorts en heb ik witte vlekken in mijn keel of op mijn tong, ja goed, dan moet ik antibiotica hebben. Dat snap ik. Maar als ik buiten heb gezeten zoals nu en daar is	Bepaalde gezondheidsvaardigheden maken dat de huisarts wordt bezocht. Bij deze participant betreft het de vaardigheid die ontbreekt om gezondheidsinformatie goed te kunnen begrijpen en te weten wat hier vervolgens mee gedaan moet worden. Dit komt in de theorie terug als het ontbreken van de	Wordt 2 keer genoemd. “Nou, ik heb een papier gekregen dat ik naar de longarts moest. Die begreep ik niet en zo wat. Dat heb ik meegenomen, nou ze heeft het me toen uitgelegd. Van die dag moet je daarheen.”

		wind en je bent bezweet, dan is de kans dat je keelpijn krijgt aanwezig.	critical literacy. Ook kan afgevraagd worden of de participant in kwestie de basic/functional literacy vaardigheden heeft.	
<i>Externe locus of control</i>	Het hebben van een externe controle-oriëntatie maakt dat de huisarts wordt bezocht. Hier is bij deze participanten geen sprake van, zij hebben een meer interne controle-oriëntatie.	Wordt 0 keer genoemd.	Het hebben van een externe controle-oriëntatie maakt dat de huisarts wordt bezocht. Hier is bij deze participanten wel sprake van (vier van de vijf). De huisarts wordt gezien als iemand die de aangewezen persoon is om de gezondheidsproblemen op te lossen, zo nodig d.m.v. medicijnen.	Wordt 6 keer genoemd. “Als je constant last hebt en dit of dat en hoge koorts en je voelt je niet lekker en zo. Dan euh, daar is een huisarts voor, he.”
<i>Vertrouwen huisarts</i>	Het hebben van vertrouwen in de huisarts maakt dat de huisarts wordt bezocht. Beide participanten noemen niet expliciet dat dit maakt dat zij naar de huisarts gaat, maar uit de tekst valt wel te impliceren dat dit maakt dat het bezoeken van de huisarts als prettig wordt ervaren en dat er sprake is van vertrouwen in het goed uitvoeren van een onderzoek. Wanneer teruggekeken wordt naar de theorie, lijkt het hier met name om interpersoonlijk vertrouwen en bekwaamheid van de arts te gaan.	Wordt 2 keer genoemd. “Wat ik altijd wel heel prettig vind met haar, op het moment dat je die opbelt, die heeft gelijk in de gaten wie je bent (...) dat geeft wel een stuk vertrouwen. Dat vind ik wel ja, prettig.”	Het hebben van vertrouwen in de huisarts maakt dat de huisarts wordt bezocht. Dit lijkt bij deze participanten veel minder aan bod te komen. De participant die hierover spreekt, spreekt hier pas over nadat er specifiek naar vertrouwen wordt gevraagd. De positieve ervaring met huisartsbezoek wordt gekoppeld aan het hebben van vertrouwen in de dokter. Hieruit valt wel te impliceren dat dit vertrouwen en de positieve ervaring bevorderend werken wat betreft het bezoeken van de huisarts.	Wordt 1 keer genoemd, kort. I: “Omdat zo positief bent, zorgt dat er ook voor dat u vertrouwen heeft in de dokter?” P: “Jawel, jawel hoor.”
<i>Sociale steun</i>	Sociale steun uit het netwerk maakt dat de huisarts wordt bezocht. Vooral de partner lijkt hier een belangrijke rol in te spelen. Een van de drie participanten geeft aan dat de dokter pas bezocht wordt nadat de vrouwen hiertoe heeft	Wordt 6 keer genoemd. “Het is vaker zo bij ons dat als ik eens een keer ergens last van heb, of mijn vrouw heeft ergens last van, dat de ander dan zegt van nou, ga er eens mee heen. En dan zeg ik	Sociale steun uit het netwerk maakt dat de huisarts wordt bezocht. Ook bij deze groep lijkt de partner een belangrijke rol te spelen. Bij drie van de vier participanten blijkt dat de partner vaak adviseert om	Wordt 6 keer genoemd. “Nou, mijn man zegt het wel vaak tegen mij. Van ga nou maar eens even naar de dokter, want dit komt niet goed met

	<p>geadviseerd, een andere participant geeft aan hier niet altijd naar te luisteren. De derde participant geeft aan dat er sociale steun is van de partner in de vorm van overleg, maar dat zij uiteindelijk wel altijd een autonome beslissing maakt. De invloed van sociale steun lijkt bij deze participanten dus niet enorm groot. Terugblikkend op de theorie lijkt het hier vooral te gaan om informatie sociale steun (krijgen van informatie en advies).</p>	<p>ah nee, is niet nodig, dan moet ik weer vrij nemen, gaat vanzelf weer over.” “Ja, anders als dat mijn man zegt van misschien is het tijd dat je weer eens naar de fysio gaat, je krijgt nu wel weer vaak last van hoofdpijn. Dat zijn die gewone normale gesprekken, he. Maar we hebben daar niet euh, ja weet je (...) misschien ben ik daar gewoon redelijk autonoom in.”</p>	<p>naar de huisarts te gaan en dat dit advies ook opgevolgd wordt. Zonder dit advies waren deze participanten anders niet zo snel heengegaan. De vierde participant geeft ook aan te luisteren naar dit advies van de partner, maar geeft aan dat hij op den duur anders zelf ook wel de keuze zou maken om naar de huisarts te stappen. Terugblikkend op de theorie lijkt het ook hier vooral te gaan om informatie sociale steun (krijgen van informatie en advies).</p>	<p>jou. Dan denk ik van je hebt eigenlijk gelijk, ik ga morgen wel gelijk bellen voor een afspraak.”</p>
<p><i>Sociale invloed / normen</i></p>	<p>Sociale invloed en/of normen in het netwerk maken dat de huisarts wordt bezocht. Hier is sprake van bij één participant. Wederom speelt de partner hierin een belangrijke rol. Deze probeert de participant ervan te overtuigen dat hij naar de huisarts moet gaan. Het gaat hier om een speciale, in de theorie behandelde vorm van sociale invloed, namelijk sociale controle.</p>	<p>Wordt 2 keer genoemd door 1 participant. “Mijn vrouw die vond dat hoesten nogal ernstig of heftig, moet ik zeggen. En die zei van nu moet jij eens even.. en anders bel ik de dokter wel. Zo, weet je wel. Dreigementen van euh. Nou, toen heb ik een afspraak bij de dokter gemaakt uiteindelijk, na een aantal weken (...) Ik heb dan aansporing nodig om dat toch maar te doen.”</p>	<p>Sociale invloed en/of normen in het netwerk maken dat de huisarts wordt bezocht. Hier is meer sprake van dan bij de groep met hoge ses en wordt door drie participanten genoemd. De invloed is hier niet zo zeer expliciet, maar impliciet. De huisarts wordt bezocht doordat de participanten bepaalde ziektes/problemen om hen heen zagen (familie), dit maakte dat zij ook nagekeken wilden worden voor diezelfde problemen. Ook stelt een participant dat opvoeding van zijn ouders invloed heeft gehad op wat maakt dat hij naar de huisarts gaat. Het gaat hier om meer impliciete sociale invloed, o.b.v. normatieve en gedragsmatige sturing.</p>	<p>Wordt 4 keer genoemd. “Mijn broer die heeft Parkinson en mijn moeder had reuma. Dus, en op zo’n manier ga je er dan al even heen.” “Ik ben heel anders opgevoed door mijn ouders, zo van niet piepen en zeuren maar doorgaan, tot het niet meer kan. Dus ik loop niet om een kuchje naar de huisarts, dat ben ik niet.”</p>

<i>Kennismaken</i>	Het kennis willen maken met de huisarts maakt dat de huisarts wordt bezocht, deze participant vindt hecht belang aan het kennen van de huisarts. Staat los van het hebben van een gezondheidsprobleem.	Wordt 3 keer genoemd door 1 participant. "Een arts is toch wel iemand waarvan ik ook denk van dat is goed dat je die kent. Dus toen de nieuwe arts kwam zijn wij daar een keer geweest samen, samen met mijn vrouw ben ik daar geweest voor een kennismakingsgesprek. Nou, toen zijn we daar langs geweest en euh, hebben we daar een gesprekje gehad."	Het kennis willen maken met de huisarts als reden om de huisarts te bezoeken, wordt door deze participanten niet genoemd. Bij hen is het bezoek vrijwel altijd gekoppeld aan de aanwezigheid van een gezondheidsprobleem.	Wordt 0 keer genoemd.
<i>Verslechtering situatie</i>	Een verslechtering van de situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht. Drie van de vier participanten spreken hierbij over verhoging van koorts, 1 participant over van ziek naar doodziek gaan en 1 participant over niet meer drinken en geen contact meer krijgen met een kind.	Wordt 8 keer genoemd door drie van de vier participanten. "Die koorts, als die erg hoog wordt en die zou bijvoorbeeld op veertig graden of zo komen, euh.. het kan natuurlijk zo zijn dat een keelpijn en een verkoudheid dat dat overgaat tot een longontsteking of iets dergelijks."	Een verslechtering van de situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht. Twee participanten noemen dit kort en spreken over het niet meer drinken van een kind dat maakt dat de huisarts wordt bezocht.	Wordt 2 keer kort genoemd. "Toen op een zondag (...) hij at wel en hij dronk wel, maar niet van harte. Maar euh, toen heb ik op een zondag gezegd van ik ga nu de nacht niet meer met hem in, ik bel naar de huisarts toe."
<i>Hulp om beter te worden</i>	Het nodig hebben van hulp om weer beter te kunnen worden, maakt dat de huisarts wordt bezocht.	Wordt 2 keer genoemd door één participant. "Het gaat erom, je kunt zodanig ziek worden dat je zegt van ja nou heb ik toch even.. nou helpt een paracetamolletje niet meer, nou heb ik toch even een ander medicijn nodig."	Het nodig hebben van hulp om weer beter te kunnen worden, maakt dat de huisarts wordt bezocht.	Wordt 1 keer kort genoemd door één participant. "Ik wist wel zeker dat ik weer geopereerd moest worden, want ik had dezelfde pijn weer."
<i>Ernstige situatie</i>	De perceptie van een ernstige situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht.	Wordt 4 keer genoemd. "Er moet iets aan de hand zijn wat ja, of ik moet ernstig ziek worden dat ik denk van nou, dit is niet goed."	Het nodig hebben van hulp om weer beter te kunnen worden, maakt dat de huisarts wordt bezocht	Wordt 3 keer genoemd. "Omdat ja, ze kan ook in levensgevaar zijn, dus. Je weet het maar nooit. Dan ben je verplicht een beetje, vind ik, om die kinderen te helpen en

				niet dood te laten gaan.”
<i>Afwijkende situatie</i>	Het opmerken van een afwijkende situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht. Heeft bij deze participanten betrekking op zowel henzelf als de kinderen.	Wordt 5 keer genoemd. “Kijk, ik ken mijn eigen kinderen wel.. deze situatie, die van mij die zijn normaal gesproken.. ’s morgens gaan de luiken open en dan is het springen en dansen en gek doen. Gebeurt dat niet, dan is er gewoon wel wat aan de hand, dan zijn ze wel echt ziek.”	Het opmerken van een afwijkende situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht. Heeft bij deze participant betrekking op haarzelf.	Wordt 1 keer genoemd. “Ja, dan zou ik zeggen een vreemde situatie. Een pijn die je nog nooit gevoeld hebt, bijvoorbeeld.”
<i>Ongerustheid</i>	Het willen krijgen van geruststelling of bezorgd of ongerust zijn maakt dat de huisarts wordt bezocht. Wordt door deze participanten niet veel genoemd. Wanneer dit wel genoemd wordt, lijkt het om zowel het krijgen van geruststelling als de aanwezigheid van ergere ongerustheid/ bezorgdheid te gaan. Heeft zowel betrekking op de participanten zelf als op kinderen.	Wordt 5 keer genoemd. “Omdat ik dat voortraject al redelijk bewust heb gedaan, he, weet ik voor mezelf al wel zeker dat ik euh, nou, ook voor mijn eigen geruststelling op dat moment, dat ik denk van nou loop ik al zo lang met die keelpijn rond.. het had eigenlijk al wel weg moeten zijn, dus misschien is het toch wel iets anders. Misschien moet ik toch wel even een afspraak gaan maken.”	Het willen krijgen van geruststelling of bezorgd of ongerust zijn maakt dat de huisarts wordt bezocht. Bij deze participanten speelt ongerustheid een grotere rol en dan met name de bezorgdheid/ongerustheid i.p.v. het willen krijgen van geruststelling. Heeft zowel betrekking op participanten zelf als op kinderen. Ook gaat een participant af en toe naar de huisarts wanneer zij zich zorgen maakt over haar ziekte, de huisarts maakt dan een praatje met haar en stelt haar op die manier gerust.	Wordt 11 keer genoemd. “Omdat een moeder gauw bezorgd is en omdat hij koorts heeft, of zij. Kijk, dan ga ik wel naar de dokter natuurlijk. Je bent bezorgd, he, je wil weten wat er aan de hand is.” “En tussendoor ook, als ik me zorgen maak zeg maar, die ziekte wat ik heb. Dan zegt dokter ___ van kom gerust langs, dan gaan we gewoon een praatje maken, dan kan ik je weer geruststellen en weet ik het wat.”
<i>Onbekendheid</i>	Onbekendheid met een situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht. Twee van de drie participanten noemen dat dit vooral een rol zou spelen bij hun kind. Eén participant betreft dit op haarzelf.	Wordt 4 keer genoemd. “Of waar ik mij dusdanig zorgen over maak, wat ik niet kan plaatsen, wat nader onderzocht moet worden.”	Onbekendheid met een situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht. Dit lijkt bij deze participanten een wat grotere rol te spelen. Drie van de vijf participanten noemen dit als factor. Heeft zowel betrekking op henzelf	Wordt 8 keer genoemd. “.Kijk, het moet wel echt ziek zijn of echt pijn hebben. Of een pijn in je lichaam die je niet plaatsen kan.”

			als op kinderen.	
<i>Angst</i>	Angst maakt dat de huisarts wordt bezocht. Lijkt over het algemeen geen grote rol te spelen, maar wel wanneer het om een ernstige situatie met het kind gaat.	Wordt 1 keer genoemd, door één participant. “Dat kind kan geen lucht meer krijgen.. nou dan ben je.. paniek, dan ben je wel angstig. Ik dacht toen ook van we verliezen ons kind, dat dacht ik. Dan bel je onmiddellijk de huisarts en die begrijpt dat dan ook wel.”	Angst maakt dat de huisarts wordt bezocht. Ook hier speelt het geen grote rol, maar wel wanneer het een ernstige situatie met en kind betreft.	Wordt 1 keer genoemd, door één participant. “Want als iemand zo benauwd is, dat laat je niet lopen, he (...) Ja, dat is echt angst, hoor.”
<i>Controle</i>	Het moeten ondergaan van een controle maakt dat de huisarts wordt bezocht. Het gaat hier om controle voor de longen.	Wordt 2 keer genoemd door één participant. “Nou dat is dus gewoon een controle, ze kijkt of je voldoende volume hebt en ze luistert dus ook naar je longen. Of die inderdaad, of er ook delen van de longen vol zitten of iets dergelijks.”	Het moeten ondergaan van een controle maakt dat de huisarts wordt bezocht. Dit wordt door deze participanten niet genoemd en lijkt dus geen invloedsfactor te zijn op het bezoeken van de huisarts.	Wordt 0 keer genoemd.
<i>Aanhouden probleem</i>	Het langer aanhouden van een (problematische) situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht	Wordt 13 keer genoemd. “Euh, ik had iets in mijn oog gekregen en euh, normaal gesproken doet dat wel even zeer en gaat het wel weer over, maar dit ging niet over. Dus ik had zoiets van, foute boel.”	Het langer aanhouden van een (problematische) situatie maakt dat de huisarts wordt bezocht.	Wordt 8 keer genoemd. “Een paar dagen dacht ik is griepje, gaat wel over, weet je wel. Maar dat bleef maar doorgaan, wel twee weken lang. Toen dacht ik nou ga ik eens een keer heen.”
<i>Pijn/ongemak</i>	Het hebben van pijn of ongemak maakt dat de huisarts wordt bezocht. Hier is bij één van de vijf participanten sprake van.	Wordt 6 keer genoemd. “Ik was bezig met wat hout kloven en toen sprong er een stukje hout in. De volgende ochtend heb ik mij toen gemeld bij de huisarts.. werd ik met een tube chlooramfenicol naar huis gestuurd, van druppelen en dat gaat wel over, maar die dag erna deed het nog ontzettend veel pijn. Teruggegaan, heeft	Het hebben van pijn of ongemak maakt dat de huisarts wordt bezocht. Dit is bij deze participanten een erg grote invloedsfactor voor het bezoeken van de huisarts en wordt door alle vijf de participanten genoemd.	Wordt 16 keer genoemd. “Ja omdat er zo’n dikke keel zat en slikken deed mij zeer (...) en aan de amandelen ook, helemaal dik opgezwollen. Dus zodoende.” “En dan ga je ermee heen. Dan denk je dit hoeft toch niet, dat je drie vier vijf keer op een

		de huisarts gekeken met contrastvloeistof en een blauw lampje maar die kon niet echt iets zien. Toch doorgestuurd naar de oogarts.”		dag die kramp krijgt.”
<i>Doorverwijzen</i>	Het doorverwezen willen worden naar een specialist/ziekenhuis maakt dat de huisarts wordt bezocht. Het gaat in dit geval om een doorverwijzing naar de fysio. Hierbij speelt het een rol dat wanneer mevrouw rechtstreeks naar de fysio zou gaan, zij al een behandeling kwijt zou zijn.	Wordt 2 keer genoemd. “Volgens mij heb ik gewoon gezegd van ik moet naar de fysio. En toen zei de dokter van dan schrijf ik even een verwijsbriefje. Als ik eerst naar de fysio zou gaan, ben ik al een behandeling kwijt. Dus als ik me laat doorverwijzen, heb ik een extra behandeling.”	Het doorverwezen willen worden naar een specialist/ziekenhuis maakt dat de huisarts wordt bezocht. Het gaat bij deze participant om een doorverwijzing naar het ziekenhuis (kaakchirurg).	Wordt 2 keer kort genoemd. “Ik wil binnenkort nog wel heen want ik wil mijn ondergebit er eigenlijk helemaal uit hebben (...) Ja, doorverwijzing naar het ziekenhuis. En ja, dan ga ik toch alles in een keer laten trekken en dat ga je niet zomaar een twee drie doen bij een tandarts.”
<i>Invloed werk</i>	Invloed vanuit het werk/de baas maakt dat de huisarts wordt bezocht, bij ziekte oefent de baas druk uit om langs de huisarts te gaan. Toch verwacht de participant dat dit niet snel zal gebeuren, aangezien hij zelden ziek is.	Wordt 1 keer genoemd. “Euh, als ze van het werk beginnen te zeuren van ho, zou je niet eens naar de dokter gaan? Dat zou ook een dingetje kunnen zijn.”	Invloed vanuit het werk/de baas maakt dat de huisarts wordt bezocht, bij ziekte oefent de baas druk uit om langs de huisarts te gaan. Dit wordt niet genoemd door deze participanten en lijkt geen rol te spelen.	Wordt 0 keer genoemd.
<i>Beperkt in functioneren</i>	Beperkt zijn in het (dagelijks) functioneren maakt dat de huisarts wordt bezocht. Het gaat hierbij om zodanig beperkt zijn, dat je <u>helemaal niks</u> meer kan en heeft betrekking op problemen met het oog.	Wordt 2 keer genoemd. “Dat voel je dan aan de binnenkant van je oog. Dus op een gegeven moment, dan is het euh, heel naar. En het gaat irriteren en tranen. Je hebt echt zo’n dik oog. Die andere gaat ook gewoon mee doen. Je bent op dat moment ook eigenlijk gewoon niet meer om staat om iets te doen (...) want op dat moment kun je niks.”	Beperkt zijn in het (dagelijks) functioneren maakt dat de huisarts wordt bezocht. Bij deze participant gaat het niet zozeer om totaal beperkt zijn in het functioneren, maar gaat het erom dat niet meer kunnen doen wat je graag <u>wil</u> doen maakt dat de huisarts wordt bezocht. Het gaat bij deze participant om koorts en rugpijn.	Wordt 3 keer genoemd. “Koorts en keelpijn, ik bedoel, er is altijd wel een remedie voor waardoor je je snel weer beter voelt. In plaats van door te blijven lopen en ziek blijven. En je wil toch ook graag doen wat je graag wil doen. En als je dat niet kan, ja, dan moet dat opgelost

				worden.”
<i>Klein kind</i>	De huisarts wordt bezocht omdat het een klein kind betreft. De participant in kwestie laat merken dat je met een klein kind niet altijd goed weet wat er loos is en dat dit maakt dat de huisarts wordt bezocht. Deze participant geeft ook aan dat een kind van alles kan hebben.	Wordt 2 keer genoemd. “En ja, met zo’n klein kereltje, dan is het toch wel even de vraag van is hij zelf in staat om aan te geven wat er is? Dus met name daardoor zou ik wel contact opnemen met de huisarts.” “Omdat het je kind is en het een heel hopeloos iets is, die dingen die kunnen nog niet zoveel doen (lachend). Dus voor de zekerheid.”	De huisarts wordt bezocht omdat het een klein kind betreft. Eén van de drie participanten benadrukt hiertoe de kwetsbaarheid van een klein kind, de andere twee hebben het meer over bezorgdheid en onzekerheid.	Wordt 3 keer genoemd. “Ja, die zijn nog zo teer, he. Ik bedoel, die zijn nog heel jong.”

7.5.2 Vergelijking op basis van wat maakt dat mensen niet naar de huisarts gaan

Code	Hoge sociaaleconomische status		Lage sociaaleconomische status	
	<i>Context en betekenis</i>	<i>Hoe wordt het besproken en hoe vaak?</i>	<i>Context en betekenis</i>	<i>Hoe wordt het besproken en hoe vaak?</i>
<i>Afwezigheid gezondheidsprobleem</i>	De afwezigheid van een gezondheidsprobleem maakt dat de huisarts wordt niet wordt bezocht. De participanten in kwestie stellen dat er geen klachten waren, er was niks om mee naar de huisarts te gaan. Dit is bij deze mensen veelal gekoppeld aan het feit dat zij niet snel ziek zijn of iets hebben.	Wordt 3 keer genoemd. “Ja ik ben eigenlijk niet ziek en heb eigenlijk geen gezondheidsklachten, of zo.” “Omdat ik heel gezond ben. Nee, ik heb eigenlijk geen dingen.”	De afwezigheid van een gezondheidsprobleem maakt dat de huisarts niet wordt bezocht.	Wordt 2 keer genoemd. “Als ik niets heb, dan ga ik niet. Dat is makkelijk zat, ik heb geen klachten dus ga ik niet naar de huisarts.”
<i>Gezondheidsovertuigingen</i>	Het hebben van bepaalde gezondheidsovertuigingen maakt dat de huisarts niet wordt bezocht. Het gaat bij deze twee participanten om de overtuiging dat je voor keelpijn niet naar de huisarts gaat en de overtuiging dat naar de huisarts gaan met 39 graden koorts geen zin heeft.	Wordt 2 keer genoemd. “Nee, heeft geen enkele zin. Dan zegt de dokter ja, dat is negenendertig, bij een kind onder de tien moet het echt al wel eenenveertig zijn, wil het alarmerend zijn.”	Het hebben van bepaalde gezondheidsovertuigingen maakt dat de huisarts niet wordt bezocht. Bij de participant in kwestie gaat het om de overtuiging dat de huisarts zijn probleem niet zal verhelpen en alleen maar aan wil kijken. Dit maakt dat hij hier niet meer naar toe gaat.	Wordt 2 keer genoemd, door 1 participant. “Ik ga er niet weer heen (...) Als ze er toch niets aan doen. Iedere keer maar een beetje afwachten.”
<i>Gezondheidsvaardigheden</i>	Het hebben van bepaalde gezondheidsvaardigheden	Wordt 4 keer genoemd. “Het	Het hebben van bepaalde	Wordt 0 keer genoemd.

	<p>n maakt dat de huisarts niet wordt bezocht. De ene participant heeft de vaardigheid in te schatten wat de huisarts zal zeggen over dit probleem en dat er op dit moment nog niks aan gedaan kan worden. Dit maakt dat zij niet heengaat. Dit betreft de in de theorie behandelde <i>critical literacy</i>: de participant kan kritisch inschatten of het zinvol is om naar de huisarts te stappen.</p> <p>Bij de tweede participant gaat het om de vaardigheid zelf op internet op te zoeken wat er precies met hem aan de hand is en wat de ernst van de situatie is. Vervolgens wordt op basis van deze informatie beslist of het nodig is om naar de huisarts te gaan. Ook dit betreft de <i>critical literacy</i>.</p>	<p>realiteitsbesef dat de huisarts, als ik daar kom en mij uit mijn bed heb gesleept, zegt van oh dit is de tweede dag en waarschijnlijk is het een virus en dat duurt drie, vier dagen. Dus komt u maandag nog een keer terug. Dus ik zou pas als ik een week hele dikke koorts en keelpijn had, naar de huisarts gaan. Omdat de realiteit gebied te zeggen dat je teruggestuurd wordt, omdat ze niet kunnen bepalen of je antibiotica nodig hebt. Omdat ze niet kunnen bepalen of het een virus of bacterie is, op dat moment.”</p> <p>“Op het moment dat ik denk van er is wat anders aan de hand, dan gaan we eerst zelfdokteren. Daar hebben we google voor, tegenwoordig.”</p>	<p>gezondheidsvaardigheden maakt dat de huisarts niet wordt bezocht.</p>	
<i>Interne locus of control</i>	<p>Het hebben van een interne controle-oriëntatie maakt dat de huisarts niet wordt bezocht. De twee participanten in kwestie geven aandacht aan de eigen rol in het ontstaan en oplossen van gezondheidsproblemen. De ene participant stelt dat een huisarts er sowieso niet is om je problemen op te lossen, dit dien je zelf te doen. De andere participant benadrukt het belang van reflectie. Hoe komt het dat er sprake is van een bepaald gezondheidsprobleem? Ben je hier zelf verantwoordelijk voor? Volgens haar dien je hier goed over na te denken en niet zomaar naar de</p>	<p>Wordt 4 keer genoemd. “Je moet je eigen problemen oplossen, daar is een huisarts niet voor.”</p> <p>“Je moet zelf ook nadenken van hoe komt het dat ik dit heb? He, ben ik te laat naar bed gegaan, heb ik teveel gefeest, heb ik teveel gedronken, wat ik anders niet doe, waardoor ik gewoon uit mijn ritme ben? Dat zou een rol kunnen zijn, of heb ik op de tocht gestaan of zonder jas door de regen gelopen, waardoor ik gewoon kou heb gevat? Nou, dan moet ik uitzieken, daar komt die koorts van,</p>	<p>Het hebben van een interne controle-oriëntatie maakt dat de huisarts niet wordt bezocht. Dit wordt niet genoemd door deze participanten.</p>	<p>Wordt 0 keer genoemd.</p>

	huisarts te stappen.	enzovoorts.”		
<i>Vertrouwen huisarts</i>	Het ontbreken van vertrouwen in de huisarts maakt dat de huisarts niet wordt bezocht. Dit wordt niet genoemd door deze participanten en lijkt geen rol te spelen bij het niet bezoeken van de huisarts.	Wordt 0 keer genoemd.	Het ontbreken van vertrouwen in de huisarts maakt dat de huisarts niet wordt bezocht. Deze participant heeft negatieve ervaringen met het bezoeken van de huisarts. Volgens hem wordt er geen actie ondernomen en moet hij telkens maar weer aankijken wat betreft zijn probleem. Hij heeft geen vertrouwen meer in de huisarts en wil er niet meer heen. Terugkijkend naar de theorie ontbreekt het bij deze participant aan twee vormen van vertrouwen in de huisarts, namelijk trouw en bekwaamheid. Volgens de participant handelt de huisarts niet altijd in het belang van de patiënt en maakt hij of zij niet de juiste beslissingen (aankijken i.p.v. behandelen/doorsturen). Ook betreft de participant dit niet enkel op zijn huisarts zelf, maar spreekt van ‘ze’. Dit duidt op ontbreken van algemeen vertrouwen.	Wordt 3 keer genoemd door één participant, boos en geïrriteerd. “Daar heb ik geen vertrouwen meer in, in die huisarts niet. Nee. Dan denk ik gewoon zo van hoe vaker je komt, hoe meer zij verdienen. Laten ze er maar wat aan doen. Ik moet er ook voor betalen, ziekenfonds is ook niet voor niks.” “Ze willen eerst zelf proberen en als het te laat is dan euh, dan word je een keer weggestuurd. Dan denk ik gewoon zo van donder toch op, hoeft van mij niet meer. Dan hoef ik daar ook niet te komen.”
<i>Sociale steun</i>	Sociale steun maakt dat de huisarts niet wordt bezocht. Hier lijkt geen sprake van te zijn.	Wordt 0 keer genoemd.	Sociale steun maakt dat de huisarts niet wordt bezocht. Hier lijkt geen sprake van te zijn.	Wordt 0 keer genoemd.
<i>Sociale invloed/normen</i>	Sociale invloed en/of normen in het netwerk maken dat de huisarts niet wordt bezocht. Hier is geen sprake van bij deze participanten.	Wordt 0 keer genoemd.	Sociale invloed en/of normen in het netwerk maken dat de huisarts niet wordt bezocht. Hier is sprake van bij één participant. Het gaat hier om impliciete invloed. De participant heeft van via zijn ouders van	Wordt 1 keer genoemd. “Ik ben heel anders opgevoed door mijn ouders. Zo van niet piepen, niet zeuren maar doorgaan eigenlijk, tot het niet meer kan. Is niet

			huis uit meegekregen dat je niet zomaar naar de huisarts gaat, dan moet er wel wat ernstigs aan de hand zijn. Dit is ook hoe hij nu denkt en handelt.	verkeerd hoor, maar ik loop niet om een kuchje naar de huisarts. Dat ben ik niet.”
<i>Gaat vanzelf over</i>	De huisarts wordt niet bezocht omdat het probleem of de situatie vanzelf weer over gaat.	Wordt 7 keer genoemd, vanzelfsprekend. “..Dan heb ik zoiets van nou, valt wel mee, gaat wel over. Paracetamolletje erin en ik kan het wel hebben, het gaat vanzelf wel over.” “Ja, misschien ben ik daar heel nuchter in. Maar wij hebben vier kinderen en ze hebben allemaal weleens een keer koorts. Dan leg je ze op bed en euh.. Nou ja, ze doen het rustig aan. Ze zieken dan vanzelf uit.”	De huisarts wordt niet bezocht omdat het probleem of de situatie vanzelf weer over gaat.	Wordt 1 keer genoemd. “Het gaat vanzelf wel weer over. Ik ben niet zo’n man die direct naar de huisarts toeloopt, het gaat vanzelf wel weer over.”
<i>Oorzaak is bekend</i>	De huisarts wordt niet bezocht omdat de participant weet waar het probleem/de situatie vandaan komt. Deze participant benadrukt hiertoe het belang van kritische reflectie. Als je weet waar het probleem vandaan komt, is het niet altijd nodig om naar de huisarts te gaan.	Wordt 1 keer genoemd. “Je moet zelf ook nadenken van hoe komt het dat ik dit heb? He, ben ik te laat naar bed gegaan, heb ik teveel gefeest, heb ik teveel gedronken, wat ik anders niet doe, waardoor ik gewoon uit mijn ritme ben? Dat zou een rol kunnen zijn, of heb ik op de tocht gestaan of zonder jas door de regen gelopen, waardoor ik gewoon kou heb gevat? Nou, dan moet ik uitzielen, daar komt die koorts van, enzovoorts.”	De huisarts wordt niet bezocht omdat de participant weet waar het probleem/de situatie vandaan komt. Deze participant heeft vaak last van vermoeidheid en weet dat dit door een probleem met haar longen komt. Hierdoor gaat ze niet elke keer met deze vermoeidheid naar de huisarts.	Wordt 1 keer genoemd. “Nee, dat niet. Ik weet dan waar het aan ligt, ja.”
<i>Geen zorgen</i>	De huisarts wordt niet bezocht omdat de participant zich geen zorgen maakt of niet ongerust is.	Wordt 2 keer genoemd door één participant. “En als ik me niet helemaal lekker voel, dan heb ik zoiets van, valt wel mee.” “En ja, het is toch niet ernstig	De huisarts wordt niet bezocht omdat de participant zich geen zorgen maakt of niet ongerust is.	Wordt 4 keer genoemd door drie participanten. “En voor een griepje ga ik ook niet snel naar de dokter

		genoeg om direct mee naar de huisarts te gaan.”		(...) Ik maakte mij totaal geen zorgen, nee.”
<i>Niet lang genoeg</i>	De huisarts wordt niet bezocht omdat het probleem (nog) niet lang genoeg aanhoudt.	Wordt 2 keer genoemd, kort. “..En euh, het is de eerste dag.”	De huisarts wordt niet bezocht omdat het probleem (nog) niet lang genoeg aanhoudt.	Wordt 3 keer genoemd. “Als het een paar dagen volhoudt, dan zou ik naar de huisarts toegaan.” “Nou, dan voel ik me nog niet zo erg van nou ik moet direct naar een huisarts. Kijk, ik ben niet gauw ziek, als ik wel ziek ben dan ben ik wel echt drie of vier dagen ziek. En dan knap ik ook wel weer op. Dus eigenlijk ja, dan wacht ik eigenlijk die periode van vier dagen eigenlijk toch wel af, zo van wordt het dan wel beter. Zo niet, dan ga ik pas heen.”
<i>Eerdere ervaring/bekendheid</i>	Eerdere ervaring of bekendheid met het probleem maakt dat de huisarts niet wordt bezocht. Deze participant spreekt over koorts, keelpijn, je niet lekker voelen, verkoudheid, griepje en een golfarm. Omdat hij hier eerder last van heeft gehad, weet hij wat het is en gaat hij er niet mee naar de huisarts.	Wordt 4 keer genoemd door één participant. “Ik heb wel dingetjes gehad, die golfarm. Wel last van gehad. Maar goed, ik weet wat het is, ik ben er al eens een keer voor geweest, dan hoeft ik niet elke keer dat ik er last van heb weer ermee heen.”	Eerdere ervaring of bekendheid met het probleem maakt dat de huisarts niet wordt bezocht.	Wordt 0 keer genoemd.

7.5.3 Vergelijking op basis van verwachtingen

Code	Hoge sociaaleconomische status		Lage sociaaleconomische status	
	Context en betekenis	Hoe wordt het besproken en hoe vaak?	Context en betekenis	Hoe wordt het besproken en hoe vaak?
<i>Huisarts kent mij</i>	De participant verwacht dat de huisarts hem of haar	Wordt 5 keer genoemd, door 3 participanten. “Nou ja, die huisarts	De participant verwacht dat de huisarts hem of haar	Wordt 4 keer genoemd, door 3 participanten.

	<p>kent. Eén van de participanten ziet dit echt als iets wat vanzelfsprekend is. De andere twee participanten zien dit meer als iets waar zij belang aan hechten en waarderen. Alle drie de participanten geven aan dat hun huisarts aan deze verwachting voldoet.</p>	<p>kent mij natuurlijk ook wel een beetje inmiddels. Die weet ook wel hoe ik in elkaar zit.” “Wat ik altijd wel heel prettig vind met haar, op het moment dat je die opbelt, die heeft gelijk in de gaten wie je bent en die is wat dat betreft daar heel goed in.”</p>	<p>kent. Bij twee participanten is er de verwachting dat de huisarts hun kent en zij geven aan dat dit ook werkelijk het geval blijkt te zijn. De derde participant vertelt dat de huisarts niet aan deze verwachting van haar voldoet en spreekt daardoor negatief over de huisarts. De huisarts blijft haar vragen wat er aan de hand is en wat ze voor de participant kan betekenen, maar de participant zou liever zien dat de huisarts weet waarvoor zij langskomt.</p>	<p>“..Maar als ik dan met een vreemde dokter ben of wat dan ook, die begrijpt mij meestal niet. Dus, en zij wel. Zij weet mijn situatie wel.” “Dan kom je bij de dokter en dan is het net of ze nergens iets van weet. Dan zegt ze van, wat kan ik voor je doen? Waarom ben je hier? Dan denk ik mens, rot op, weet je wel. Dan denk ik van man, doe normaal. Ik kom voor de dokter euh, niet voor andere dingen. Voor mijn klachten.”</p>
<i>Huisarts begrijpt mij</i>	<p>De participant verwacht dat de huisarts hem of haar begrijpt. Deze verwachting komt bij deze participanten niet naar voren.</p>	<p>Wordt 0 keer genoemd.</p>	<p>De participant verwacht dat de huisarts hem of haar begrijpt. De ene participant vertelt dat de huisarts aan deze verwachting van haar voldoet, ze ervaart dit dan ook als zeer positief. De andere participant benoemt kort dat de huisarts haar situatie wel begrijpt en dat de huisarts weet waar zij over praat.</p>	<p>Wordt 2 keer genoemd, door 2 participanten. “Mijn situatie begrijpt ze wel. Ik heb een beperking, zeg maar. Ik heb Lexapro en zo voort. En ik ben heel vergeetachtig. Moeilijke woorden, daar kom ik niet uit dan. Zij begrijpt mij dan.”</p>
<i>Huisarts luistert naar mij</i>	<p>De participant verwacht dat de huisarts naar hem of haar luistert. Dit vindt zij belangrijk omdat zij, wanneer zij naar de huisarts gaat, zelf dan al redelijk heeft kunnen inschatten dat dit ook echt nodig is. De andere participant vind dit belangrijk omdat zij niet zomaar</p>	<p>Wordt 2 keer genoemd, door 2 participanten. “wat heel veel mensen doen, die gaan eerst naar de huisarts en dan gaan ze de dingen allemaal doen die ik net vertelde, en dan wordt er een vervolg.. kijk, als ik bij de huisarts zit, dan wil ik ook wel dat er naar mij geluisterd wordt en dat er meteen ook actie</p>	<p>De participant verwacht dat de huisarts naar hem of haar luistert. Bij andere huisartsen heeft deze participant weleens gemerkt dat er door haar verhaal heen werd gepraat, dit vond zij niet prettig. Haar eigen huisarts voldoet wel aan haar verwachting.</p>	<p>Wordt 1 keer genoemd. “Ja, die luistert gewoon naar je. Die andere dokters die er zijn, die luisteren wel maar ja, die doen het heel anders (...) als je aan het praten bent,</p>

	naar de huisarts stapt, dus als zij dit wel doet, verwacht zij ook dat er echt naar haar geluisterd wordt.	ondernomen wordt. Want dan heb ik dat voorstadium van aanzeuren en bekijken, dat heb ik dan al gehad. Ik denk dat ik daar zelf wel redelijk nuchter verstand voor heb om dat in te schatten.”		praten ze er ineens tussendoor, weet je wel.”
<i>Serius genomen worden</i>	De participant verwacht dat de huisarts hem of haar serieus neemt. Bij alle drie de participanten komt naar voren dat deze verwachting gelinkt is aan het zelden bezoeken van de huisarts. Als deze participanten dan wel een keer naar de huisarts gaan, is er naar hun idee ook echt iets aan de hand en willen zij daardoor graag serieus genomen worden. Hun ervaringen hiermee zijn in alle gevallen positief, de huisarts voldoet aan deze verwachting.	Wordt 5 keer genoemd, door 3 participanten. “Nou, dat ze wel mijn klachten serieus neemt. Ik weet natuurlijk ook wel dat er genoeg mensen zomaar naar de huisarts gaan, want toevallig heb ik op mijn werk ook wel huisartsen als klant, nou die klagen ook weleens dat mensen in deze regio veel te veel komen, wanneer het eigenlijk bijna niks is. Dus als ik dan heen ga, dan hoop ik wel dat ze me serieus nemen. En dat is wel altijd zo geweest, hoor.” “Weet je, ik ga daar niet zo vaak heen en als ik er kom dan wil ik serieus genomen worden.”	De participant verwacht dat de huisarts hem of haar serieus neemt. Deze verwachting komt bij deze participanten niet naar voren.	Wordt 0 keer genoemd.
<i>Oplossingen zoeken/krijgen</i>	De participant verwacht dat er naar een oplossing gekeken wordt of dat hij of zij een oplossing krijgt. Bij deze twee participanten gaat het om de verwachting dat er naar een oplossing gezocht wordt. Dit is bij beide gekoppeld aan het feit dat zij niet snel de huisarts bezoeken, dus als zij dit wel doen, er ook wel echt naar een oplossing gezocht moet worden.	Wordt 3 keer genoemd, door 2 participanten. “Dan wil ik gewoon dat er naar een oplossing wordt gekeken en dat het niet euh.. en inmiddels heb ik een huisarts gevonden die gewoon wel weet dat ik euh niet vaak zeur. En als er wat is, dat er echt wel wat is. Dat je dan even wat moet doen.”	De participant verwacht dat er naar een oplossing gekeken wordt of dat hij of zij een oplossing krijgt. Deze ene participant verwacht dat zij ook echt een oplossing zal krijgen van de huisarts. Volgens haar is er namelijk altijd wel een oplossing voor de problemen. De andere participant geeft aan dat de huisarts vaak niet aan deze verwachting voldoet en dat hij vaak naar huis gestuurd wordt met de boodschap dat hij het aan moet kijken. Hier is hij niet tevreden over, hij wil dat er naar een oplossing gezocht	Wordt 2 keer genoemd, door 2 participanten. “Nou ja, koorts en keelpijn, ik bedoel euh, er is altijd wel een remedie voor waardoor je je snel weer beter voelt. In plaats van door te blijven lopen en ziek blijven. En je wil toch ook graag doen wat je graag wil doen. En als je dat niet kan, ja, dan moet dat opgelost worden.” “En nou ja, dan moet je eerst maar even vier week aanzien. Dan moet je dat

			wordt.	weer aanzien.. ik zei als het zo moet, alleen maar aanzien, wat doe ik hier dan (geïrriteerd). Dan ga ik er niet weer heen. Zo ben ik dan, hoor.”
<i>Medicijnen krijgen</i>	De participant verwacht dat hij of zij medicijnen krijgt bij het bezoeken van de huisarts. De participant vertelt dat zij zelden ziek is, maar uit ervaring weet ze dat als ze dan ziek is, ze een kuurtje meekrijgt waardoor het snel weer over is. Dit betekent niet dat de huisarts niet aan haar verwachtingen voldoet als zij deze medicijnen niet krijgt, maar eerdere ervaring maakt dat zij denkt dat de huisarts op deze manier zal handelen.	Wordt 1 keer genoemd. “Nou, ik ben eigenlijk bijna nooit ziek. Maar als ik dan ziek ben, dan krijg ik meestal een kuurtje mee en dat helpt wel heel vaak dan. Dan is het eigenlijk gelijk weer over.”	De participant verwacht dat hij of zij medicijnen krijgt bij het bezoeken van de huisarts. Bij drie participanten heerst echt de verwachting en hoop dat de huisarts medicijnen zal geven voor een bepaalde klacht. Op deze manier verwachten zij dat ze weer beter zullen worden. Bij de andere participant is het, net als bij de participant met hoge ses, meer de eerdere ervaring die maakt dat hij verwacht dat de huisarts iets voor zal schrijven, niet zozeer de hoop hierop.	Wordt 7 keer genoemd, door 4 personen. “Ik hoop ten eerste dat ik dan een griepje heb en dat ik er medicijnen voor krijg. Zodat ik weer beter kan worden.” “Ik denk dat je dan een penicillinekuurtje krijgt of tabletten, om je herstel toch te bevorderen, dat het sneller overgaat (...) want meestal als ik goed ziek ben, dan krijg ik wel medicijnen.
<i>Doorgestuurd worden</i>	De participant verwacht dat hij of zij doorgestuurd wordt door de huisarts. Geen van deze participanten geeft aan deze verwachting te hebben.	Wordt 0 keer genoemd.	De participant verwacht dat hij of zij doorgestuurd wordt door de huisarts. De ene participant wil dit graag zodat zijn ongerustheid weggenomen kan worden, zonder het krijgen van een scan blijft deze aanwezig. De participant is negatief over de huisarts omdat deze niet aan de verwachting voldoet. De andere participant had niet zozeer de hoop of wens om doorgestuurd te worden, maar wist door eerdere ervaring met zijn klacht dat dit	Wordt 4 keer genoemd, door 2 participanten. “Ik had veel liever gehad dat ze me even doorgestuurd hadden en zo. Even voor een onderzoek of dit en dat. Dan is die ongerustheid weg, maar nu blijft die ongerustheid. Dan denk ik gewoon ja, kan ik wel weer heen gaan, maar dan krijg je weer een medicijntje dit

			nodig was. Hierdoor had hij deze verwachting.	medicijntje dat. Ik zei nou, daar heb ik geen zin in.” “Ik wist wel zeker dat ik weer geopereerd moest worden, want ik had dezelfde pijn weer. Je herkent je pijn op den duur, zo van dit had ik hiervoor ook, voordat ik geopereerd werd.”
<i>Voorstellen</i>	De participant verwacht dat, wanneer de participant en de huisarts elkaar nog niet kennen, zij zich aan elkaar voorstellen en kennis met elkaar maken. Deze participant hecht hier waarde aan en vindt dit belangrijk.	Wordt 1 keer genoemd, vanzelfsprekend. “Nou ja ik had de verwachting van euh we praten even, even bijpraten. Even vertellen wie wij zijn en zij vertelt wie zij is. Dat geeft een goed gevoel of minder goed gevoel.”	De participant verwacht dat, wanneer de participant en de huisarts elkaar nog niet kennen, zij zich aan elkaar voorstellen en kennis met elkaar maken. Deze verwachting komt bij deze participanten niet naar voren.	Wordt 0 keer genoemd.
<i>Na een week koorts hulp krijgen</i>	De participant verwacht dat hij of zij na een week koorts hulp krijgt van de huisarts. De participant spreekt dit niet zozeer uit als een hoop of wens, maar meer als iets waarvan zij wel zeker weet dat het zo zal verlopen.	Wordt 1 keer genoemd, met zekerheid. “Als je al een week koorts hebt, dan krijg ik hulp. Dat weet ik, dat is gewoon zo. Als ik aantoonbaar daar kan maken dat ik een week koorts heb gehad, dan doen ze wel iets, hoor.”	De participant verwacht dat hij of zij na een week koorts hulp krijgt van de huisarts. Deze verwachting wordt door deze participanten niet benoemd.	Wordt 0 keer genoemd.

<i>Gesprek aangaan met kind</i>	Wanneer de participant de huisarts bezoekt vanwege een kind, verwacht hij of zij dat de huisarts het gesprek aangaat met het kind zelf. De participant hecht hier waarde aan, omdat op deze manier het meest duidelijk kan worden wat er precies aan de hand is.	Wordt 1 keer genoemd. “Ik verwacht van de huisarts dat ze het gesprek aangaat met het kind. Maar dat is enorm afhankelijk van het kind, maar goed, dan ga ik even uit van mijn eigen kinderen (...) dus vandaar dat ik zeg van ik verwacht dat de dokter het gesprek aangaat met het kind en probeert om eruit te halen wat er aan de hand is.”	Wanneer de participant de huisarts bezoekt vanwege een kind, verwacht hij of zij dat de huisarts het gesprek aangaat met het kind zelf. Deze verwachting komt bij deze participanten niet naar voren.	Wordt 0 keer genoemd.
---------------------------------	--	---	---	-----------------------

7.5.5 Vergelijking op basis van handelingen

Eigen ervaringen

Code	Hoge sociaaleconomische status		Lage sociaaleconomische status	
	<i>Context en betekenis</i>	<i>Hoe wordt het besproken en hoe vaak?</i>	<i>Context en betekenis</i>	<i>Hoe wordt het besproken en hoe vaak?</i>
<i>Wel de huisarts bezoeken</i>	Participanten vertellen uit eigen ervaring dat zij bij gezondheidsproblemen en een bezoek hebben gebracht aan de huisarts. Een van deze participanten linkt frequentere bezoeken aan de huisarts aan zijn leeftijd, daarvoor ging hij hier zelden heen. De andere participant vertelt over een situatie met een ziek baby'tje en een keer dat hij last had van zijn golf-arm.	Wordt in totaal 3 keer genoemd, door 2 participanten. “De laatste paar jaar komen wij wel geregeld bij de huisarts, maar dat heeft natuurlijk ook te maken met je leeftijd. Als je wat ouder wordt.. het risico dat je dan wat krijgt, wordt steeds groter.”	Participanten vertellen uit eigen ervaring dat zij bij gezondheidsproblemen een bezoek hebben gebracht aan de huisarts. Alle participanten spreken hierover.	Wordt in totaal 13 keer genoemd, door alle participanten.
<i>Bellen met de huisarts</i>	Participanten vertellen uit eigen ervaring dat zij bij gezondheidsproblemen gebeld hebben met de huisartspraktijk. Bij beide participanten betrof het een situatie waarin een kind ziek was. De ene participant vertelt over een situatie	Wordt in totaal 2 keer genoemd, door 2 participanten. “Nou toen hebben we de huisarts gebeld en toen konden we een zetje ophalen en euh nou daarna is het weer vrij snel overgegaan.” “Eigenlijk was dat toen ze nog kleiner waren. Toen hebben we eens een keer een heel ziek	Participanten vertellen uit eigen ervaring dat zij bij gezondheidsproblemen gebeld hebben met de huisartspraktijk. De participant in kwestie vertelt dat ze gebeld heeft en dat haar toen verteld werd dat zij een kuurtje op kon halen.	Wordt 1 keer genoemd. “Ik heb wel een kuur gehad voor het hoesten, dus. Ik heb wel gebeld hoor, ja. Omdat ik nogal moest hoesten en toen heb ik een kuurtje gekregen, dus

	<p>waarbij het kind het zeer benauwd kreeg, zij vroegen de huisarts toen om advies. De andere participant belde de huisarts omdat hij de situatie van zijn zieke kind niet vertrouwde. Er werd gezegd dat er niks ernstigs aan de hand was, maar dit vertrouwde hij niet is hij uiteindelijk toch nog heengegaan.</p>	<p>kereltje gehad. Contact opgenomen met de huisarts en eigenlijk werd er een beetje zo op gereageerd van oh euh, jonge moeder, er zal wel niks aan de hand zijn. Gaat wel weer over. En euh, uiteindelijk vertrouwden we het toch niet dus hebben we toch aangedrongen en zijn we daar naartoe gegaan.”</p>		<p>euh. Maar ik hoefde zelf niet te komen, want die kon ik ook zo ophalen.”</p>
<p><i>Niet bellen met de huisarts en de huisarts niet bezoeken</i></p>	<p>Participanten vertellen uit eigen ervaring dat zij bij gezondheidsproblemen en helemaal geen contact hebben gehad met de huisartspraktijk. De ene participant vertelt dat hij sowieso zelden naar de huisarts gaat, de tweede participant zegt dat zij, wanneer ze ziek is, gewoon uitzielt op bed en geen contact opneemt met de huisarts. De derde participant stelt dat hij bij een verkoudheid of griepje over het algemeen niet naar de huisarts stapt.</p>	<p>Wordt in totaal 6 keer genoemd, door 3 participanten. “Ik ben niet zo’n dokter iemand dus ik ga niet zo gauw naar de dokter, dat weet mijn vrouw ook.” “Ja, als je ziek bent kun je niet werken, dan ga je niet naar je werk. En dan na een of twee dagen pik je het weer op, daar hoef je meestal niet voor naar de huisarts. Heel eerlijk gezegd.”</p>	<p>Participanten vertellen uit eigen ervaring dat zij bij gezondheidsproblemen helemaal geen contact hebben gehad met de huisartspraktijk. Bij een van deze participanten staat het niet bezoeken van of bellen naar de huisartspraktijk in verband met de negatieve ervaringen die hij heeft met het bezoeken van de huisarts. Hij stelt dat er toch niks aan zijn problemen wordt gedaan en dat hij telkens aan moet kijken. Dit maakt dat hij er niet snel meer heengaat.</p>	<p>Wordt in totaal 3 keer genoemd, door 2 participanten. “Nou euh, ik heb er af en toen og wel last van. Maar ik ga er niet weer heen. Als ze er toch niets aan doen. Iedere keer maar een beetje afwachten, pijnstillers geven dit en dat.”e</p>

Situatie 1: Koorts en keelpijn

Code	Hoge sociaaleconomische status		Lage sociaaleconomische status	
	Context en betekenis	Hoe wordt het besproken en hoe vaak?	Context en betekenis	Hoe wordt het besproken en hoe vaak?
<p><i>Wel de huisarts bezoeken</i></p>	<p>Participanten vertellen dat zij m.b.t. de hypothetische situatie een bezoek zouden brengen aan de huisarts. Dit is bij deze participanten niet aan de orde, zij zouden in deze situatie niet naar de</p>	<p>Wordt 0 keer genoemd.</p>	<p>Participanten vertellen m.b.t. de hypothetische situatie dat zij een bezoek zouden brengen aan de huisarts.</p>	<p>Wordt in totaal 5 keer genoemd, door 4 participanten.</p>

	huisarts gaan.			
<i>Bellen met de huisarts</i>	Participanten vertellen dat zij m.b.t. de hypothetische situatie zouden bellen met de huisartsenpraktijk. Dit zou geen een van de participanten doen.	Wordt 0 keer genoemd.	Participanten vertellen m.b.t. de hypothetische situatie dat zij zouden bellen met de huisartsenpraktijk. Dit zou geen een van de participanten doen.	Wordt 0 keer genoemd.
<i>Niet bellen met de huisarts en de huisarts niet bezoeken</i>	Participanten vertellen dat zij m.b.t. de hypothetische situatie helemaal geen contact op zouden nemen met de huisartsenpraktijk. Alle vijf de participanten laten merken dat zij dit in deze situatie vanzelfsprekend vinden, het is niet een situatie waarover zij twijfelen om contact op te nemen met de huisarts.	Wordt in totaal 5 keer genoemd, door alle 5 de participanten, vanzelfsprekend. “Euh, niks. Gewoon een paracetamol nemen of zo. Dus een pijnstillertje of dat soort. En geen rare dingen doen. Als ik pijn in de keel heb dan ga ik niet met ontbloot bovenlijf buiten lopen of in een overhemd buiten lopen. Dan ga je daarvoor wat reserve in acht nemen, maar voor de rest ga je geen initiatief nemen.”	Participanten vertellen dat zij m.b.t. de hypothetische situatie helemaal geen contact op zouden nemen met de huisartsenpraktijk. De participant in kwestie lijkt hier wel enigszins twijfelachtig over te zijn. Hij geeft aan op de derde dag nog geen contact op te nemen met de huisarts, maar mocht het de dag erna nog niet beter zijn, verwacht hij wel contact op te nemen met de huisartsenpraktijk.	Wordt 1 keer genoemd. “Nou, ik zou eerst nog een dag aankijken. Wordt het dan nog niet beter, dan zou ik naar een huisarts gaan. En dan toch eens vragen wat er echt loos is. Met twee dagen, drie dagen ga ik direct nog niet naar een dokter heen, om eerlijk te wezen.”

Situatie 2: ziek kind

Code	Hoge sociaaleconomische status		Lage sociaaleconomische status	
	<i>Context en betekenis</i>	<i>Hoe wordt het besproken en hoe vaak?</i>	<i>Context en betekenis</i>	<i>Hoe wordt het besproken en hoe vaak?</i>
<i>Wel de huisarts bezoeken</i>	Participanten vertellen dat zij m.b.t. de hypothetische situatie een bezoek zouden brengen aan de huisarts. Dit is bij deze participanten niet aan de orde, zij zouden in deze situatie niet naar de huisarts gaan.	Wordt 0 keer genoemd.	Participanten vertellen dat zij m.b.t. de hypothetische situatie een bezoek zouden brengen aan de huisarts. De ene participant zal in dit geval zelf met het kind naar de huisarts gaan, de andere participant zal de huisarts bellen met de vraag of deze langs huis wil komen om het kind te onderzoeken.	Wordt 2 keer genoemd, door 2 participanten. “Nou ja, dan zou ik toch wel de dokter in kennis stellen, hier zo mee (...) ik zou hem toch even laten controleren door de huisarts.”
<i>Bellen met de huisarts</i>	Participanten vertellen dat zij m.b.t. de	Wordt 3 keer genoemd, door 3 participanten. “Ik maak me verder niet heel	Participanten vertellen m.b.t. de hypothetische situatie	Wordt 1 keer genoemd. “Gewoon de

	<p>hypothetische situatie zouden bellen met de huisartsenpraktijk. Eén participant stelt dat hij direct de huisarts op zal bellen in deze situatie. De andere twee participanten lijken hier iets terughoudender in, maar verwachten uiteindelijk wel contact op te nemen met de huisarts.</p>	<p>veel zorgen, kinderen zijn heel vaak een dag heel ziek en nou ja, toen was het binnen een dag over. Maar als dat natuurlijk langer aanhoudt, dan zou ik de huisarts wel even bellen, vragen of dit raar is. Ik zou niet gelijk heengaan, maar ik zou wel even willen bellen.”</p>	<p>dat zij zouden bellen met de huisartsenpraktijk. Dit zou 1 van de participanten doen. In dit geval verwacht zij dan ook dat de dokter haar zal aanraden om toch even langs te komen met het kind.</p>	<p>dokter opbellen en vragen euh.. van ze heeft zo en zoveel koorts en zo. En ze jammert en weet ik veel. Dan zegt de dokter meestal van kom maar even langs dan, en dan doe ik dat.”</p>
<p><i>Niet bellen met de huisarts en de huisarts niet bezoeken</i></p>	<p>Participanten vertellen dat zij m.b.t. de hypothetische situatie helemaal geen contact op zouden nemen met de huisartsenpraktijk. De ene participant spreekt hier op een overtuigende, zelfverzekerde manier over. Zij stelt dat zij weet dat het in dit geval niet nodig is om contact op te nemen met de huisarts. Het kind moet uitzielen en knapt vanzelf weer op. De andere participant noemt dat het wel meespeelt of de koorts aanhoudt en of het kind minder tot niet gaat drinken. In dat geval zou zij wel naar de huisarts gaan bellen.</p>	<p>Wordt in totaal 4 keer genoemd, door 2 participanten. “Kijk het gewoon eventjes aan. En loopt die koorts omhoog, ja, dan zou je de huisarts kunnen bellen, van wat moet ik doen. Maar euh ja, en eenenveertig is natuurlijk hoog, als ‘ie dat ’s avonds nog heeft, dan kun je altijd nog kijken. Veel laten drinken. En afhankelijk van hoe hij reageert.. kijk, als hij slap wordt en zijn ogen gaan draaien, dan is er iets niet oke (...) In dat geval zou ik de huisarts bellen. Gewoon even bellen van hoe of wat.</p>	<p>Participanten vertellen dat zij m.b.t. de hypothetische situatie helemaal geen contact op zouden nemen met de huisartsenpraktijk. Beide participanten sluiten echter niet uit op een later moment wel contact op te nemen met de huisarts. Voordat er contact opgenomen wordt, wil de ene participant wil het eerst nog een aantal uren aankijken, de andere participant een aantal dagen.</p>	<p>Wordt 2 keer genoemd, door 2 participanten. “Ik denk eerst even goed de temperatuur in de gaten houden, eerste twee drie uurtjes, en wil het dan nog niet, dan toch naar de dokter om te kijken van wat is er echt loos.” “Nou binnen houden, lekker onder de dekens. En als het dan na een paar dagen niet over is of dit of het houdt vol, dan ga je de huisarts bellen. Eerder niet.”</p>