



RICHARD GROL
MARJAN FABER

2007 Commonwealth Fund
International Health Policy
Survey

*Onderzoek onder consumenten
en patiënten in 7 landen*



Nijmegen, 8 oktober 2007

Centre for Quality of Care Research (WOK)

UMC St Radboud

Voorwoord

Sinds 2006 neemt Nederland deel aan de *International Commonwealth Fund International Health Policy Survey*. Zowel het Centre for Quality of Care Research (WOK), UMC St. Radboud, als het ministerie van VWS hebben zich sterk gemaakt voor de Nederlandse deelname. Dit rapport presenteert de resultaten van de tweede survey waaraan Nederland heeft deelgenomen, in 2007. Meningeën en ervaringen van consumenten staan in dit onderzoek centraal. De grote Nederlandse steekproef brengt goed in beeld waar het Nederlandse zorgstelsel goed presteert en waar ruimte is voor verbetering. De interpretatie van de resultaten is tot stand gekomen door een uitwisseling van ideeën en discussies tussen medewerkers van het Centre for Quality of Care Research en het ministerie van VWS.

De gegevens uit dit rapport mogen met bronvermelding worden gebruikt : R. Grol, M. Faber. Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2007 – Onderzoek onder consumenten en patiënten in 7 landen, Centre for Quality of Care Research (WOK), UMC St Radboud, Nijmegen, 2007.

Dit onderzoek is gefinancierd door het Commonwealth Fund, het ministerie van VWS en het Centre for Quality of Care Research (WOK).

Centre for Quality of Care Research (WOK)

UMC St. Radboud

Het instituut is een (inter)nationaal topcentrum voor onderzoek, onderwijs en ondersteuning op het gebied van kwaliteit en innovatie in de gezondheidszorg. Het draagt daarmee bij aan een effectieve, veilige, patiëntgerichte en ethisch verantwoorde patiëntenzorg. Het instituut ondersteunt beleidsmakers, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties bij het verwezenlijken van een goede zorg en bij beleidsbeslissingen op dat gebied. Daartoe is het verankert in zowel de wetenschappelijke wereld als in de praktijk van de gezondheidszorg.

Inhoudsopgave

Kernboodschap.....	1
1. Achtergrond.....	3
2. Opzet van het onderzoek in Nederland	3
2.1 De steekproef.....	3
2.2 Representativiteit van de steekproef.....	4
2.3 Analyse.....	5
3. Resultaten.....	8
3.1 Demografische gegevens.....	8
3.2 Gezondheidstoestand.....	9
3.3 Zorgconsumptie.....	10
3.4 Vertrouwen.....	12
3.5 Toegankelijkheid.....	14
3.6 Patiëntgerichtheid, disease- en zelfmanagement binnen de huisartsenzorg	16
3.7 Patiëntgerichtheid, disease- en zelfmanagement rondom ziekenhuisopname.....	18
3.8 Ervaringen in de zorg van mensen met een chronische aandoening	19
3.9 Zorgcoördinatie	20
3.10 Veiligheid en medische fouten	22
3.11 Betaalbaarheid.....	24
3.12 Zorgverzekering	25
3.13 Kiezen in de zorg.....	26
4. Samenvatting en discussie.....	28
5. Referenties.....	33

Kernboodschap

De *International Commonwealth Fund International Health Policy Survey* heeft tot doel inzicht te geven in de goede en minder goede aspecten van de gezondheidszorgsystemen in Australië, Canada, Duitsland, Engeland, Nederland, Nieuw-Zeeland en de Verenigde Staten. Voor deze jaarlijkse enquête wordt afwisselend het perspectief van zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars gekozen. Was het in 2006 de visie van de huisarts die centraal stond, in 2007 zijn consumenten geïnterviewd. De resultaten van 2007 geven een beeld van de kwaliteit van zorg zoals die door de consument wordt ervaren. De mogelijkheid om consumentenervaringen tussen landen te vergelijken levert een enorme meerwaarde op. Daardoor is het niet alleen mogelijk de absolute scores te interpreteren, maar ook de relatieve scores bevatten waardevolle informatie.

Gezondheidstoestand en zorgconsumptie in Nederland

Het hebben van een chronische aandoening komt bij de Nederlandse consumenten ongeveer even vaak voor dan bij consumenten in de andere landen. De zelfgerapporteerde gezondheidstoestand is in Nederland echter relatief slechter. De zorgconsumptie daarentegen ligt in Nederland op het laagste niveau van alle deelnemende landen. Het enige opvallende hierbij is, is dat het percentage consumenten dat aangeeft geen medicatie op recept te gebruiken op hetzelfde niveau of zelfs lager ligt dan in de andere landen, terwijl het Nederlandse beleid erom bekend staat terughoudend te zijn met het voorschrijven van medicatie.

Goede aspecten van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem

Nederlandse consumenten zijn, vergeleken met andere landen, relatief positief over het gezondheidszorgsysteem op de volgende punten:

1. Vertrouwen: ongeveer de helft van de consumenten in Nederland heeft veel vertrouwen in de verleende zorg. Dit percentage ligt in de andere landen beduidend lager.
2. Tevredenheid over het zorgstelsel: ruim 40% van de consumenten is van mening dat het gezondheidszorgsysteem in grote lijnen goed werkt. In de andere landen is een aanzienlijk kleiner deel van de consumenten zo positief – velen vinden daar dat er minimaal essentiële veranderingen nodig zijn om het systeem te verbeteren.
3. Betaalbaarheid: slechts een klein deel van de respondenten geeft aan dat ze problemen hebben met het bekostigen van noodzakelijke zorg.
4. Toegankelijkheid huisartsenzorg: bijna iedereen heeft een vaste huisarts of huisartsenpraktijk en het is relatief goed mogelijk een afspraak met de huisarts te maken voor dezelfde of de volgende dag.

5. Toegankelijkheid buiten kantooruren en spoedzorg: een relatief groot percentage respondenten geeft aan dat het gemakkelijk is om zorg buiten kantooruren te krijgen en de wachttijden bij de SEH-afdeling zijn relatief kort.
6. Veiligheid: medische dossiers zijn relatief vaak aanwezig en testuitslagen zijn relatief vaak bekend.

Minder goede aspecten van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem

Er is ruimte voor verbetering op de volgende punten:

1. Coördinatie van zorg: een centraal aanspreekpunt ontbreekt vaak en de rol van de huisarts is beperkt. Voor patiënten met een chronische aandoening is de zorgcoördinatie iets beter geregeld dan voor patiënten zonder een chronische aandoening.
2. Ontslag uit het ziekenhuis: de coördinatie tussen 1^{ste} en 2^{de} lijn kan beter en patiënten krijgen bij ontslag relatief weinig informatie mee naar huis over geplande nazorg, medicatie en wat te doen bij calamiteiten.
3. Leefstijladvisering: de rol van de huisarts in de begeleiding van patiënten bij het veranderen van de leefstijl is relatief beperkt.
4. Veiligheid: informatievoorziening over medicatiegebruik wordt vaak achterwege gelaten.
5. Kiezen in de zorg: de huisarts in Nederland helpt de patiënt minder vaak dan in de andere landen bij het kiezen van een specialist.

Samengevat zijn de prestaties in Nederland op het terrein van informatievoorziening (voorlichting) en communicatie naar patiënten toe op veel punten mager. Het lijkt alsof de huisarts in Nederland zijn patiënten op bepaalde punten minder goed bijstaat dan in andere landen. Op het terrein van het vertrouwen in, de tevredenheid over en de betaalbaarheid van de zorg scoort Nederland daarentegen beter dan de andere landen.

1. Achtergrond

Het “Commonwealth Fund” (CMWF) uit de VS doet al jaren onderzoek naar de kwaliteit van de gezondheidszorg. In hun jaarlijkse International Health Policy Survey participeren Australië, Canada, Duitsland, Engeland, Nederland, Nieuw-Zeeland en de Verenigde Staten. In Nederland, dat in 2006 voor het eerst deelnam, wordt dit onderzoek verricht door het Centre for Quality of Care Research (WOK) van het UMC St Radboud Nijmegen. In 2007 stond de kwaliteit van de gezondheidszorg vanuit het perspectief van de zorgconsument centraal. Het doel was om het publieke vertrouwen in de gezondheidszorg te bepalen en in kaart te brengen hoe de consument denkt over de kwaliteit van het zorgstelsel in termen van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. De resultaten van de enquête geven een beeld van de gezondheidszorg zoals die door de zorgconsument ervaren wordt. Het zijn meningen gebaseerd op individuele ervaringen, geplaatst binnen een individueel bepaald referentiekader. De resultaten van deze enquête maken het mogelijk een internationale vergelijking te maken, waardoor inzicht wordt verkregen in hoe de gezondheidszorg zich in Nederland verhoudt tot de andere deelnemende landen.

2. Opzet van het onderzoek in Nederland

Het CMWF stelt, in samenspraak met de uitvoerende organisaties en overheden in de deelnemende landen, een onderzoeksprotocol op, waaraan alle landen zich dienen te houden. Deze procedure geldt voor zowel de methodiek als voor de inhoud van de enquête. Voor wat betreft de inhoud van de enquête is het merendeel van de vragen identiek voor de deelnemende landen en is er beperkte ruimte voor landen-specifieke vragen. Dit jaar zijn in Nederland, in overleg met het ministerie van VWS, een aantal vragen voor mensen met een chronische aandoening toegevoegd. Daarom is er in Nederland gekozen voor een oversampling van respondenten met een chronische aandoening.

2.1 De steekproef

Er is een steekproef van 1600 Nederlanders getrokken uit de TNS NIPObase¹. De TNS NIPObase is een database die bestaat uit 136.537 huishoudens (en 223.426 individuen) die hebben aangegeven regelmatig mee te willen doen aan TNS-NIPO onderzoeken. De samenstelling van de database vormt,

¹ Het veldwerk is uitgevoerd door TNS NIPO, Amsterdam

behalve voor het allochtone deel van de bevolking, een representatieve afspiegeling van de Nederlandse bevolking.² Voor het CMWF onderzoek zijn twee steekproeven genomen:

- A. 1000 respondenten uit de algemene bevolking, gestratificeerd op leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, gezinsgrootte en regio;
- B. 600 respondenten met een chronische aandoening (100 per aandoening: astma & COPD, diabetes, hartfalen & hypertensie, depressie, kanker, reumatoïde artritis), zonder stratificatie.

Omdat van alle respondenten in de database bekend was aan welke aandoening ze leden (op basis van zelfrapportage), was het mogelijk de selectieve steekproef B te trekken voor mensen met een chronische aandoening. Alle telefonische interviews hebben plaats gevonden in de periode van 8 t/m 30 maart 2007 en werden uitgevoerd in Nederlands. Personen werden maximaal 5 keer teruggebeld. Het interview duurde gemiddeld 20 minuten. Het respons percentage was 65% in de totale steekproef en 57% en 83% voor respectievelijk de steekproeven uit de algemene bevolking (A) en uit de groep mensen met een chronische aandoening (B). In tabel 1 is de non-response analyse uitgewerkt.

2.2 Representativiteit van de steekproef

De database waaruit de steekproef getrokken is representatief voor de Nederlandse bevolking. Door selectieve non-response, is de representativiteit van de steekproef toch niet helemaal volledig ten opzichte van de Gouden Standaard³ (tabel 2). Dergelijke afwijkingen waren ook aanwezig in de steekproeven van de andere landen. Om te corrigeren voor deze afwijkingen is voor ieder land apart een wegingsfactor berekend. De resultaten in dit rapport worden derhalve altijd weergegeven als gewogen frequenties.

² Het allochtone deel van de bevolking is lastiger te bereiken voor onderzoek en daarnaast spelen taalbarrières vaak een probleem. Bron: TNS-NIPO, persoonlijke mededeling.

³ De Gouden Standaard is speciaal voor de marktonderzoekbureaus ontwikkeld door de marktonderzoekassociatie (MOA) in samenwerking met het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Dit is een ijkinginstrument voor nationale en regionale steekproeven. In de hele branch wordt deze standaard gehanteerd waardoor er overal gebruik gemaakt wordt van dezelfde ijkingdata voor representatief steekproefonderzoek.

Tabel 1. Non-response analyse van het onderzoek in Nederland (bron: TNS-NIPO)

	Totale steekproef		Algemene bevolking		Chronische aandoeningen	
	N	%	N	%	N	%
Totaal aantal nummers gebeld	3405		2542		863	
Verkeerd telefoonnummer	708		624		84	
Afspraak gemaakt, niet gebruikt*	86		50		36	
Niet bereikt (niet thuis, antwoordapparaat, in gesprek toon)	51		46		5	
Weigering	876		757		119	
Geen belangstelling	614		555		59	
Geen tijd	160		143		17	
Ziekte	72		50		22	
Andere reden	30		9		21	
Behoort niet tot doelgroep	76		58		18	
Andere fouten	7		6		1	
Gesproken, interview niet afgemaakt	1		1		0	
Afgerond interview	1600		1000		600	
Geldige steekproef	2476	100%	1757	100%	719	100%
Afgerond	1600	65%	1000	57%	600	83%
Geweigerd	876	35%	757	43%	119	17%

* deze respondenten werden benaderd en een afspraak werd gemaakt voor het interview, maar de streefaantallen werden al bereikt voordat ze teruggebeld konden worden

2.3 Analyse

Harris Interactive Inc. (New York) is verantwoordelijk voor de data verzameling en analyse voor alle deelnemende landen⁴. Voor de internationale vergelijking zijn de twee Nederlandse steekproeven, uit de algemene bevolking en uit de subgroep met een chronische aandoening, gecombineerd. Door de wegingsfactor kon de oververtegenwoordiging van respondenten met een chronische aandoening, verdisconteerd worden. Daarnaast worden in dit rapport de Nederlandse gegevens gepresenteerd voor twee subgroepen: één met respondenten *zonder* een chronische aandoening en één met respondenten *met* minimaal 1 chronische aandoening. Analoog aan de Harris-methodiek is voor indeling of iemand een chronische aandoening heeft of

⁴ Voor een compleet overzicht van de methodiek zie: Harris Interactive Inc. Methodology Report, June 29, 2007

niet, de volgende screeningsvraag gehanteerd: “Heeft een arts ooit bij u de volgende aandoening vastgesteld of u voor deze aandoening behandeld?”. Het moest één van de volgende aandoeningen betreffen: artritis, hartkwaal (waaronder hartaanval), diabetes, astma, COPD, hypertensie, depressie of kanker. Indien de respondent op minimaal 1 aandoening ‘ja’ antwoordde, is de respondent aangemerkt als iemand met een chronische aandoening. Wordt op alle aandoening met ‘nee’ geantwoord, dan is de respondent aangemerkt als iemand zonder een chronische aandoening.

Vier vragen uit de survey zijn gebruikt om een samengestelde variabele te berekenen, welke een definitie van een zogenaamd “medical home” concept oplevert: (1) de volwassene heeft een vaste huisarts of vaste huisartsenpraktijk voor zorg; (2) artsen of praktijkmedewerkers zijn vaak of altijd op de hoogte van belangrijke informatie over de medische achtergrond van de patiënt; (3) de vaste huisartsenpraktijk is gemakkelijk telefonisch bereikbaar tijdens kantooruren; en (4) de vaste huisarts of huisartsenpraktijk helpt vaak of altijd bij het coördineren van de zorg die de patiënt ontvangt van andere artsen of zorgverleners. Respondenten met een negatieve score op één van deze vier vragen, zijn geclassificeerd als “zonder medical home” en alleen bij een positieve score op alle vragen, wordt de respondenten geclassificeerd als “met medical home”.

Analoog aan de Harris-methodiek worden missing-values (bijvoorbeeld als respondent ‘weet niet’ antwoord) meegenomen bij de frequentieberekeningen. Hierdoor kunnen kleine afwijkingen ontstaan en tellen percentages niet altijd op tot 100%.

De frequentie-verdelingen zijn getoetst tussen landen en tussen de groep respondenten met en de groep zonder een chronische aandoening; dit laatste is alleen gedaan binnen Nederland. Voor beide toetsen zijn verschillen tussen groepen op 5-procentniveau aangegeven in de tabellen. De belangrijkste en opmerkelijkste bevindingen zijn per onderdeel geformuleerd.

Tabel 2. Representativiteit van de respondenten uit de twee Nederlandse steekproeven ten opzichte van de Nederlandse bevolking.

	Commonwealth <i>algemeen</i>	Commonwealth <i>chronisch</i>	Commonwealth <i>totaal na weging</i>	Nederland*
Aantal	1000	600	1557	
Geslacht				
Man	39%	45%	49%	49%
Vrouw	61%	55%	51%	51%
Leeftijd				
18-24 jaar	3%	1%	9%	11%
25-34 jaar	6%	5%	18%	19%
34-44 jaar	18%	15%	22%	21%
45-54 jaar	22%	20%	18%	18%
55-64 jaar	24%	25%	15%	15%
65+	27%	35%	18%	17%
Chronische aandoening (ja, minimaal 1 zelfgerapporteerde aandoening)	51%	100%	45%	---a
Regio				
3 grote steden	17%	11%	14%	15%
West – rest van Nederland	24%	32%	29%	29%
Noord	17%	10%	11%	11%
Oost	15%	22%	21%	21%
Zuid	27%	26%	24%	24%
Opleidingsniveau				
Lager onderwijs	5%	5%	10%	13%
Lager beroepsonderwijs (LBO, LTS)	12%	11%	16%	16%
Middelbaar algemeen voorgezet onderwijs (MAVO, MULO)	14%	15%	10%	10%
Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)	32%	28%	34%	33%
Hoger algemeen voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (HAVO, VWO)	5%	10%	7%	6%
Hoger beroepsonderwijs (HBO) en wetenschappelijk onderwijs (kandidaats, propedeuse)	25%	29%	16%	15%
Wetenschappelijk onderwijs (doctoraal, master)	7%	5%	7%	7%

* volgens de “Gouden standaard”; a = onbekend

3. Resultaten

3.1 Demografische gegevens

In vergelijking met de andere landen hebben de Nederlandse respondenten een lager opleidingsniveau, zijn ze vaker getrouwd of samenwonend en zijn ze relatief vaker geboren in het land waar ze nu wonen. Voor wat betreft het relatief lage opleidingsniveau, kan de vertaalslag van het Nederlandse opleidingsstelsel naar de Amerikaanse systeem, een oorzaak zijn van het gevonden verschil. Iedereen die een diploma heeft van LO, MAVO, HAVO, VWO, LBO of MBO is ingedeeld in de categorie ‘high school of minder’. Respondenten die een afgeronde HBO-opleiding of een kandidaats of propedeuse hebben behaalt in het WO zijn ingedeeld in de categorie ‘some college’.

De vergelijking binnen de Nederlandse steekproef tussen respondenten met en zonder een chronische aandoening laat zien dat respondenten met een chronische aandoening ouder zijn, een lager opleidingsniveau hebben en een lager gezinsinkomen hebben in vergelijking met respondenten zonder een chronische aandoening.

Tabel 3. Demografische kenmerken van de steekproeven

	NL-NCHR (n=855)	NL-CHR (n=699)	NL-TOT (n=1557)	AUS (n=1009)	CAN (n=3003)	DUI (n=1407)	NZ (n=1000)	UK (n=1434)	VS (n=2500)
Leeftijd									
18-24 jaar	13%*	3%	9%	13%	10%	10%	13%	12%	11%
25-34 jaar	31%*	9%	21%	20%	20%	18%	20%	21%	19%
35-49 jaar	33%*	24%	29%	31%	33%	30%	33%	26%	29%
50-64 jaar	16%*	36%	25%	21%	22%	25%	18%	21%	24%
65+	7%*	28%	16%	16%	16%	17%	16%	21%	16%
Geslacht (% man)	51%	47%	49%	49%	48%	48%	48%	48%	48%
Opleidingsniveau									
“high school” of minder	73%*	81%	76%*	60%	28%	61%	43%	43%	47%
“some college”	17%	16%	16%	25%	42%	24%	26%	26%	28%
“college degree” of meer	10%*	5%	7%	14%	30%	12%	29%	25%	25%

	NL-NCHR (n=855)	NL-CHR (n=699)	NL-TOT (n=1557)	AUS (n=1009)	CAN (n=3003)	DUI (n=1407)	NZ (n=1000)	UK (n=1434)	VS (n=2500)
Gezinssamenstelling									
Getrouwd of samenwonend	74%	73%	73%*	61%	63%	60%	66%	58%	68%
Alleenwonend	26%	27%	26%	38%	36%	40%	34%	39%	32%
Gezinsinkomen									
Boven modaal	57%*	39%	49%	42%	46%	38%	54%	35%	43%
Modaal	15%	18%	16%	21%	20%	21%	19%	25%	21%
Beneden modaal	19%	38%	28%	33%	27%	33%	24%	27%	32%
Geboren in het land waar men nu woont (% ja)	94%	96%	95%*	81%	83%	90%	78%	90%	91%

* $p < 0.05$; NL-NCHR = Nederland, geen chronische aandoening; NL-CHR = Nederland, wel chronische aandoening; NL-TOT = Nederland, alle respondenten; AUS = Australië; CAN = Canada; DUI = Duitsland; NZ = Nieuw-Zeeland; UK = Engeland; VS = Verenigde Staten.

3.2 Gezondheidstoestand

Van de Nederlandse respondenten omschrijft 71% zijn gezondheid als 'goed' of beter en 45% heeft minimaal één chronische aandoening. In vergelijking met de andere landen beoordeelt een lager percentage van de Nederlandse respondenten zijn gezondheidstoestand als uitstekend of zeer goed. En dat, terwijl de prevalentiecijfers van de chronische aandoeningen in de Nederlandse steekproef is vergelijkbaar met de prevalentiecijfers in de andere landen. En in vergelijking met de meeste andere landen ligt het percentage mensen zonder een chronische aandoening ligt zelfs iets hoger in Nederland.

Deze getallen roepen vraagtekens op, omdat enerzijds de zelfgerapporteerde gezondheidstoestand in Nederland slechter lijkt dan in de andere landen, terwijl anderzijds de prevalentie van chronische aandoeningen in Nederland niet afwijkt. Het zou toe te schrijven kunnen zijn aan de oversampling uit de populatie met een chronische aandoening. Echter, de getallen op basis van de steekproef uit de algemene bevolking (n=1000) laat eenzelfde, tegenstrijdig, beeld zien (data worden niet getoond).

Tabel 4. Gezondheidstoestand

	NL-NCHR (n=855)	NL-CHR (n=699)	NL-TOT (n=1557)	AUS (n=1009)	CAN (n=3003)	DUI (n=1407)	NZ (n=1000)	UK (n=1434)	VS (n=2500)
Gezondheidstoestand									
Uitstekend	22%*	5%	14%	22%	23%	10%	30%	17%	17%
Zeer goed	33%	12%	23%	35%	40%	28%	40%	39%	36%
Goed	31%	36%	34%	26%	25%	45%	21%	25%	28%
Redelijk	13%*	39%	25%*	12%	9%	13%	8%	13%	14%
Slecht	1%	8%	4%	5%	3%	4%	2%	6%	5%
Heeft u ooit de volgende aandoening gehad (% ja, zelfgerapporteerd):									
Reumatoïde artritis	0%	24%	11%	19%	16%	7%	11%	15%	21%
Hartfalen	0%	18%	8%	7%	6%	10%	6%	6%	9%
Diabetes	0%	15%	7%	9%	7%	8%	5%	6%	12%
Astma	0%	20%	9%	17%	11%	6%	18%	11%	11%
COPD	0%	8%	4%	3%	2%	9%	2%	3%	5%
Hypertensie	0%	43%	19%	22%	19%	26%	18%	21%	29%
Depressie	0%	25%	15%	21%	14%	8%	15%	14%	20%
Kanker	0%	9%	5%	8%	6%	5%	5%	5%	8%
Aantal chronische aandoeningen (uit de 8 hierboven genoemde):									
0	100%	0%	55%	43%	51%	55%	49%	53%	44%
1	0%	58%	26%	26%	23%	24%	32%	26%	25%
2 of meer	0%	42%	19%	30%	26%	21%	19%	20%	31%

* p<0.05; --- = niet van toepassing; NL-NCHR = Nederland, geen chronische aandoening; NL-CHR = Nederland, wel chronische aandoening; NL-TOT = Nederland, alle respondenten; AUS = Australië; CAN = Canada; DUI = Duitsland; NZ = Nieuw-Zeeland; UK = Engeland; VS = Verenigde Staten.

3.3 Zorgconsumptie

Eenendertig procent van de Nederlandse respondenten geeft aan dat ze een aandoening heeft of heeft gehad die veel medische zorg vereist. Dit is meer dan in de andere landen, waar dit percentage varieert van 17% in Canada tot 25% in de Verenigde Staten. Het hogere Nederlandse percentage sluit aan

bij de bevinding dat de zelfgerapporteerde gezondheidstoestand in Nederland slechter is in vergelijking met de andere landen (zie paragraaf 3.2). Het huisartsen- en SEH-bezoek ligt echter in Nederland lager dan in de andere landen. In Nederland heeft 22% het afgelopen jaar nooit de huisarts bezocht en 82% heeft de afgelopen 2 jaar nooit de SEH. Het huisartsenbezoek ligt in Australië erg hoog (35% heeft de huisarts het afgelopen jaar meer dan 4 maal bezocht) en het SEH-bezoek is in Canada en de Verenigde Staten het grootst. Samen met de UK ligt het percentage respondenten dat gebruik heeft gemaakt van aanvullende diagnostiek in Nederland laag (62% in de UK en 72% in Nederland). Het percentage respondenten in Nederland dat zegt geen medicijnen op recept te gebruiken wijkt niet af van de meeste andere landen.

De vergelijking binnen de Nederlandse steekproef tussen respondenten met en zonder een chronische aandoening laat zien dat op alle terreinen de respondenten met een chronische aandoening een hogere zorgconsumptie hebben dan respondenten zonder een chronische aandoening.

Tabel 5. Zorgconsumptie

	NL-NCHR (n=855)	NL-CHR (n=699)	NL-TOT (n=1557)	AUS (n=1009)	CAN (n=3003)	DUI (n=1407)	NZ (n=1000)	UK (n=1434)	VS (n=2500)
Heeft u aandoening gehad die veel medische zorg vereist? ^a (% ja)	19%*	45%	31%*	24%	17%	24%	23%	19%	25%
Bent u opgenomen geweest in het ziekenhuis? ^a (% ja)	15%*	29%	22%	28%	16%	26%	21%	19%	21%
Heeft u niet-spoedeisende chirurgie gehad? ^a (% ja)	11%	16%	13%	16%	11%	13%	14%	8%	16%
Hoe vaak hebt u zelf de SEH-afdeling bezocht? ^a									
0 keer	86%*	76%	82%*	67%	60%	79%	72%	69%	63%
1 keer	10%*	16%	12%	18%	19%	16%	18%	15%	20%
>1 keer	4%	8%	6%	15%	20%	4%	10%	13%	17%
Hoe vaak heeft u de huisarts bezocht? ^b									
0 keer	31%*	12%	22%*	9%	9%	11%	13%	15%	11%
1 keer	30%*	13%	22%	12%	20%	18%	19%	18%	17%
2-4 keer	33%*	46%	39%	39%	40%	43%	41%	37%	42%
>4 keer	6%*	28%	16%	35%	20%	22%	22%	24%	19%
Hoeveel specialisten heeft u bezocht? ^b									
0	57%*	31%	45%	46%	55%	31%	58%	60%	48%
1	29%	30%	29%	24%	24%	25%	22%	18%	24%
>2	14%*	39%	25%	29%	20%	44%	20%	19%	27%

	NL-NCHR (n=855)	NL-CHR (n=699)	NL-TOT (n=1557)	AUS (n=1009)	CAN (n=3003)	DUI (n=1407)	NZ (n=1000)	UK (n=1434)	VS (n=2500)
Vervolg vraag indien specialist is bezocht: Hoeveel consulten heeft u bij specialisten gehad? ^b									
1	28%*	19%	23%	16%	32%	22%	26%	26%	21%
2	22%	18%	20%	25%	24%	22%	23%	23%	22%
3-4	22%	22%	22%	29%	21%	25%	26%	24%	24%
>4	28%*	41%	35%	30%	23%	31%	25%	27%	33%
Hoeveel verschillende medicijnen op recept gebruikt u momenteel?									
0	65%*	14%	42%	45%	47%	54%	53%	45%	39%
1	20%	15%	18%	20%	19%	16%	16%	17%	15%
2	8%*	16%	12%	13%	12%	10%	11%	10%	11%
>2	7%*	55%	28%	22%	22%	20%	20%	28%	35%
Heeft u uw bloed laten onderzoeken, röntgenfoto's laten maken of een ander medisch onderzoek ondergaan? ^a (% ja)	60%*	88%	72%	82%	79%	81%	79%	62%	80%

^a afgelopen 2 jaar; ^b afgelopen 12 maanden

* p<0.05; NL-NCHR = Nederland, geen chronische aandoening; NL-CHR = Nederland, wel chronische aandoening; NL-TOT = Nederland, alle respondenten; AUS = Australië; CAN = Canada; DUI = Duitsland; NZ = Nieuw-Zeeland; UK = Engeland; VS = Verenigde Staten.

3.4 Vertrouwen

Het vertrouwen in verschillende aspecten van de gezondheidszorg is in Nederland groter dan in de andere landen. Tweeënveertig procent van de Nederlandse respondenten vindt dat het gezondheidszorgsysteem in grote lijnen goed werkt. Dit percentage is in alle andere landen veel lager, variërend van 16% in de Verenigde Staten tot 26% in Canada, Nieuw Zeeland en het Verenigd Koninkrijk. Het percentage respondenten dat over het geheel genomen de kwaliteit van de medische huisartsenzorg als 'redelijk' of 'slecht' beoordeelt is in alle landen ongeveer hetzelfde. De Nederlandse respondenten beoordelen de kwaliteit van de medische huisartsenzorg wel iets minder vaak als 'uitstekend' of 'zeer goed' en vaker als 'goed' in vergelijking met de respondenten in de meeste andere landen. Dit kan weer te maken hebben met de Nederlandse cultuur, zoals dat ook speelt bij de beoordeling van de eigen gezondheid (zie paragraaf 3.2). De getallen uit dit CMWF onderzoek komen overeen met andere onderzoeken naar het oordeel van patiënten over de huisartsenzorg in Nederland (1).

De vergelijking binnen de Nederlandse steekproef tussen respondenten met en zonder een chronische aandoening laat zien dat respondenten met een chronische aandoening iets minder vaak vertrouwen hebben in de zorg dan respondenten zonder een chronische aandoening, maar de verschillen zijn niet erg groot (maar net wel significant).

Tabel 6. Oordeel over de kwaliteit van zorg en het zorgstelsel

	NL-NCHR (n=855)	NL-CHR (n=699)	NL-TOT (n=1557)	AUS (n=1009)	CAN (n=3003)	DUI (n=1407)	NZ (n=1000)	UK (n=1434)	VS (n=2500)
Hoeveel vertrouwen hebt u erin dat u (% veel vertrouwen) ...									
... uitstekende en veilige medische zorg zult krijgen?	63%*	55%	59%*	34%	28%	24%	30%	28%	35%
... de meest effectieve medicijnen zult krijgen?	44%	46%	45%*	36%	32%	23%	20%	25%	33%
... de beste medische technologie wordt gebruikt bij uw behandeling?	46%	46%	46%*	39%	28%	24%	25%	27%	38%
Hoe denkt men over het functioneren van het gezondheidszorgstelsel in eigen land?									
1. In grote lijnen werkt het goed	44%	38%	42%*	24%	26%	20%	26%	26%	16%
2. Essentiële veranderingen zijn nodig om het te verbeteren	47%	50%	49%	55%	60%	51%	56%	57%	48%
3. Het systeem moet helemaal opnieuw ingericht worden	7%*	11%	9%	18%	12%	27%	17%	15%	34%
Hoe beoordeelt u over het geheel genomen de kwaliteit van de medische zorg van uw huisarts?									
Uitstekend	26%	29%	27%	39%	38%	12%	45%	29%	37%
Zeer goed	30%	30%	30%	37%	34%	39%	33%	36%	33%
Goed	30%	30%	30%	15%	18%	41%	14%	21%	19%
Redelijk	5%	5%	5%	4%	5%	4%	3%	7%	7%
Slecht	0%	1%	1%	1%	2%	1%	1%	2%	1%

* p<0.05; NL-NCHR = Nederland, geen chronische aandoening; NL-CHR = Nederland, wel chronische aandoening; NL-TOT = Nederland, alle respondenten; AUS = Australië; CAN = Canada; DUI = Duitsland; NZ = Nieuw-Zeeland; UK = Engeland; VS = Verenigde Staten.

3.5 Toegankelijkheid

Nagenoeg iedereen heeft in Nederland een vaste huisarts of een vaste huisartsenpraktijk. Het percentage patiënten dat dezelfde of de volgende dag terecht kan bij de huisarts is in Nederland 70%. Dit is groter dan in de meeste andere landen, waarbij Canada er met 36% negatief uitspringt. Maar het is, in vergelijking met de andere landen, in Nederland moeilijker om telefonisch de huisartsenpraktijk te bereiken om een gezondheidsprobleem te bespreken; 26% vindt dat dit gemakkelijk is. De openingstijden van de huisartsenpraktijk in de ochtend is beter, maar in de avond veel slechter in vergelijking met de andere landen. In het weekend is het in Nederland, in vergelijking met de andere landen, lastiger een afspraak te maken met de *eigen* huisarts. Daarentegen geeft een relatief hoog percentage van de Nederlandse respondenten aan dat het gemakkelijk is om zorg te krijgen buiten kantooruren. Absoluut gezien scoort de bereikbaarheid van zorg buiten kantooruren in Nederland echter niet bijzonder goed, omdat slechts 40% van de respondenten vindt dat de bereikbaarheid goed is. Buiten de openingstijden van de praktijk wordt de huisartsenzorg meestal overgedragen aan een huisartsenpost en het verzorgingsgebied van deze posten bereikt 90% van de Nederlandse bevolking (2). Ondanks deze hoge dekkinggraad geeft maar een relatief laag percentage respondenten (39%) in Nederland aan dat de huisartsenpraktijk een regeling heeft om een arts of verpleegkundige te spreken wanneer de praktijk gesloten is. Driekwart van de respondenten gaat overigens naar de huisartsenpost voor medische hulp buiten kantooruren, terwijl ook nog 16% aangeeft dat de huisartsenpraktijk een speciaal spreekuur heeft buiten kantooruren en 11% gaat naar de SEH.

De lengte van de wachtlijsten voor niet-spoedeisende ingrepen zijn in Nederland acceptabel; bijna de helft van de patiënten wordt binnen een maand geopereerd. Alleen in Duitsland zijn de wachtlijsten beduidend korter (72% wordt binnen een maand geholpen) en in Canada zijn ze duidelijk langer (32% wordt binnen een maand geholpen). Op de Nederlandse SEH-afdelingen wordt 73% van de patiënten binnen een uur geholpen. Dit is vergelijkbaar met Duitsland, maar in alle andere landen is de wachttijd duidelijk langer. In Canada wacht bijna de helft van de patiënten langer dan 2 uur.

De vergelijking binnen de Nederlandse steekproef tussen respondenten met en zonder een chronische aandoening laat zien dat respondenten met een chronische aandoening vaker naar de huisartsenpost gaan dan respondenten zonder een chronische aandoening. Verder kunnen en willen respondenten met een chronische aandoening vaker via de e-mail met hun huisartsen communiceren in vergelijking met respondenten zonder een chronische aandoening.

Tabel 7. Toegankelijkheid

	NL-NCHR (n=855)	NL-CHR (n=699)	NL-TOT (n=1557)	AUS (n=1009)	CAN (n=3003)	DUI (n=1407)	NZ (n=1000)	UK (n=1434)	VS (n=2500)
Heeft u een vaste huisarts of vaste huisartsenpraktijk?									
Ja, vaste huisarts	93%	91%	92%*	83%	82%	91%	85%	76%	77%
Ja, vaste praktijk, meerdere artsen	7%	9%	7%	5%	2%	<1%	3%	13%	4%
Nee	<1%	<1%	<1%	12%	15%	8%	11%	11%	18%
Kunt u bij uw huisarts een afspraak maken op de volgende tijdstippen? (% ja)									
Vroeg in de morgen (voor 8.30 uur)	61%	64%	63%*	25%	53%	53%	21%	33%	33%
In de avonden (na 18.00 uur)	6%	5%	5%	37%	39%	39%	26%	25%	25%
In het weekend	11%*	5%	8%	58%	15%	15%	34%	28%	28%
Kon u de laatste keer dezelfde of de volgende dag terecht toen u een afspraak maakte bij uw huisarts? (% ja)	70%	71%	70%*	62%	36%	65%	75%	58%	50%
Is het gemakkelijk om met de praktijk van uw huisarts tijdens de openingstijden telefonisch contact te hebben over een gezondheidsprobleem (% ja)?	26%	26%	26%*	55%	39%	16%	57%	41%	42%
Heeft de praktijk van uw huisarts een regeling waardoor patiënten, indien nodig, een arts of verpleegkundige kunnen spreken wanneer de praktijk gesloten is? (% ja)	42%	37%	39%	40%	31%	83%	41%	37%	31%
Is het volgens u gemakkelijk om buiten kantooruren zorg te krijgen (% ja)?	38%	43%	40%*	28%	28%	39%	41%	31%	28%
Waar gaat u naartoe voor medische hulp buiten kantooruren (meerdere antwoorden mogelijk)?									
Huisartsenpost	68%*	80%	74%	---	---	---	---	---	---
Huisartsenpraktijk (speciaal spreekuur)	19%	12%	16%						
SEH	15%*	6%	11%						
Hebt u de afgelopen 12 maanden wel eens een telefonische advieslijn gebeld voor medisch advies? (% ja)	14%	14%	14%	13%	24%	4%	14%	29%	13%

	NL-NCHR (n=855)	NL-CHR (n=699)	NL-TOT (n=1557)	AUS (n=1009)	CAN (n=3003)	DUI (n=1407)	NZ (n=1000)	UK (n=1434)	VS (n=2500)
Hoe denkt u over het communiceren met uw huisarts via e-mail (binnen populatie met internet-aansluiting) - % per categorie									
- kan met huisarts per e-mail communiceren	13%*	21%	16%	19%	11%	21%	25%	15%	27%
- kan niet met huisarts per e-mail communiceren, maar zou het willen	32%*	40%	36%	31%	41%	17%	33%	34%	36%
- kan niet met huisarts per e-mail communiceren en zou het ook niet willen	52%*	38%	46%	47%	46%	60%	40%	49%	35%
Hoe lang moest u wachten op een niet-spoedeisende ingreep nadat het besluit voor een operatie genomen was?									
Geen wachtperiode	3%	5%	4%	15%	4%	10%	12%	9%	9%
minder dan 1 maand	46%	41%	43%	40%	28%	62%	42%	32%	53%
1 maand tot minder dan 3 maanden	34%	30%	32%	21%	26%	19%	23%	18%	27%
3 maanden tot minder dan 4 maanden	14%	6%	10%	5%	11%	4%	8%	10%	3%
4 maanden of langer	1%	11%	7%	18%	27%	5%	13%	30%	7%
Hoe lang moest u, de laatste keer dat u de SEH-afdeling bezocht, wachten voordat u werd geholpen?									
< 30 minuten	40%	54%	48%	40%	25%	47%	46%	28%	34%
30 minuten tot minder dan 1 uur	27%	23%	25%	15%	14%	25%	15%	22%	18%
1 tot minder dan 2 uur	29%	9%	17%	10%	14%	15%	12%	16%	15%
2 uur of meer	4%	14%	10%	35%	47%	13%	27%	34%	33%

--- = vraag is niet gesteld; * p<0.05; NL-NCHR = Nederland, geen chronische aandoening; NL-CHR = Nederland, wel chronische aandoening; NL-TOT = Nederland, alle respondenten; AUS = Australië; CAN = Canada; DUI = Duitsland; NZ = Nieuw-Zeeland; UK = Engeland; VS = Verenigde Staten.

3.6 Patiëntgerichtheid, disease- en zelfmanagement binnen de huisartsenzorg

De Nederlandse respondenten zijn ten opzichte van de respondenten in de andere landen vaker van mening dat zijn/haar huisarts voldoende tijd voor hem/haar heeft. De Nederlandse huisarts geeft echter niet zo vaak adviezen of begeleiding met betrekking tot leefstijl, in vergelijking met de andere landen. Ongeveer 25% van de Nederlandse respondenten beaamt in de afgelopen 2 jaar dergelijke adviezen te hebben gekregen, terwijl dit in de andere landen hoger is, oplopend tot 56% in de Verenigde Staten. Patiënten hebben nog maar in beperkte mate toegang tot het medische dossier. Koploper

hierin is Duitsland, waar 18% van de respondenten toegang heeft. In Nederland is de behoefte om toegang te hebben het grootst: van degene die geen toegang heeft, zou de helft wel toegang willen hebben.

De vergelijking binnen de Nederlandse steekproef tussen respondenten met en zonder een chronische aandoening laat zien dat de huisarts chronische patiënten vaker leefstijl-advisering en -begeleiding aanbiedt in vergelijking met niet-chronische patiënten. De huisarts betreft bij chronische patiënten vaker emotionele kwesties bij het bespreken van de gezondheidsklachten in vergelijking met niet-chronische patiënten.

Tabel 8. Huisartsenzorg

<i>Gehele populatie</i>	NL-NCHR (n=855)	NL-CHR (n=699)	NL-TOT (n=1557)	AUS (n=1009)	CAN (n=3003)	DUI (n=1407)	NZ (n=1000)	UK (n=1434)	VS (n=2500)
Hoe vaak is het volgende van toepassing: Uw huisarts ...									
... legt zaken op een begrijpelijke manier uit (% altijd-vaak)	90%	90%	90%	91%	90%	90%	92%	87%	91%
... is op de hoogte van belangrijke informatie over uw medische achtergrond (% altijd-vaak)	87%	91%	88%	84%	83%	92%	86%	77%	82%
... vertelt u welke behandelmogelijkheden er zijn en kiest in overleg met u de beste behandeling (% altijd-vaak)	77%	78%	77%	79%	79%	91%	82%	68%	80%
... neemt voldoende tijd voor mij (% altijd-vaak)	90%	89%	90%*	86%	80%	87%	85%	76%	79%
Heeft uw huisarts u in de afgelopen 2 jaar ...									
... adviezen of begeleiding gegeven met betrekking tot uw leefstijl (gewicht, voeding, bewegen)? (% ja)	13%*	37%	24%*	41%	46%	37%	36%	29%	56%
... gevraagd of er emotionele kwesties spelen die van invloed zouden kunnen zijn op uw gezondheid? (% ja)	17%*	38%	27%	37%	36%	25%	31%	25%	47%
Heeft u op uw huisartsenpraktijk toegang tot uw medische gegevens? (% ja)	7%	8%	7%	12%	5%	18%	11%	9%	10%
Vervolg vraag indien 'nee': Zou u toegang willen hebben tot uw medische gegevens? (% ja)	50%	47%	49%	35%	43%	30%	44%	36%	37%

* p<0.05; --- = niet berekend; NL-NCHR = Nederland, geen chronische aandoening; NL-CHR = Nederland, wel chronische aandoening; NL-TOT = Nederland, alle respondenten; AUS = Australië; CAN = Canada; DUI = Duitsland; NZ = Nieuw-Zeeland; UK = Engeland; VS = Verenigde Staten.

Bij ruim 20% van de mensen met een chronische aandoening zijn andere zorgverleners die werkzaam zijn binnen de huisartsenpraktijk betrokken bij de behandeling. In een aantal landen, waaronder Duitsland, Nieuw-Zeeland, Engeland en de Verenigde Staten, ligt dit percentage beduidend hoger (37-58%). Een minderheid van de patiënten met een chronische aandoening ontvangt van een zorgverlener een schriftelijk behandelingsplan of instructies om thuis om te kunnen gaan met de chronische aandoening. Dit percentage varieert van 22% in Duitsland tot 52% in de Verenigde Staten; Nederland scoort met 31% gemiddeld. Als in Nederland de adviezen die de huisarts geeft aan patiënten met een chronische aandoening niet opgevolgd worden dan is dit in vergelijking met de andere landen in Nederland vaker omdat men het moeilijk vindt het advies op te volgen.

Tabel 9. Zorg voor patiënten met een chronische aandoening

<i>Patiënten met chronische aandoening(en)</i>	NL-TOT (n=699)	AUS (n=572)	CAN (n=1460)	DUI (n=628)	NZ (n=510)	UK (n=660)	VS (n=1394)
Zijn er andere zorgverleners, zoals verpleegkundigen die werkzaam zijn in de praktijk van uw huisarts, betrokken bij de behandeling van uw chronische aandoening(en)? (% ja)	22%	22%	21%	58%	37%	56%	46%
Hebt u ooit van uw zorgverlener een geschreven behandelingsplan of instructies gekregen om u te helpen bij het thuis omgaan met uw chronische aandoening(en)? (% ja)	31%	40%	33%	22%	35%	30%	52%
Ontvangt u herinneringen van uw huisarts voor afspraken voor preventieve zorg of nazorg voor uw chronische aandoening(en)? (% ja)	58%	44%	40%	57%	48%	58%	71%
Is het de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat u het zorgadvies van uw arts of verpleegkundige die betrekking had op uw chronische aandoening(en) niet hebt opgevolgd? (% ja)	10%	19%	13%	10%	17%	6%	20%
Vervolg vraag indien 'ja': Waarom hebt u het zorgadvies niet opgevolgd?							
- oneens met advies	23%	17%	26%	28%	19%	26%	12%
- te duur	1%	11%	7%	<1%	9%	10%	23%
- te moeilijk om advies op te volgen	29%*	11%	11%	22%	8%	1%	12%
- andere reden	46%	61%	52%	48%	64%	62%	53%

* p<0.05; NL-TOT = Nederland, alle respondenten; AUS = Australië; CAN = Canada; DUI = Duitsland; NZ = Nieuw-Zeeland; UK = Engeland; VS = Verenigde Staten.

3.7 Patiëntgerichtheid, disease- en zelfmanagement rondom ziekenhuisopname

Er is een aantal vragen alleen gesteld aan de respondenten die aangaven dat ze de afgelopen 2 jaar opgenomen waren geweest in het ziekenhuis. Nederlandse respondenten gaven, relatief ten opzichte van de respondenten in de andere landen, vaker aan dat er voor familieleden onvoldoende

mogelijkheid was om een arts te spreken als ze aangaven hier behoefte aan te hebben. In Nederland is er in vergelijking met de andere landen, wel vaker voldoende verplegend personeel aanwezig. Na ontslag uit het ziekenhuis krijgt 52% van de patiënten in Nederland schriftelijke informatie mee over wat te doen na thuiskomst. Dit is beduidend minder vaak dan in de andere landen. Koploper hierin zijn de Verenigde Staten waar 90% van de respondenten aangeeft informatie mee te krijgen. Duitsland daarentegen scoort vergelijkbaar met Nederland.

De vergelijking binnen de Nederlandse steekproef tussen respondenten met en zonder een chronische aandoening laat zien dat er geen grote verschillen zijn tussen beide groepen op dit terrein.

Tabel 10. Patiëntgerichtheid van zorg rondom een ziekenhuisopname

	NL-NCHR (n=130)	NL-CHR (n=206)	NL (n=336)	AUS (n=280)	CAN (n=446)	DUI (n=368)	NZ (n=215)	UK (n=267)	VS (n=526)
Werd u voldoende betrokken bij besluiten over uw zorg en behandeling? (% ja)	86%	89%	88%	82%	78%	85%	81%	83%	86%
Hebben familieleden voldoende de mogelijkheid gekregen om met een arts te spreken wanneer zij dit aangaven? (% ja)	58%	63%	61%*	69%	73%	70%	70%	71%	83%
Waren er altijd voldoende verpleegkundigen aanwezig om voor u te zorgen? (% ja)	84%	83%	84%*	79%	76%	75%	77%	69%	80%
Heeft u bij ontslag schriftelijke informatie ontvangen over wat u na thuiskomst zou moeten doen en op welke symptomen u zou moeten letten? (% ja)	59%	47%	52%*	75%	66%	48%	66%	67%	90%

* p<0.05; NL-NCHR = Nederland, geen chronische aandoening; NL-CHR = Nederland, wel chronische aandoening; NL-TOT = Nederland, alle respondenten; AUS = Australië; CAN = Canada; DUI = Duitsland; NZ = Nieuw-Zeeland; UK = Engeland; VS = Verenigde Staten.

3.8 Ervaringen in de zorg van mensen met een chronische aandoening

In Nederland zijn een paar extra vragen gesteld aan mensen met een chronische aandoening. Daarom kan voor deze vragen geen internationale vergelijking worden gemaakt. Een meerderheid van de mensen met een chronische aandoening is fulltime aan het werk (61%) en kan ook thuis in het huishouden alles zelf doen wat nodig is. Hulp in huis wordt bij 12% van de mensen met een chronische aandoening verleend door een huishoudelijke hulp en bij 13% door een mantelzorger. Een heel klein deel van de mensen met een chronische aandoening heeft thuiszorg (3%) of maakt gebruik van

tafeltje-dekje (1%). Eén op de vijf respondenten met een chronische aandoening heeft extra zorgkosten gemaakt die niet gedekt werden door de ziektekostenverzekeraar.

Tabel 11. Specifieke aspecten rondom zorg voor patiënten met een chronische aandoening

	NL (n=699)
Kunt u op dit moment met uw chronische aandoening(en) fulltime werken en alles in het huishouden doen wat u zou willen? (% ja)	61%
Heeft u op dit moment extra hulp in huis van:	
- thuiszorg (% ja)	3%
- huishoudelijke hulp, niet verleend door mantelzorgers (% ja)	12%
- tafeltje-dekje (% ja)	1%
- mantelzorgers (% ja)	13%
Hebt u het afgelopen jaar extra zorgkosten gemaakt vanwege uw chronische aandoening(en) die niet vergoed werden door de ziektekostenverzekeraar? (% ja)	18%

3.9 Zorgcoördinatie

Op vrijwel alle vragen uit de enquête die vallen binnen het thema “zorgcoördinatie”, komt een beeld naar voren dat de coördinatie van zorg in Nederland slechter geregeld is dan in de andere landen. In alle landen vindt minimaal 75% van de respondenten het erg belangrijk een praktijk te hebben waar men de medische achtergrond kent en de zorg coördineert. Maar een relatief laag percentage (64%) van de respondenten in Nederland geeft in vergelijking met andere landen aan ook een dergelijke voorziening te hebben. In lijn hiermee, geven respondenten in Nederland minder vaak dan respondenten in de andere landen aan dat zijn/haar huisarts hen helpt met het coördineren van de zorg die ze van andere artsen ontvangen. Dit lijkt in tegenspraak met de bevinding dat minder dan 1% van de respondenten aangeeft dat ze geen vaste huisarts of huisartsenpraktijk hebben (zie paragraaf 3.5). Het is mogelijk dat de huisartsenpraktijk in Nederland deze taak niet op zich neemt en in andere landen wel. De huisarts is in Nederland ten opzichte van de andere landen minder vaker op de hoogte van de geplande nazorg na ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis. Patiënten met een chronische aandoening zeggen daarentegen in Nederland minder vaak tegenstrijdige informatie van verschillende zorgverleners te ontvangen dan in de andere landen.

De vergelijking binnen de Nederlandse steekproef tussen respondenten met en zonder een chronische aandoening laat zien dat respondenten met een chronische aandoening vaker een praktijk hebben waar men zijn/haar medische achtergrond kent en men de zorg geeft en coördineert die nodig is in

vergelijking met respondenten zonder een chronische aandoening. Nazorgconsulten na ontslag uit het ziekenhuis is beter geregeld voor respondenten met een chronische aandoening in vergelijking met respondenten zonder chronische aandoening.

Op basis van de antwoorden op de vragen rondom het hebben van een vaste huisarts of huisartsenpraktijk, welke gemakkelijk telefonisch bereikbaar is, waar de medische achtergrond bekend is en waar de zorg gecoördineerd wordt, heeft 45-60% van de respondenten een huisarts(enpraktijk) die voldoet aan de kernelementen van een “medical home”. Nederland scoort op de eerste twee kernelementen van een “medical home”, die relateren aan de toegankelijkheid, bovengemiddeld goed, maar op de coordinatie-gerelateerde kernelementen minder goed. Hierdoor heeft 47% van de Nederlandse respondenten, volgens de definitie, een “medical home”. Alleen in Australië en Nieuw Zeeland ligt dit percentage beduidend hoger.

Tabel 12. Coördinatie van zorg

	NL-NCHR (n=855)	NL-CHR (n=699)	NL-TOT (n=1557)	AUS (n=1009)	CAN (n=3003)	DUI (n=1407)	NZ (n=1000)	UK (n=1434)	VS (n=2500)
Hoe belangrijk is het voor u dat er één medische praktijk is waar artsen en verpleegkundigen uw medische achtergrond kennen en de zorg kunnen geven en coördineren (% erg belangrijk)?	69%*	80%	74%	80%	78%	78%	78%	84%	80%
Vervolgvraag: heeft u een dergelijke medische voorziening (% ja)?	60%*	70%	64%*	82%	80%	74%	86%	88%	77%
Hoe vaak helpt uw huisarts of iemand in de praktijk van uw huisarts u met het coördineren van de zorg die u van andere artsen ontvangt? (% altijd-vaak)	40%	44%	41%*	56%	61%	55%	51%	46%	64%
“Medical home”: heeft een vaste huisarts of praktijk die gemakkelijk telefonisch bereikbaar is, waar men op de hoogte is van de medische achtergrond en die helpt bij het coördineren van de zorg (% ja)	---	---	47%	59%	48%	45%	61%	47%	50%
Met betrekking tot de laatste keer dat u een specialist bezoekt, heeft uw huisarts de specialist voorzien van informatie over uw gezondheidstoestand of medische probleem? (% ja)	61%	62%	63%	79%	76%	54%	70%	68%	71%
Heeft u bij ontslag uit het ziekenhuis met het ziekenhuis afspraken gemaakt over nazorgconsulten met een arts of ander zorgverlener? (% ja, in subgroep die in de afgelopen 2 jaar opgenomen is geweest in het ziekenhuis)	67%*	86%	78%	71%	67%	75%	70%	71%	77%

	NL-NCHR (n=855)	NL-CHR (n=699)	NL-TOT (n=1557)	AUS (n=1009)	CAN (n=3003)	DUI (n=1407)	NZ (n=1000)	UK (n=1434)	VS (n=2500)
Was uw huisarts op de hoogte van de geplande nazorg na uw ontslag uit het ziekenhuis? (% ja, in subgroep die in de afgelopen 2 jaar opgenomen is geweest in het ziekenhuis)	48%	58%	54%*	70%	67%	81%	64%	67%	75%
Was uw huisarts op de hoogte van de door u ontvangen zorg op de SEH-afdeling? (% ja, in subgroep die in de afgelopen 2 jaar de SEH-afdeling bezocht heeft)	63%	68%	66%	53%	54%	59%	56%	51%	64%
Heeft u met betrekking tot uw zorg wel eens tegenstrijdige informatie ontvangen van verschillende artsen, verpleegkundigen of andere zorgverleners? (% vaak-soms, in subgroep van mensen met een chronische aandoening)	---	13%	13%*	13%	15%	18%	18%	18%	21%

* p<0.05; NL-NCHR = Nederland, geen chronische aandoening; NL-CHR = Nederland, wel chronische aandoening; NL-TOT = Nederland, alle respondenten; AUS = Australië; CAN = Canada; DUI = Duitsland; NZ = Nieuw-Zeeland; UK = Engeland; VS = Verenigde Staten; --- = op dit moment nog niet beschikbaar

3.10 Veiligheid en medische fouten

In vergelijking met de andere landen zijn testresultaten en medische dossiers in Nederland vaker beschikbaar. Ook wordt er in Nederland relatief weinig onderzoek aangevraagd dat volgens de patiënt onnodig was omdat het al had plaatsgevonden. In Nederland neemt de huisarts, verpleegkundige of apotheker echter minder vaak de medicatie met de patiënt door dan in de andere landen. Ook bij ontslag uit het ziekenhuis wordt relatief vaak niet over medicatie gesproken. Het percentage respondenten dat van mening is dat er een medische fout is gemaakt ligt in Nederland en het Verenigd Koninkrijk met 5% op het laagste niveau.

De vergelijking binnen de Nederlandse steekproef tussen respondenten met en zonder een chronische aandoening laat zien dat respondenten met een chronische aandoening vaker te maken hebben met fouten ten gevolge van coördinatieproblemen dan respondenten zonder chronische aandoening.

Tabel 14. Veiligheid: coördinatie en medicatie

	NL-NCHR (n=855)	NL-CHR (n=699)	NL-TOT (n=1557)	AUS (n=1009)	CAN (n=3003)	DUI (n=1407)	NZ (n=1000)	UK (n=1434)	VS (n=2500)
Is het de afgelopen 2 jaar voorgekomen bij de behandeling van een medisch probleem dat ...									
... testresultaten of medische dossiers niet beschikbaar waren tijdens de afspraak met de arts? (% ja)	4%*	9%	6%*	11%	11%	8%	9%	10%	15%
... artsen een behandeling hadden aanbevolen die volgens u weinig of geen positief effect had op uw gezondheid? (% ja)	9%*	17%	13%	17%	12%	20%	15%	10%	20%
... artsen een medisch onderzoek hadden aangevraagd dat volgens u onnodig was omdat het onderzoek al had plaatsgevonden? (% ja)	2%*	5%	3%	10%	5%	14%	6%	5%	13%
Samengevat op basis van item 1 en 3: is het de afgelopen 2 jaar voorgekomen dat er rondom veiligheid coördinatieproblemen waren (% ja)	6%*	13%	9%*	18%	15%	19%	12%	13%	23%
Heeft iemand u bij opname in het ziekenhuis gevraagd naar de lijst met medicijnen die u op dat moment gebruikte? (% ja)	87%	90%	89%	81%	86%	88%	83%	85%	92%
Heeft u bij ontslag uit het ziekenhuis met iemand gesproken over hoe u uw medicijnen thuis moest gebruiken? (% ja)	58%	61%	60%	85%	80%	64%	67%	82%	89%
Heeft uw huisarts, verpleegkundige of apotheker in de afgelopen 12 maanden met u de medicijnen doorgenomen die u inneemt? (% ja, binnen groep die medicijnen gebruikt)	33%*	49%	43%*	61%	75%	65%	57%	66%	78%
Heeft u de afgelopen 2 jaar de verkeerde medicijnen of dosering gekregen? (% ja)	3%*	9%	6%	8%	6%	5%	6%	6%	7%
Is er naar uw mening tijdens uw behandeling of verzorging de afgelopen 2 jaar een medische fout gemaakt? (% ja)	4%	6%	5%*	11%	7%	6%	8%	5%	9%
Heeft u de afgelopen 2 jaar de verkeerde uitslagen gekregen van een medisch onderzoek? (% ja)	2%	2%	2%	5%	4%	2%	3%	2%	6%
Bent u de afgelopen 2 jaar laat op de hoogte gesteld van afwijkende testresultaten? (% ja)	5%	8%	7%	7%	9%	2%	7%	8%	11%

* p<0.05; NL-NCHR = Nederland, geen chronische aandoening; NL-CHR = Nederland, wel chronische aandoening; NL-TOT = Nederland, alle respondenten; AUS = Australië; CAN = Canada; DUI = Duitsland; NZ = Nieuw-Zeeland; UK = Engeland; VS = Verenigde Staten.

3.11 Betaalbaarheid

Eenenveertig procent van de Nederlandse respondenten zegt dat ze er veel vertrouwen in te hebben de zorg die nodig is te kunnen betalen. In vergelijking met de andere landen is dit het hoogste percentage. In Duitsland is dit vertrouwen het laagst (17% heeft hier veel vertrouwen in). Slechts 1% van de Nederlandse respondenten geeft aan het afgelopen jaar vanwege de kosten geen arts bezocht terwijl er wel een medisch probleem was. Ook in de UK is dit percentage erg laag, maar in andere landen loopt dit op tot zelfs 23% in de Verenigde Staten. Ook op andere vragen over de betaalbaarheid van de zorg valt op dat in Nederland slechts een heel klein deel van de respondenten problemen heeft met de betaalbaarheid. Ten opzichte van de andere landen heeft een relatief groot percentage Nederlanders (38%) de afgelopen 12 maanden zelfs helemaal niets zelf hoeven te betalen voor medische behandelingen en medicatie. Alleen in de UK ligt dit percentage hoger.

De vergelijking binnen de Nederlandse steekproef tussen respondenten met en zonder een chronische aandoening laat zien dat respondenten met een chronische aandoening vaker aangeven dat ze problemen hadden met het betalen van de rekeningen voor de zorg in vergelijking met respondenten zonder een chronische aandoening.

Tabel 15. Betaalbaarheid van de zorg

	NL-NCHR (n=855)	NL-CHR (n=699)	NL-TOT (n=1557)	AUS (n=1009)	CAN (n=3003)	DUI (n=1407)	NZ (n=1000)	UK (n=1434)	VS (n=2500)
Hoeveel vertrouwen hebt u erin dat u de zorg die u nodig hebt kunt betalen (% veel vertrouwen)	43%	39	41%*	27%	32%	17%	27%	22%	26%
Is het de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat u (% ja)									
... een medisch probleem had, maar vanwege de kosten geen arts heeft bezocht?	1%*	2%	1%*	13%	4%	12%	19%	2%	23%
... vanwege de kosten afgezien hebt van een door een arts aanbevolen medisch onderzoek, behandeling of nabehandeling?	2%	2%	2%*	17%	5%	8%	13%	3%	21%
... vanwege de kosten een recept voor medicijnen niet hebt afgehaald of doseringen van uw medicijn hebt overgeslagen?	1%	3%	2%*	13%	8%	11%	10%	5%	22%
... tandheelkundige zorg nodig had maar dat u vanwege de kosten niet naar de tandarts bent gegaan?	4%	7%	5%*	35%	20%	9%	41%	18%	32%
... problemen had om uw rekeningen voor medische zorg te betalen of dat u uw rekeningen in het geheel niet kon betalen?	3%*	7%	5%	8%	4%	4%	8%	1%	18%

Is het de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat u vanwege de kosten geen gebruik hebt gemaakt van de gezondheidszorg? (samengesteld item obv eerste 4 vragen uit vorige blok, % ja op minimaal 1 vraag)	7%	10%	9%*	42%	25%	25%	48%	21%	45%
Hoeveel heeft uw gezin de afgelopen 12 maanden zelf betaald voor medische behandelingen of diensten die niet werden gedekt door uw ziektekostenverzekering (in US dollars)?									
\$0	35%	42%	38%*	13%	21%	9%	12%	52%	10%
\$1-\$100	16%	13%	15%	11%	17%	17%	17%	12%	10%
\$101-\$1000	34%	31%	33%	45%	39%	51%	51%	21%	41%
meer dan \$1000	5%	6%	5%	19%	12%	10%	10%	4%	30%
Hoeveel heeft uw gezin de afgelopen 12 maanden zelf betaald voor medicijnen op recept (in US dollars)?									
\$0	54%	60%	56%*	14%	29%	17%	16%	59%	16%
\$1-\$100	24%	22%	23%	22%	23%	29%	36%	16%	18%
\$101-\$1000	11%	12%	11%	47%	31%	38%	34%	12%	45%
meer dan \$1000	1%	<1%	1%	5%	5%	2%	2%	1%	12%

* p<0.05; NL-NCHR = Nederland, geen chronische aandoening; NL-CHR = Nederland, wel chronische aandoening; NL-TOT = Nederland, alle respondenten; AUS = Australië; CAN = Canada; DUI = Duitsland; NZ = Nieuw-Zeeland; UK = Engeland; VS = Verenigde Staten.

3.12 Zorgverzekering

De vraagstellingen over de zorgverzekering verschilden sterk tussen de landen, waardoor een internationale vergelijking nauwelijks te maken is. Voor Nederland leverde de vraag naar het hebben van een aanvullende verzekering en een eigen risico iets andere percentages op dan die gevonden werden in de NIVEL-studie, uitgevoerd in april 2006 (daar: 95% aanvullende verzekering en 8% eigen risico) (3). Voor wat betreft het percentage respondenten dat aangeeft over te zijn gestapt naar een andere zorgverzekeraar, wijkt het percentage van 28% overstappers iets af van de 21% overstappers die in de NIVEL-studie werd gevonden (4). Echter, in de NIVEL-studie werd alleen naar het eerste jaar na de stelselwijziging gevraagd, terwijl in de CMWF-survey het overstapgedrag over een periode van twee jaren is bekeken.

Respondenten met een chronische aandoening hebben in vergelijking met respondenten zonder een chronische aandoening, minder vaak een eigen risico, maar hebben even vaak een aanvullende verzekering en stappen even vaak over naar een andere ziektekostenverzekeraar. Dit vergelijkbare overstapgedrag was ook al eerder geconstateerd (5).

Tabel 16. Zorgverzekering

	NL-NCHR (n=855)	NL-CHR (n=699)	NL-TOT (n=1557)	AUS (n=1009)	CAN (n=3003)	DUI (n=1407)	NZ (n=1000)	UK (n=1434)	VS (n=2500)
Heeft u naast uw basisverzekering een aanvullende ziektekostenverzekering? (% ja)	86%	88%	87%	---	---	---	---	---	---
Heeft u een eigen risico? (% ja)	25%*	20%	23%	---	---	---	---	---	---
Hoe vaak bent u de afgelopen 3 jaar overgestapt naar een andere ziektekostenverzekeraar?									
0 keer	69%	75%	72%	---	---	90%	---	---	67%
1 keer	28%	22%	25%			9%			18%
2 of meer keren	3%	3%	3%			1%			14%

--- = vraag is niet gesteld; * p<0.05; NL-NCHR = Nederland, geen chronische aandoening; NL-CHR = Nederland, wel chronische aandoening; NL-TOT = Nederland, alle respondenten; AUS = Australië; CAN = Canada; DUI = Duitsland; NZ = Nieuw-Zeeland; UK = Engeland; VS = Verenigde Staten.

3.13 Kiezen in de zorg

In alle landen, inclusief Nederland, blijken consumenten nog weinig op zoek te gaan naar informatie over de kwaliteit van ziekenhuizen en artsen. Ten aanzien van kiezen op basis van kwaliteitsinformatie lopen Duitsland en de Verenigde Staten voor op. In Nederland geeft 18% van de respondenten aan dat ze kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen hebben gezocht en 13% heeft dit gedaan met betrekking tot de kwaliteit van individuele artsen. Van de subgroep die informatie heeft gezocht, vond 66% nuttige informatie over artsen en 75% over ziekenhuizen. In vergelijking met de andere landen helpt de Nederlandse huisarts de patiënt minder vaak bij het kiezen van een specialist. Vierendertig procent van de Nederlandse respondenten zegt dat de huisarts hierbij geholpen heeft, terwijl dit percentage in Australië, Canada en de Verenigde Staten boven de 60% ligt.

De vergelijking binnen de Nederlandse steekproef tussen respondenten met en zonder een chronische aandoening laat zien dat respondenten met een chronische aandoening vaker aangeven dat hun huisarts hen helpt bij het kiezen van de specialist in vergelijking met respondenten zonder een

chronische aandoening. Respondenten met een chronische aandoening hebben vaker geprobeerd meer te weten te komen over de kwaliteit van zorgverleners bij het kiezen van een ziekenhuis of arts in vergelijking met respondenten zonder een chronische aandoening.

Tabel 17. Kiezen in de zorg

	NL-NCHR (n=855)	NL-CHR (n=699)	NL-TOT (n=1557)	AUS (n=1009)	CAN (n=3003)	DUI (n=1407)	NZ (n=1000)	UK (n=1434)	VS (n=2500)
Heeft u de afgelopen 2 jaar bij het maken van keuzes over uw gezondheidszorg ooit geprobeerd meer te weten te komen over de kwaliteit van ...									
... ziekenhuizen (% ja)	14%*	22%	18%	15%	14%	32%	11%	12%	27%
... artsen (% ja)	10%*	17%	13%	14%	17%	35%	12%	11%	32%
Indien vorige vraag met 'ja' is beantwoord: Heeft u enige nuttige informatie gevonden over ...									
... ziekenhuizen (% ja)	76%	75%	75%	68%	71%	81%	58%	71%	74%
... artsen (% ja)	72%	61%	66%	66%	67%	82%	61%	62%	76%
Met betrekking tot de laatste keer dat u een specialist voor de eerste keer hebt bezocht, heeft uw huisarts u geholpen bij de keuze van de specialist? (% ja)	28%*	39%	34%*	61%	63%	53%	54%	43%	63%

* p<0.05; NL-NCHR = Nederland, geen chronische aandoening; NL-CHR = Nederland, wel chronische aandoening; NL-TOT = Nederland, alle respondenten; AUS = Australië; CAN = Canada; DUI = Duitsland; NZ = Nieuw-Zeeland; UK = Engeland; VS = Verenigde Staten.

4. Samenvatting en discussie

Het oordeel van consumenten uit Australië, Canada, Duitsland, Engeland, Nederland, Nieuw-Zeeland en de Verenigde Staten over verschillende aspecten van de gezondheidszorg is middels de *International Commonwealth Fund Survey 2007* in beeld gebracht. De Nederlandse respondenten hebben evenveel chronische aandoeningen dan de deelnemers in de andere landen, maar beoordelen hun gezondheid slechter. De zorgconsumptie is in Nederland lager. Ten opzichte van de andere deelnemende landen zijn de Nederlandse respondenten positief over het zorgstelsel in het algemeen, de betaalbaarheid van de zorg, bepaalde aspecten gerelateerd aan de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en spoedzorg en is het vertrouwen in de zorgverlening groot. Medische dossiers zijn in Nederland relatief vaak aanwezig en testuitslagen zijn relatief vaak bekend. Nederland doet het in vergelijking met de andere landen slecht op het gebied van coördinatie van zorg; een centraal aanspreekpunt ontbreekt vaak en de rol van de huisarts is beperkt. Ook de coördinatie tussen de 1^{ste} en 2^{de} lijn kan in Nederland beter en patiënten krijgen bij ontslag relatief weinig informatie mee naar huis over geplande nazorg, medicatie en wat te doen bij calamiteiten. De rol van de huisarts in de begeleiding van patiënten bij het veranderen van de leefstijl is relatief beperkt. Informatievoorziening over medicatiegebruik wordt vaak achterwege gelaten. Rondom het thema 'kiezen in de zorg', helpt de huisarts in Nederland de patiënt minder vaak dan in de andere landen bij het kiezen van een specialist.

Het onderzoek kent een aantal methodologische tekortkomingen. De representativiteit van de steekproef is niet volledig. Doordat de non-response in de subgroep met een chronische aandoening beduidend kleiner was dan in steekproef uit de algemene bevolking, kan er een selectiebias geïntroduceerd zijn. De verschillen tussen beide samples zijn wel verdisconteerd door middel van een wegingsfactor. Maar een aantal opmerkelijke verschillen roepen de vraag op in hoeverre de samenvoeging van beide samples van invloed is geweest op de scores. Ten eerste valt de relatief slechte beoordeling van de eigen gezondheid op. In dit CMWF onderzoek beoordeelt 29% van de Nederlandse respondenten zijn eigen gezondheid als 'minder dan goed', terwijl dit in andere studies meestal rond de 20% ligt (6;7). Hierbij kan opgemerkt worden dat deelnemers in onze steekproef 18 jaar en ouder waren, terwijl dat in de andere steekproeven 15 jaar en ouder (6) en vanaf 0 jaar (7) is. Omdat het zelfgerapporteerde oordeel over de gezondheid juist in de jongere leeftijdscategorieën hoog ligt, is het aannemelijk dat het gemiddelde oordeel in onze steekproef iets lager uitvallen.

Ten tweede is de consumptie van geneesmiddelen in Nederland vergelijkbaar met de andere landen, terwijl Nederlandse artsen bekend staat om hun behoudende voorschrijfbeleid en slikgedrag (8;9). Recente cijfers over het voorschrijfbeleid van huisartsen en specialisten laten wel een duidelijke toename zien. Ten opzichte van de eerste helft van 2006 steeg het aantal huisartsenvoorschriften van receptgeneesmiddelen in de eerste helft van 2007 met 7.1%. En voor specialisten was de toename over dezelfde periode 2.9%, waardoor de totale stijging 6.3% bedroeg (10). Beide opvallende uitkomsten kunnen ook door een ontoereikende correctie voor de over-sampling van respondenten met een chronische aandoening worden verklaard.

Het oordeel over de kwaliteit van zorg is middels telefonische interviews in kaart gebracht. Het onderzoek betreft meningen en ervaringen van consumenten en patiënten, die al dan niet intensief contact met de zorgverlening hebben gehad. De perceptie van consumenten en sociaal-culturele waarden kunnen de beantwoording van de vragen sterk beïnvloeden. Hierdoor zijn afwijkingen tussen feitelijke informatie en subjectieve beleving mogelijk. Dit zou mee kunnen spelen in de inconsistentie die in een aantal resultaten te vinden is. Zo heeft in Nederland bijna iedereen een vaste huisarts of huisartsenpraktijk en is de dekkingsgraad van huisartsenposten ruim 90%. In dit licht is het opvallend dat slechts 39% van de respondenten aangeeft dat hun huisartsenpraktijk een regeling heeft waardoor patiënten een arts of verpleegkundige kunnen spreken wanneer de praktijk gesloten is. Een tweede voorbeeld waarbij perceptie een rol kan spelen is de bevinding dat 66% van de Nederlandse respondenten zegt informatie te hebben gevonden over de kwaliteit van artsen die nuttig was bij het maken van een keuze voor zorg. Kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen wordt in Nederland op verschillende manieren beschikbaar gesteld voor de consument (o.a. www.kiesbeter.nl, www.independ.nl, www.zorgkiezer.nl, AD Ziekenhuis Top 100, Elsevier's De Beste Ziekenhuizen). Maar kwaliteitsinformatie over individuele artsen wordt niet of nauwelijks gepubliceerd. Een recente evaluatie over de rol van ranglijsten van ziekenhuizen bij de keuze voor een ziekenhuis in Nederland laat zien dat van de patiënten die voorafgaand aan een ziekenhuisbezoek informatie over het ziekenhuis hebben geraadpleegd, 3% hiervoor keuze-informatie in de vorm van ranglijsten heeft bekeken. Van de onderzochte personen in deze evaluatie gebruikte 4.4% één of meer ranglijsten bij het bepalen van de keuze voor een ziekenhuis (11). De bevinding dat toch 66% van de Nederlandse respondenten aangeeft nuttige informatie te hebben gevonden over individuele artsen, kan erop wijzen dat consumenten een andere interpretatie geven aan het begrip 'kwaliteit van zorg'.

Culturele verschillen tussen landen kunnen een deel van de gevonden verschillen verklaren. Op een tweetal punten sprong Nederland er negatief uit: de zelfgerapporteerde gezondheidstoestand en het oordeel over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Op beide punten scoort Nederland minder vaak de meest positieve categorie van de schaal, i.e. 'uitstekend'. 'Redelijk', de categorie waarop Nederland het hoogste scoort, heeft in de Nederlandse cultuur nog iets van een positieve lading.

Voor wat betreft de zelfgerapporteerde gezondheid, zijn de CMWF-resultaten vergeleken met CBS-getallen. Het CBS verzamelt cijfers omtrent de zelfgerapporteerde gezondheid met de vraag "Hoe is over het algemeen uw gezondheidstoestand?" De antwoordcategorieën in de CBS-enquête zijn: zeer goed; goed; niet goed en niet slecht; slecht; zeer slecht. De categorie 'Uitstekend' bestaat dus niet in de CBS-enquête. In onderstaande tabel staat een vergelijking tussen de CMWF-resultaten en de CBS-cijfers (Bron: StatLine), opgedeeld naar 3 leeftijdscategorieën en de antwoordcategorieën 'minder dan goed' zijn samengevoegd. Er is met name een grote discrepantie voor de categorie 'goed'. De CMWF-cijfers liggen veel lager dan de CBS-cijfers. De overeenkomst tussen beide bronnen wordt beter voor de oudere leeftijdscategorieën. Echter, door het verschil in de gebruikte scoringsschalen zijn de CBS-gegevens nauwelijks te vergelijken met de CMWF-cijfers.

Tabel 18. *Vergelijking tussen de zelfgerapporteerde gezondheidstoestand uit de CBS-enquête en de CMWF-enquête.*

Antwoord categorieën	Uitstekend		Zeer goed		Goed		Minder dan goed	
Leeftijdscategorie	CMWF	CBS*	CMWF	CBS	CMWF	CBS	CMWF	CBS
25-44 jaar	20%	---	30%	27%	30%	59%	20%	14%
45-64 jaar	9%	---	19%	20%	39%	53%	32%	27%
65+	12%	---	13%	11%	35%	49%	40%	40%

* De CBS-cijfers zijn afkomstig van StatLine (CBS, 2006)

Het positieve oordeel van de Nederlandse zorgconsumenten over het zorgstelsel in het algemeen, de betaalbaarheid van de zorg en het grote vertrouwen in de zorgverleners, sluit aan bij de CMWF survey van 2006 (12). Hierin spraken huisartsen zich uit over dezelfde aspecten. De meerderheid van de huisartsen (52%) was toen tevreden over het gezondheidszorgsysteem, terwijl dat percentage dit jaar onder de consumenten en patiënten op 44% ligt. Vanuit de perceptie van de huisarts, ervoeren patiënten slechts in beperkte mate problemen met de betaalbaarheid van de zorg. Dit beeld wordt dit jaar bevestigd in de consumenten-bevraging. Na ontslag uit het ziekenhuis heeft, volgens de patiënt, de huisarts in 54% van de gevallen bericht ontvangen over de geplande nazorg. In 2006 gaf 61% van de huisartsen aan dat ze informatie terug ontvangt na een verwijzing.

Er zijn ook kleine verschillen gevonden tussen de perceptie van huisartsen en patiënten. Zo werd het aspect van het betrekken van andere zorgverleners, werkzaam binnen de huisartsenpraktijk, bij de zorg voor patiënten met een chronische aandoening, iets anders beoordeeld. Daar waar 46% van de huisartsen in 2006 aangaf dat dit het geval was, beantwoordde 22% van de patiënten met een chronische aandoening dat er andere zorgverleners binnen de huisartsenpraktijk betrokken waren bij de behandeling van de aandoening.

In de CMWF survey van 2006 werd geconstateerd dat de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen sterk kan worden verbeterd door meer in te zetten op 'self-management' van deze patiënten. Daarnaast was er ruimte voor een uitbreiding van de inzet van niet-artsen bij de zorg voor patiënten met een chronische aandoening (12). Het oordeel van de respondenten van dit jaar sluit hier bij aan. Een relatief laag percentage van de Nederlandse respondenten met een chronische aandoening geeft aan dat er andere zorgverleners betrokken zijn bij de behandeling van de chronische aandoening. Maar ook binnen de totale populatie ligt het percentage respondenten dat de afgelopen 2 jaar adviezen of begeleiding heeft gekregen van de huisarts op het gebied van leefstijl in Nederland erg laag. In het licht van de groeiende groep patiënten met chronische aandoeningen (6), is het wenselijk dat meer ingezet wordt op zorgteams rond chronische patiëntengroepen. Voor wat betreft het achterblijven van leefstijladvies door de huisarts, is het de vraag of de patiënt open staat voor een dergelijk advies en of de Nederlandse huisarts een dergelijke adviserende rol wil innemen. Een overgrote meerderheid

(80%) van de huisartsen die deelnamen aan een internet enquête vond dat leefstijladvisering tot de primaire taak van de huisarts behoort. Echter, in dezelfde enquête gaf maar liefst 73% aan niet erg gemotiveerd te zijn om aan leefstijladvisering te doen omdat patiënten vaak geen gehoor geven aan de adviezen (13). In toenemende mate zet de politiek beleidsmatig in op preventieve zorg binnen o.a. de huisartsgeneeskunde, verwoord in de preventienota “Kiezen voor gezond leven” (14). Preventie één van de zes benoemde thema’s in de beleidsagenda 2008 van het ministerie van VWS. Aan leefstijl gerelateerde, preventieve strategieën zullen in toenemende mate opgenomen worden in het basispakket, mits er bewijs is voor hun effectiviteit. Voorbeelden hiervan zijn ‘Bewegen op recept’ en stoppen-met-roken begeleiding vanuit de huisartsenpraktijk. Het is te verwachten dat dergelijke beleidsmatige keuzes de attitude en het gedrag van de huisarts op dit terrein zal veranderen.

De arts-patiënt communicatie kwam op verschillende plaatsen in de survey aan de orde. In Nederland krijgt 52% van de patiënten bij ontslag schriftelijke informatie mee over wat te doen bij thuiskomst en op welke symptomen te letten. Dit is minder dan in de andere landen. De communicatie tussen huisarts en patiënt is niet altijd effectief: 29% van de patiënten met een chronische aandoening die zorgadvies krijgt van de huisarts of verpleegkundige, volgt dit advies niet op omdat het te moeilijk was om het op te volgen. Een apart punt van kritiek heeft betrekking op de informatievoorziening rond medicijngebruik richting de patiënt. Bij ontslag uit het ziekenhuis neemt bij 40% van de patiënten niemand de medicatie met de patiënt door. Ook het jaarlijks doornemen van de medicatie met de patiënt wordt in Nederland relatief vaak niet gedaan. Samengevat kan gesteld worden dat de communicatie tussen zorgverleners en patiënt op meerdere punten verbeterd kan worden, met name op het gebied van leefstijl en ontslag uit het ziekenhuis.

Het begrip “medical home” wordt in deze survey geïntroduceerd. Het hebben van een “medical home”, als een plek die goed toegankelijk is en waar men op de hoogte is van de medische geschiedenis en die helpt bij de zorgcoördinatie, wordt door 74-84% van de respondenten als erg belangrijk aangemerkt. Daadwerkelijk heeft 50-60% van de respondenten een dergelijke huisartsenvoorziening die voldoet aan alle vier kernelementen van een “medical home”. Nadere analyses rondom het fenomeen “medical home” zijn uitgevoerd (data hier niet getoond) (15). Behalve in de Verenigde Staten en Canada, hangt het gezinsinkomen niet samen met het hebben van een “medical home”. De kwaliteit van zorg die respondenten met een “medical home” ontvangen, is op veel punten beter dan de kwaliteit van zorg die respondenten zonder een “medical home” ontvangen. De toegankelijkheid buiten kantoor uren is beter, de zorgcoördinatie verloopt op vele vlakken beter en medicatiefouten komen minder voor. Dergelijke resultaten wijzen erop dat het hebben van een “medical home” een positieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg in de brede zin van het woord.

Tenslotte was er in Nederland speciale aandacht voor mensen met een chronische aandoening. Op veel punten vertonen respondenten met en zonder een chronische aandoening verschillen. De respondenten met een chronische aandoening hebben een slechtere ervaren gezondheidstoestand, bezoeken vaker de huisarts en specialist en gebruiken meer medicijnen. Het percentage respondenten met een chronische aandoening dat aangeeft extra zorgkosten te hebben gemaakt vanwege de chronische aandoening die niet vergoed werden door de ziektekostenverzekeraar ligt op 18%. Hoewel respondenten met een chronische aandoening vaker aangeven problemen te hebben met de betaalbaarheid van de zorg, lopen de eigen-bijdrage bedragen tussen respondenten met en zonder een chronische aandoening niet uiteen. Respondenten met een chronische aandoening hebben minder vaak een eigen risico. Maar liefst 61% van de Nederlandse respondenten met een chronische aandoening geeft aan volledig aan het werk te zijn. Dit is hoger dan andere referentiecijfers. Op basis van het consumentenpanel chronische zieken werkt bijvoorbeeld maar 39% minimaal 12 uur per week (16). Extra hulp in huis is meestal in de vorm van huishoudelijke hulp (12%) of hulp van mantelzorgers (13%).

Respondenten met en zonder een chronische aandoening hebben over het algemeen evenveel vertrouwen in de zorg en de toegankelijkheid van de zorg is voor beide groepen ook vergelijkbaar. Wel maken respondenten met een chronische aandoening beduidend vaker gebruik van e-mail communicatie met de huisarts en is die behoefte aan een dergelijk contact met de huisarts ook groter. In vergelijking met respondenten zonder een chronische aandoening ontvangen respondenten met een chronische aandoening vaker leefstijladviezen van de huisarts en de huisarts vraagt vaker naar emotionele kwesties. Respondenten met een chronische aandoening hebben vaker het gevoel dat hun huisartsenpraktijk goed op de hoogte is van hun medische achtergrond en hen helpt bij het coördineren van zorg. Na ontslag uit het ziekenhuis worden met patiënten met een chronische aandoening vaker afspraken gemaakt over de nazorg. Rond medicatieveiligheid is het beeld wisselend; respondenten met een chronische aandoening geven in vergelijking met respondenten zonder een chronische aandoening vaker aan dat de medicatie met hun wordt doorgenomen, maar ze rapporteren ook vaker dat er een verkeerd medicijn of een verkeerde dosering wordt gegeven. Respondenten met een chronische aandoening zijn wijken met betrekking tot het kiezen in de zorg af van respondenten zonder een chronische aandoening. De populatie met een chronische aandoening gaan vaker op zoek naar kwaliteit van zorg informatie en de huisarts biedt vaker hulp bij het kiezen van een specialist.

Samengevat, bevestigt de CMWF survey 2007 het beeld dat het Nederlandse zorgstelsel in het algemeen goed beoordeeld wordt en dat de toegankelijkheid en betaalbaarheid voldoende zijn. Verbetering zijn wenselijk op het terrein van zorgcoördinatie en informatievoorziening naar de patiënt op het terrein van leefstijl, medicatie en nazorg na een ziekenhuisopname.

5. Referenties

1. Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM. Tweede Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK; 2004.
2. Giesen P. Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands (thesis). Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2007.
3. de Jong J, Delnoij D, Groenewegen P. Mensen kiezen voor zekerheid in het nieuwe stelsel. Utrecht: NIVEL; 2006.
4. de Jong J, Delnoij D, Groenewegen P. Verzekerdenmobiliteit is hoog. Ook ouderen zijn overgestapt. Utrecht: NIVEL; 2006.
5. de Jong J, Groenewegen P. Wisselen van zorgverzekeraar in het nieuwe stelsel. Utrecht: NIVEL; 2006.
6. Eurobarometer: Health in the European Union. European Commission; 2007.
7. Hoeymans N, Picavet HSJ, Tjshuis MAR. Ervaren gezondheid samengevat. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM; 2005.
8. Stichting Farmaceutische Kengetallen. Nederland nog steeds bescheiden in uitgave geneesmiddelen. Farmaceutisch Weekblad 2007;142(37).
9. van der Zee J, Kroneman M, Boerma W. De Nederlandse huisarts in Europees perspectief. Huisarts en Wetenschap 2004;47:266-73.
10. Stichting Farmaceutische Kengetallen. Veel meer huisartsenvoorschriften. Farmaceutisch Weekblad 2007;142(38).
11. Halkes R. De rol van ranglijsten bij de keuzes van zorgconsumenten. Zaltbommel: Van Spaendonck Management Consultants BV; 2007.
12. Grol R, Faber M, Braspenning J, Timmermans A. De kwaliteit van zorg: huisartsen aan het woord in zeven landen. Huisarts en Wetenschap 2007;50(7):290-5.
13. Rapportage Nationaal Preventie Onderzoek Huisartsen. NOC*NSF, Pfizer, 2006.
14. Ministerie van VWS. Preventienota Kiezen voor gezond leven. Kamerstuk, 6 oktober 2006.
15. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: Adults' health care experiences in seven countries, 2007. Health Affairs 2007;26(6):w717-w734.
16. van den Brink-Muinen A, Spreeuwenberg P, Rijken PM. Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2006, Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten. Utrecht: NIVEL; 2007.